

INFORME FINAL PERÚ

Investigadoras:

Karina Montano Fernández

Noemí Linares Mosquera

INDICE**PÁG.****CAPITULO I: INTRODUCCION**

- 1.1. Planteamiento del Problema
- 1.2. Justificación
- 1.3. Objetivos

CAPITULO II : MARCO TEORICO

- 2.1. Modelo de Atención Integral
- 2.2. Contextualización del Modelo de Atención Integral e Incluyente
 - 2.2.1 Sistema Nacional del Perú.
- 2.3. Atributos y Componentes del Modelo de Atención y Gestión
 - 2.3.1. Atributos
 - 2.3.2. Componentes
- 2.4. Horizontalización Programática
- 2.5. Programas Verticales y sus Formas de Integración en el Primer Nivel
- 2.6. Base Legal

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

- 3.1. Forma o tipo de Investigación
- 3.2. Estrategia Metodológica
- 3.3. Unidad de Análisis
- 3.4. Técnicas e Instrumentos
 - Fuentes de Información
- 3.5. Proceso de recolección de información

- 3.6 Cronograma de Actividades

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**CAPITULO V: LECCIONES APRENDIDAS****CAPITULO VI: CONCLUSIONES****CAPITULO VII: PROPUESTAS O RECOMENDACIONES****VIII.BIBLIOGRAFIA****IX.ANEXOS**

CAPITULO I: INTRODUCCION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La historia reciente de los sistemas de salud de los países latinoamericanos ha demostrado lo inadecuado de los programas de salud verticales, y de la entrega de paquetes básicos y focalizados, para resolver la compleja situación de salud de la población o para mejorar el desempeño de los propios sistemas de salud. (Medicus Mundi Navarra, 2016, pág. 4)

Frente a esta realidad, Medicus Mundi Navarra (2016) afirma:

Desde el 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), han desarrollado nuevas iniciativas enmarcadas en lo que se conoce como la Atención Primaria de Salud Renovada. Entre ellas destacan las Redes Integradas de Servicios de Salud o RISS (2010) y la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, aprobada por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud el año 2014 (Resolución CD53.R14).(p.4)

En todas estas iniciativas resalta la necesidad de incorporar o fortalecer la atención integral, integrada y continua, así como la intersectorialidad, procurando la equidad y el cumplimiento del derecho a la salud para toda la población. Desde la perspectiva del proyecto Multipaís de Medicus Mundi, y sus contrapartes nacionales en Perú, Bolivia y Guatemala, esta misma línea de acción se ha plasmado en la publicación Claves para la Transformación de los Sistemas de Salud en América Latina 2013, siendo una de las claves y preocupaciones centrales es la Horizontalización Programática (en adelante HP). (p.4)

La clave Horizontalización Programática (en adelante: HP), basada en intervenciones individuales, familiares y comunitarias, pretende superar las debilidades enunciadas inicialmente en los enfoques sanitarios limitados y dar una respuesta operativa a las iniciativas globales de integrar la atención en salud, buscando responder a las necesidades complejas de la población, así como lograr un fortalecimiento sistémico del Primer Nivel de Atención y de las instituciones públicas. (p.4)

Sabiendo la problemática de los programas verticales y su fragmentación, desde nuestra propuesta de multiconcepción de la salud, el logro de la integralidad implica una estrategia programática que integre con intervenciones horizontales en lo local las prioridades verticales de carácter nacional. Es decir, la propuesta apoya la horizontalización de los programas verticales en el primer nivel de atención, o lo que es lo mismo: *hacer operativo integradamente prioridades tanto de los programas nacionales de salud como las normas de vigilancia epidemiológica en el marco de la integralidad de la atención; así como del análisis y adecuación periódica a los perfiles epidemiológicos locales.* (Medicus Mundi Navarra, 2013, pág. 60)

La horizontalización supone que, sin perder de vista las metas de las prioridades verticales, se desarrolle una estrategia programática integradora que aumente el peso de las acciones de promoción y prevención, que al no tener un enfoque de “curación de la enfermedad”, suelen ser reducidos dentro de los programas verticales. Esta horizontalización, aparte de cumplir con la APS

renovada en su aspecto de promoción y prevención, permite la participación local de los diversos actores en todas las etapas de la gestión de la salud, toda vez que no se trata de enfrentar “necesidades priorizadas” sino que el objetivo es garantizar los derechos de la población y cumplir las obligaciones institucionales de forma integral y no parcial o fragmentada. Esta integralidad lleva aparejada una mayor complejidad en la implementación (equipos polivalentes) y el seguimiento (indicadores), por lo que las metodologías para la determinación y evaluación de costes dejan de ser sencillas. (Medicus Mundi Navarra, 2013, pág. 60)

La estrategia surgida de la horizontalización pasa por actuar desde los tres niveles de acción del ser humano: el individual, el familiar y el comunitario. En cada uno de estos se realiza una programación conjunta de tácticas operativas. (Medicus Mundi Navarra, 2013, pág. 61)

En el Perú, las intervenciones individuales, familiares y comunitarias en el Primer Nivel de Atención toman impulso desde la década del noventa, con proyectos que tenían el marco conceptual de la Atención Primaria y que contribuyeron a desarrollar modelos operativos de salud adecuados a la realidad y con participación de la comunidad como el proyecto APRISABAC (Atención Primaria y Saneamiento Básico Comunal), el proyecto Salud y Nutrición Básica, entre otros que tenían el enfoque familiar y comunitario. Estas intervenciones contribuyeron al diseño del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), desde sus primeras versiones en el año 2001 hasta su última versión del año 2011, denominada Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS BFC).

En este proceso, Medicus Mundi y sus contrapartes han jugado un papel fundamental en la asistencia técnica, buscando avanzar hacia la HP como metodología instrumental operativa para el logro de la integralidad e intersectorialidad de la atención.

El presente estudio pretende documentar el avance de la HP. Para lograr dicho objetivo, el estudio mostrará las principales fortalezas y debilidades en las acciones realizadas en el Primer Nivel de Atención y las principales lecciones aprendidas.

Se espera que los resultados sean de utilidad para el debate regional y global sobre aspectos programáticos, metodológicos, operativos e instrumentales, para el desarrollo de modelos en el Primer Nivel de Atención, centrados en las personas, familias y comunidades, desde perspectivas y atributos reconocidos ampliamente en el marco de la APS Renovada y las RISS.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La necesidad de desarrollar medidas sanitarias tendientes a la atención integral, integrada, continua e intersectorial para el fortalecimiento sistémico y multidimensional de los ministerios de salud, es urgente. La HP puede dar respuesta a esta necesidad y gestar un instrumental teórico-metodológico de gran beneficio para las poblaciones y los equipos de trabajo de los ministerios. La apuesta por esta línea de trabajo es que, al profundizar y continuar implementado la HP en el Primer Nivel de Atención, se abra una oportunidad para la transformación de los sistemas de salud

desde su misma base, replanteando todos los niveles de atención, haciendo eficiente y eficaz la red de atención, su financiamiento y apuntando a cambios organizacionales de fondo.

Existen varias razones que fundamentan la necesidad de seguir profundizando a la HP:

La HP, desde la perspectiva del derecho a la salud y en el marco de una concepción procesal y multidimensional de la salud-enfermedad-atención, establece una mejor respuesta que los enfoques parciales a la integralidad humana, lo que permite acomodar la atención de los servicios de salud a las necesidades de salud de la población, teniendo en cuenta su contexto familiar y comunitario.

La HP, permite una concepción organizacional y una implementación ordenada e integral de las acciones preventivas, de promoción, curativas, paliativas y de rehabilitación de la salud, para todos los ciclos de vida, en los niveles individual, familiar y comunitario.

La HP responde a las necesidades de salud, desde la perspectiva de la participación social y la intersectorialidad, porque potencia espacios de participación y habilita procesos de intersectorialidad, al generar la atención de la población con énfasis en la promoción de la salud.

La HP, desde la perspectiva de la APS Renovada, estaría relacionada, de manera más estrecha, con sus valores de: derecho al mayor nivel de vida posible, equidad y solidaridad; con sus principios de dar respuesta a las necesidades de la población; orientación hacia la calidad, sostenibilidad, justicia social, participación e intersectorialidad; y con sus elementos de cobertura y acceso universales; primer contacto; atención integral, integrada y continua; orientación familiar y comunitaria; énfasis en la promoción y prevención, acciones intersectoriales y recursos humanos adecuados; políticas y programas pro equidad; organización y gestión óptimas; recursos adecuados y sostenibles; mecanismos de participación activa y cuidados apropiados.

Los programas presupuestales en el Perú contemplan medidas costo-efectivas, dirigidas a intervenir en las prioridades sanitarias nacionales. Estos programas se basan en un modelo lógico causal de la enfermedad que contempla a los determinantes sociales en su concepción. Sin embargo, en la práctica no responden de forma integral a las necesidades de la población, o a los determinantes sociales de la salud. Los resultados e impactos alcanzados tienen limitaciones, lo que implica que aún no se está garantizando el derecho a la salud de la población en todos los ciclos de vida, en el cual la HP puede tener un rol importante.

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar el proceso y requerimientos de la HP desde una perspectiva sistémica y multidimensional (atributos y componentes), en las intervenciones individuales, familiares y comunitarias llevadas a la práctica sobre el terreno, en el marco del MAIS BFC en el Perú.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los avances, fortalezas, debilidades y lecciones aprendidas en el proceso de HP desde las políticas de Primer Nivel de Atención en salud, partiendo de su puesta en práctica en las Redes de Servicios donde Medicus Mundi brinda asistencia técnica.
2. Evaluar la forma como la HP contribuye a la integración del Primer Nivel de Atención con los otros niveles, así como la intersectorialidad.
3. Identificar las formas de integración de la perspectiva de pertinencia intercultural, de equidad de género y de participación social en la HP.
4. Elaborar una propuesta de fortalecimiento del proceso de HP, tanto en su aspecto normativo, como en el conceptual o de operativización en terreno.

CAPITULO II : MARCO TEORICO

2.1 MODELO DE ATENCIÓN

En el Perú, desde el año 2001 se desarrollaron las primeras propuestas de Modelo de Atención en Salud, basado en la experiencia de proyectos que desarrollaron intervenciones con enfoque familiar y comunitaria como el de APRISABAC; Salud y Nutrición Básica para todos, que se implementaron en algunas regiones del país como Cajamarca, Trujillo y Piura, proyectos que sentaron las bases para el primer modelo operativo de atención en salud con participación de la comunidad que se normó en el año 2005 como Modelos de Atención Integral en Salud (MAIS) y posteriormente se actualiza en el año 2011 denominado Modelos de Atención Integral basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC).

El Ministerio de Salud (2011) establece en el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), el marco conceptual para la atención de salud a la persona, la familia y la comunidad, a fin de “satisfacer sus necesidades de salud (necesidades que son percibidas o no percibidas por la población)” (p.17), privilegiando las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El modelo señala en términos generales “la forma como los otros sectores se complementan con el sector salud para el abordaje de los determinantes sociales y para la gestión y la organización de los servicios de salud”. (p.17) Además, se establecen pautas generales para “la orientación de los recursos del Estado para mejorar la salud de la población” (p.17) del Perú.

La atención integral de salud comprende un abordaje bio-psico-social y espiritual de la persona en el contexto de su familia y comunidad, lo que implica atender sus necesidades, con acciones de

promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, bajo estándares de calidad y oportunidad.

EL MAIS- BFC consta de cuatro componentes y dos dimensiones. Sus dimensiones son: la dimensión política y la dimensión operativa; sus componentes son: la gestión, la organización, la prestación y el financiamiento.

Entre sus dimensiones se encuentran:

- La dimensión política, “constituida por las instituciones de gobierno y conducción del Estado y del Sector salud” en todos sus niveles nacional, regional y local, “los que deben formular y aplicar las políticas acorde a las dispuestas por las políticas nacionales” orientadas a construir un modelo con abordaje de “determinantes sociales”, intersectorialidad y “participación ciudadana individual y colectiva”. (Ministerio de Salud, 2011, pág. 32).
- La dimensión operativa, “es aquella donde se ubican los prestadores de servicios, los establecimientos de salud” y la población general (Oferta y demanda). “La prestación debe organizarse para brindar la atención integral” teniendo en cuenta las prestaciones a la persona, familia y la comunidad, adecuando la oferta de servicios de salud, “depende del nivel de los Gobiernos Regionales”, a través de la DIRESA/GERESA. (Ministerio de Salud, 2011, pág. 32).

Entre sus componentes tenemos:

- El Componentes de gestión, incluye la gestión de recursos humanos, gestión de salud con enfoque territorial, gestión de la calidad, sistema de información, de los productos farmacéuticos, de la infraestructura, equipamiento y mantenimiento.
- El Componente de Prestación, que comprende los paquetes de atención integral dirigida a la persona, familia y comunidad, la organización de los equipos de salud familiar, el sistema de vigilancia comunal y desarrollo de planes locales comunales.
- El componente organización, de los servicios en redes de servicios en los tres niveles de atención, sistema de referencia y contrareferencia, la oferta móvil y la organización a nivel operativo intramural y extramural.
- El componente de Financiamiento, que describe la orientación del Presupuesto por Resultados a la Atención Integral con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria y el la capitación para el Primer Nivel de Atención.

2.2 CONTEXTUALIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL E INCLUYENTE

2.2.1 EL SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ

En el Perú los servicios de salud no forman parte de un sistema único de salud, la atención de salud es otorgada por instituciones aseguradoras que forman parte del sector público y privado.

En el sector público las principales aseguradoras son:

- El Seguro Integral de Salud (SIS), que depende directamente del Ministerio de Salud (MINSA) a través de una red de servicios en las Direcciones/Gerencias Regionales de Salud, a cargo de los Gobiernos Regionales.

- La Seguridad Social (EsSalud), que depende del Ministerio del Trabajo (MINTRA), que brinda atención a través de una red de servicios ubicada en cada departamento o región del país.
- Los seguros de las Fuerzas Armadas y Policiales, que al igual que los demás subsistemas operan a través de su propia red de servicios.

El sector privado está conformado por instituciones con y sin fines de lucro:

- Instituciones sin fines de lucro, como los Organismos no Gubernamentales.
- Instituciones con fines de lucro: clínicas, centros médicos privados, hospitales. Estos subsistemas son autónomos en su administración y financiamiento, así como en su forma de trabajo, pero se rigen por el marco de las leyes peruanas y los lineamientos del MINSA.

A continuación, se presentan la organización del sistema de salud en los tres niveles de atención del país: el nacional, el regional y el local.

A NIVEL NACIONAL

A nivel nacional el Ministerio de Salud es la Autoridad Sanitaria Nacional; formula las políticas nacionales y sectoriales de salud y ejerce el rol rector del sector salud, su estructura básica está establecida en su Ley de Organización y Funciones (Decreto Legislativo N° 1161). El Ministerio se compone por unidades orgánicas con dependen técnica y funcional directa, y por organismos y entidades con los que se mantiene relaciones de rectoría y coordinación.

La última estructura orgánica del MINSA fue aprobada en el año 2016 (Decreto Supremo N° 007-2016-SA). Con ella se crean dos viceministerios (Figura 1), de acuerdo a las recomendaciones establecidas en los Lineamientos de la Reforma del Sector Salud:

- El Despacho Viceministerial de Salud Pública, encargado del diseño, monitoreo, seguimiento y evaluación de Políticas en Salud Pública, las intervenciones estratégicas de las prioridades sanitarias nacionales, las etapas de vida, salud ocupacional, promoción de la salud, salud ambiental e inocuidad alimentaria y de gestión del riesgo de desastres y defensa nacional en salud. Es el Viceministerio que tiene mayor implicancia en la implementación del la HP, puesto que en sus estructura se encuentran dos importantes direcciones: la Dirección de Promoción de la salud y la Dirección de Intervenciones estrategias en Salud Publica, dentro de esta última se encuentran las Direcciones de intervenciones estratégicas por etapas de vida y las Direcciones de las Prioridades sanitarias, siendo su estructura como sigue:

- Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas.
- Dirección de Salud Mental.
- Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad.
- Dirección de Pueblos Indígenas.
- Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.

Actualmente, a un año de la nueva estructura vigente, se está diseñando una nueva estructura orgánica del MINSA a cargo de los funcionarios del gobierno que han asumido el periodo 2016-2021, la nueva propuesta aun no ha sido publicada y es un documento interno en discusión, en la cual probablemente se integrarían algunas Direcciones.

A NIVEL REGIONAL

A nivel regional, los Gobiernos Regionales ejercen la autoridad sanitaria regional a través de las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud (DIRESA(GERESA), que forman parte de la estructura de los gobierno de los Gobiernos Regionales.

Las DIRESAS o GERESAS tienen su correlato con la estructura Ministerial, contando con una Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud y la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas (DESP), entre otras. La DESP tiene a su cargo la Dirección de atención integral y cuenta con responsables de las etapas de vida y de las estrategias sanitarias y cono se ha señalado estas operan a través de acciones contempladas en los programas presupuestales.

Las DIRESAS operan a través de una Red de Servicios y Unidades ejecutoras conformadas por Redes y Micro-redes de servicios de salud, esto debido a la Ley 27783, de bases de la Descentralización, que otorgó autonomía política, administrativa, funcional y económica a las Regiones para administrar las DIRESAS, proceso que se inició en el año 2005.

Los Gobiernos Regionales deben formular y conducir las políticas regionales de salud con enfoque territorial; financiar el mantenimiento de los servicios públicos de salud y organizan la oferta de servicios de salud de su ámbito en coordinación con los gobiernos local.

Los Gobiernos Locales deben formular y conducir las políticas locales de salud en concordancia con las políticas nacionales y regionales de salud; también deben gestionar la atención primaria de la salud y conducir la ejecución de las acciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad, que incluye el abordaje con un enfoque territorial de los determinantes sociales de la salud, en el marco de los planes concertados de desarrollo local.

Los establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales a cargo de las DIRESAS, brindan atención de salud y cobertura gracias al Seguro Integral de Salud del MINSA, del total de estos establecimientos que son 7,828, según el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RENAES) del sector MINSA en el año 2017, más del 95% de dichos establecimientos pertenecen al Primer Nivel de Atención.

Los Gobiernos Regionales deben realizar la distribución y programación con sus DIRESAS de los recursos bajo las líneas de acción que esta establece el MINSA y es el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) quien asigna el presupuesto.

En las regiones del país existen convenios vigentes entre Gobierno Regional, y las dos grandes aseguradoras para realizar la compra de servicios complementarios para brindar a la población asegurada de la Seguridad Social y del Seguro Integral de Salud.

A NIVEL LOCAL

Se encuentra conformado por establecimientos de salud organizados en Microredes y Redes de Servicios de Salud que están adscritos a las Direcciones Regionales de Salud.

Las Redes de Servicios de salud están conformadas por establecimiento de salud pertenecientes al primer, segundo y tercer nivel. Los Hospitales Regionales y Nacionales, de acuerdo a su complejidad y capacidad resolutive pertenecen al segundo o tercer nivel de atención.

El primer nivel de atención está organizado por establecimientos de salud que a su vez se dividen en 4 categorías:

- **Establecimiento de Salud categoría I-1:** cuenta con profesional de salud no médico y técnico de enfermería, quienes realizan acciones básicamente preventivas y de promoción.
- **Establecimiento de Salud categoría I-2:** cuenta con personal médico y no médico y técnico de enfermería. Realizan acciones de promoción, prevención y recuperativas.
- **Establecimiento de Salud categoría I-3, sin internamiento:** cuenta con personal médico y no médico. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperativas y exámenes de laboratorio. No cuenta con internamiento. El personal mínimo es un equipo básico: medico, enfermera, obstetra, técnico de enfermería.
- **Establecimiento de salud categoría I-4:** cuenta con personal médico y no médico. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperativas y exámenes de laboratorio. Cuenta con camas de internamiento y atiende partos en un centro obstétrico. El personal mínimo es un equipo básico: medico, enfermera, obstetra, técnico de enfermería.

Existen otros servicios de salud locales, a veces a cargo de los municipios distritales y provinciales.

2.3 COMPONENTES Y ATRIBUTOS DEL MODELO DE GESTIÓN Y ATENCIÓN

2.3.1. Atributos

Multiconcepción integral e incluyente del proceso salud-enfermedad

La Multiconcepción integral e incluyente de la salud tiene una dimensión procesal y un carácter multidimensional. Lo procesal enfatiza que la salud-enfermedad no es algo estático sino un proceso dinámico y en constante cambio. Lo multidimensional se refiere a que es un proceso influido no sólo por lo biológico sino además por determinantes sociales, económicos, culturales, geográficos, psicológicos, espirituales, energéticos, políticos y ambientales, entre otros. (Medicus Mundi Navarra, 2016, pág. 19)

Integral

La atención integral puede concebirse de al menos dos formas complementarias. La primera de ellas habla sobre la multidimensionalidad de la persona, la familia y la comunidad, requiriendo un abordaje más allá de lo biomédico e incorporando otras formas de concebir y practicar el campo de la salud. La segunda de ellas hace referencia a la articulación de las intervenciones de curación,

rehabilitación, prevención, promoción y cuidados paliativos, para lo que es necesario ir más allá de la atención individual y habilitar atenciones en la familia y la comunidad. (Medicus Mundi Navarra, 2016, pág. 17)

La atención integral puede concebirse de al menos dos formas complementarias. La primera de ellas, en el sentido de lo multidimensional de la persona, la familia y la comunidad, requiriendo un abordaje más allá de lo bio médico e incorporando otras formas de concebir y practicar el campo de la salud. La segunda de ellas, es la integralidad entendida como articulación de las intervenciones de curación, rehabilitación, prevención, promoción y cuidados paliativos, para lo que es necesario ir más allá de la atención individual y habilitar atenciones en las familias y comunidades específicas. (Medicus Mundi Navarra, 2016) Además debe de hacer operativo integradamente prioridades tanto de los programas nacionales de salud como las normas de vigilancia epidemiológica en el marco de la integralidad de la atención; así como del análisis y adecuación periódica a los perfiles epidemiológicos locales (Morales, 2013)

Integrado

La atención integrada es complementaria de la integralidad, porque exige la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así como a través de los diferentes niveles y lugares de atención, sin interrupción. Para los individuos, la familia y la comunidad, la atención integrada implica un enfoque que abarca todo el ciclo de vida, con sistemas de referencia y contra referencia (retorno), a través de todos los niveles del sistema de salud, y en ocasiones, a otros servicios sociales. (OMS, OPS, 2007)

Continuo

Es la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas en sus diferentes niveles de acción (individual, familiar y comunitario), reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida. (WHO, 2008)

La esencia de la continuidad consiste en disponer de información acerca de los problemas previos, para lo que se requiere de un registro médico de salud personal y familiar, de seguimiento longitudinal (a lo largo de la vida) del paciente, para que reciba los servicios atención necesarios y disponibles en los diferentes niveles de atención del sistema de salud.

Para coordinar el cuidado debe haber, por tanto, transferencia de información sobre la salud de las personas usuarias, así como de la atención recibida, para garantizar que se continúe ininterrumpidamente con el seguimiento en la comunidad a través de visitas y la continuidad del contacto. (Giovannella L, 2008)

Participación social

Expresa un poder comunitario, popular o social, que rebasa generalmente lo esperado por las mismas autoridades del Ministerio de Salud y se dirige a gestionar, exigir y fiscalizar la realización de proyectos, programas o inversiones (públicas, privadas o internacionales), en un marco intersectorial, como parte de la política pública establecida en el país. (Medicus Mundi Navarra, 2016, pág. 18)

La participación social está dirigida a la promoción de la salud, vincula necesariamente a las organizaciones y los recursos locales y, dependiendo del nivel de impacto que se pretenda, busca involucrar, en mayor o menor grado, a las organizaciones sociales en acciones intersectoriales, afectando decisiones y recursos públicos o privados importantes. (Medicus Mundi Navarra, 2016, pág. 18)

En relación a su integración como personal de salud, es necesario destacar que la intervención comunitaria –en su forma y contenido- deberá ser decidida por las personas que conforman los diferentes grupos socioculturales, en base a sus posibilidades e intereses y no normada desde el ámbito institucional. (Verdugo, 2002)

Intersectorialidad

Todos los sectores del Estado están involucrados en el desarrollo de acciones dirigidas al control de los determinantes sociales de la salud. La intersectorialidad se constituye en una forma de expresión de lo integral en las intervenciones comunitarias, enmarcadas en la prevención y promoción de la salud. Responde a la multidimensionalidad de la determinación social de la salud. Las acciones intersectoriales necesariamente requieren de procesos de gestión pública y de participación social y política por parte de la población. No se logra la promoción de la salud entendida como acción transformadora de las determinantes y condicionante del proceso salud enfermedad sin la intersectorialidad. (Medicus Mundi Navarra, 2016, pág. 17)

Pertinencia Intercultural

El concepto de pertinencia intercultural pone el acento en la mirada de las personas, apela a una visión dialogada. Implica que exista complementariedad entre conocimientos sabidurías y prácticas de los diversos actores (institucionales y comunales) en la atención en salud, en muchos casos resignificación de estos saberes, además de coordinación entre el personal institucional y los terapeutas locales. Busca una mayor calidad e integralidad, atributos en los que están involucradas múltiples dimensiones expresadas en las personas, los contextos familiares y comunitarios, así como en las relaciones de equilibrio entre éstos y un medio ambiente vivo y lleno de intencionalidad.

Desde esta visión la pertinencia intercultural significa articular diversos sistemas, modelos y ámbitos de salud, a partir de una relación respetuosa y no de subordinación. El encuentro o diálogo entre actores con distintos saberes y prácticas de salud (incluida la población), se vuelve necesario no solo para eliminar progresivamente la discriminación, sino también para asegurar el derecho a la salud de grupos históricamente discriminados y lograr una mayor eficacia de las acciones sanitarias.

Cabe aclarar que la pertinencia intercultural no debe estar circunscrita exclusivamente a la articulación con los modelos de los pueblos indígenas, sino que debe partir del reconocimiento de

grupos sociales con distintas características culturales (religiosas, nacionales, ocupacionales o de género, entre otras). Un aspecto fundamental es el modelo de autoatención (Menéndez, 1994), que es de especial importancia para las propuestas de pertinencia intercultural, pues en él son las mismas personas, en su ejercicio de autocuidado, quienes articulan y resignifican los modelos oficiales y tradicionales de salud. Es decir, es en la autoatención donde se gesta una verdadera pertinencia intercultural y donde debemos buscar la posibilidad de construir un modelo de salud de calidad verdaderamente respetuoso de la diversidad. (Medicus Mundi Navarra, 2016)

Equidad de Género

Partiendo de la multiconcepción incluyente, el género es una dimensión importante en el entramado de relaciones que influyen en el proceso salud enfermedad. La importancia de abordarlo radica en que además de ser una fuente de desigualdades injustas y evitables a nivel social, tiene consecuencias específicas y diferenciadas en la salud-enfermedad de ambos sexos y en las diferentes etapas de la vida. (Medicus Mundi Navarra, 2016, pág. 18)

Para la aplicación del enfoque de género se propone desarrollar acciones que permitan el conocimiento y comprensión de las inequidades de género, tomando en cuenta las diferencias culturales en cuanto a las construcciones del género; la identificación de perfiles epidemiológicos mediados por el género, la atención en salud según necesidades de mujeres y hombres, el desarrollo de una atención individual, familiar y comunitaria con criterios de género. (Medicus Mundi Navarra, 2016, pág. 19)

Vigilancia Sociocultural

En este estudio la Vigilancia Sociocultural “se concibe como un proceso que permite el abordaje socio cultural de la salud, tomando por base el enfoque multidimensional del proceso salud enfermedad y la caracterización de los tres niveles de análisis- acción: individuo, familia y comunidad” (Medicus Mundi Navarra, 2016).

Para ello, “los factores biológicos, tradicionales en la vigilancia de salud pública, se complementan con aspectos multidimensionales y con la perspectiva poblacional” (Medicus Mundi Navarra, 2016, pág. 19).

La Vigilancia Sociocultural debe ser entendida como “información para la acción”, lo que conlleva: recabar información, analizarla, relacionarla y, especialmente, utilizarla en la toma de decisiones, la evaluación y la planificación sanitaria. En otras palabras, el sistema de Vigilancia Sociocultural de la salud en el primer nivel aporta de manera importante a la gestión de los tres niveles de atención de la salud, al recolectar, procesar, analizar y notificar la información para la toma de decisiones y la definición de estrategias; así como para evaluar la efectividad de las acciones. (Medicus Mundi Navarra, 2016, pág. 19).

Sistema de Información

El sistema de información tiene múltiples dimensiones: el recurso humano, los repositorios de información, los procesos de recolección análisis y procesamiento, las aplicaciones, la interconectividad, el parque tecnológico, entre otros. Debe integrar el manejo de la información

epidemiológica, de aseguramiento, de producción y de atención. Debe garantizar la incorporación de los enfoques de derechos, género e interculturalidad y estar orientado a la toma de decisiones. Además, debe enfocarse en reducir la sobre carga de trabajo administrativo del personal asistencial y permitirles articular las distintas intervenciones sanitarias. (Morales, 2013)

2.3.2. Componentes:

Dirección

Sólida capacidad y compromiso político de los entes rectores, con un predominio de decisiones descentralizadas y basadas en el análisis de contexto y las necesidades de la población. Desarrolla una gestión adaptativa y dinámica en base al contexto y las necesidades cambiantes y específicas de salud. (Morales, 2013)

Liderazgo construido con la participación de los equipos de salud y una alta capacidad para establecer diálogos con diversos sectores y actores sociales.

“Capacidad de comunicación y gestión interdependiente orientada al logro de resultados” (OMS/OPS, 2008), “liderar, participar y apoyar las acciones intersectoriales” (OMS/OPS, 2008). La autoridad formal debe de estar sustentada por una sólida autoridad técnica y humana.

Planificación

La planificación es un componente que posibilita la identificación y priorización de los problemas, la definición de los objetivos, los resultados y las acciones de abordaje que se deben llevar a cabo tomando en cuenta las condiciones externas e internas, y la disposición de recursos materiales, financieros y personales. Exige un compromiso político a largo plazo para garantizar la sostenibilidad estratégica y financiera del sistema de salud. (WHO, 2008)

Organización

El componente de organización corresponde a la forma como se ordenan y coordinan los aspectos estructurales y procesales del sistema de salud con el fin de lograr la capacidad resolutoria que se define a partir de las actividades y resultados planteados.

Este componente se define de manera diferente para cada ámbito-institucional y comunitario, y aspira lograr tanto la progresiva coordinación e integración horizontal de los diferentes conocimientos y prácticas en salud enmarcadas en el primer nivel de atención en salud, como la coordinación vertical con los otros niveles de atención del sector salud. (Verdugo, 2002)

Las prácticas de organización óptimas deben de permitir la innovación para mejorar constantemente la provisión de atención de forma que sea segura, incluyente, equitativa y cumpla las normas de calidad, ofrezca lugares de trabajo satisfactorios para los trabajadores de la salud y dé respuesta a las necesidades de los ciudadanos. (OMS/OPS, 2007)

Evaluación

Se promueve la cultura del monitoreo y evaluación de las metas y objetivos. Se fomenta la rendición de cuentas y la auditoría social.

Este componente toma como punto de partida el proceso más general de planeación de los servicios e involucra la revisión de los objetivos generales y del conjunto de estrategias que se han asumido para el funcionamiento del sistema de salud. Se deberá hacer una valoración de los

procesos externos e internos a la institución que afectarán el desempeño de las actividades y el logro de los resultados. (Verdugo, 2002)

Gestión del Personal de Salud

Los Recursos Humanos en Salud representan un eje estratégico y se definen como la piedra angular del Sistema Nacional de Salud para asumir los roles de liderazgo, gestión y prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad técnica y humana, en los diferentes niveles de atención.

La gestión de recursos tiene que ver con las habilidades para poder hacer una evaluación de los requerimientos en base al modelo de gestión y atención y poder determinar de forma racional cuales son los recursos que se van a necesitar para proporcionar la respuesta adecuada, incluyendo recursos del primer nivel, de otros niveles de salud o incluso de otros sectores. Ello exige una planificación estratégica e inversiones a largo plazo en capacitación, empleo, incentivos para mantener al personal en su puesto, así como la ampliación y mejora de los conocimientos y las habilidades de los trabajadores de salud. Los equipos polivalentes son fundamentales para el enfoque de APS. Ellos no sólo requieren de una combinación adecuada de profesionales, sino también de una definición acorde de funciones y responsabilidades, de una distribución geográfica equitativa y de una capacitación que maximice su contribución a los resultados de salud y a la satisfacción de los trabajadores y a las comunidades a las que sirven. (OMS, OPS, 2007)

La comunicación es considerada la principal herramienta en la gestión de los recursos humanos, tanto para la correcta relación con las personas, sus familias como para interactuar con la comunidad, los niveles políticos y gerenciales, entre niveles de atención y entre los propios miembros del equipo. (OPS/OMS, 2008)

Financiamiento

Tomando en cuenta las directrices de la Atención Primaria en Salud y de la Comisión de Determinantes Sociales, será clave para la transformación de los sistemas de salud el desarrollo de políticas en favor de un financiamiento público sostenible que apunte al logro de una cobertura universal con equidad, poniendo el foco en el Primer Nivel de Atención.

Los argumentos a favor de la inversión financiera requerida para un Primer Nivel de Atención incluyente serían:

- Se trata de una inversión de calidad y eficiente porque no sólo reduce el gasto de bolsillo de las familias, sino que también contribuye a la mejora de su salud mediante los servicios de promoción y prevención. Además, garantiza de forma eficaz la provisión de una cobertura universal para la atención curativa sin barreras económicas, culturales o geográficas.
- La inversión del primer nivel se distribuye principalmente en los servicios finales (en los niveles individual, familiar y comunitario y de los ECOS), y sólo una parte en servicios

intermedios como capacitación, supervisión, logística, mantenimiento y vigilancia en salud (especialmente a cargo de los niveles municipales o distritales).

- Mayor cobertura y acceso efectivo y equitativo a una atención integral en el primer nivel redundaría en una menor y mejor demanda de servicios al segundo y tercer nivel, permitiendo racionalizar y hacer eficientes los recursos en esos niveles para las atenciones de los problemas de salud a los cuales están destinados.
- Los primeros resultados de las experiencias piloto en materia de integralidad e inclusión desde el primer nivel de salud muestran una tendencia favorable a superar los indicadores de salud nacionales, así como a ampliar los beneficios en salud especialmente para la población rural con dificultades de acceso.

2.4 HORIZONTALIZACIÓN PROGRAMÁTICA

“Desde la Multiconcepción de la salud, el logro de la integralidad implica una estrategia programática integradora de prioridades verticales e intervenciones horizontales” (Medicus Mundi Navarra, 2016, pág. 20). Para ello es necesaria la horizontalización programática (HP), entendida como:

La forma de operacionalizar integradamente prioridades y normas tanto de los programas nacionales de salud como de los protocolos de vigilancia epidemiológica, en los diferentes niveles de atención y redes integradas, con base a una vigilancia en salud socio cultural y adecuación periódica a las necesidades locales. La HP debe establecer condiciones para la aplicación de la pertinencia intercultural, la equidad de género y la intersectorialidad en la atención integral a la población. (Medicus Mundi Navarra, 2016, pág. 20)

La HP en el Primer Nivel de Atención en salud debe organizarse alrededor de tres ámbitos de análisis acción: individual, familiar y comunitario. Estos tres ámbitos se pueden constituir en enfoques o programas operativos en las unidades ejecutoras de cada uno de los tres niveles de atención. Estos ámbitos de análisis acción son considerados espacios estratégicos y complementarios para las acciones integrales, integradas y continuas de salud pública en beneficio de la población.

La horizontalización supone que, sin perder de vista las metas de las prioridades verticales, se desarrolle una estrategia programática integradora que aumente el peso de las acciones de promoción y prevención, que al no tener un enfoque de “curación de la enfermedad”, suelen ser reducidos dentro de los programas verticales. Esta horizontalización, aparte de cumplir con la APS renovada en su aspecto de promoción y prevención, permite la participación local de los diversos actores en todas las etapas de la gestión de la salud, toda vez que no se trata de enfrentar “necesidades priorizadas” sino que el objetivo es garantizar los derechos de la población y cumplir las obligaciones institucionales de forma integral y no parcial o fragmentada. Esta integralidad lleva aparejada una mayor complejidad en la implementación (equipos polivalentes) y el

seguimiento (indicadores), por lo que las metodologías para la determinación y evaluación de costes dejan de ser sencillas. (MMN y SSLP, 2012, págs. 62-63)

“La estrategia surgida de la horizontalización pasa por actuar desde los tres niveles de acción del ser humano: el individual, el familiar y el comunitario. En cada uno de estos se realiza una programación conjunta de tácticas operativas” (MMN y SSLP, 2012, pág. 63).

Los componentes del modelo de gestión y atributos del modelo de atención (Figura 2)

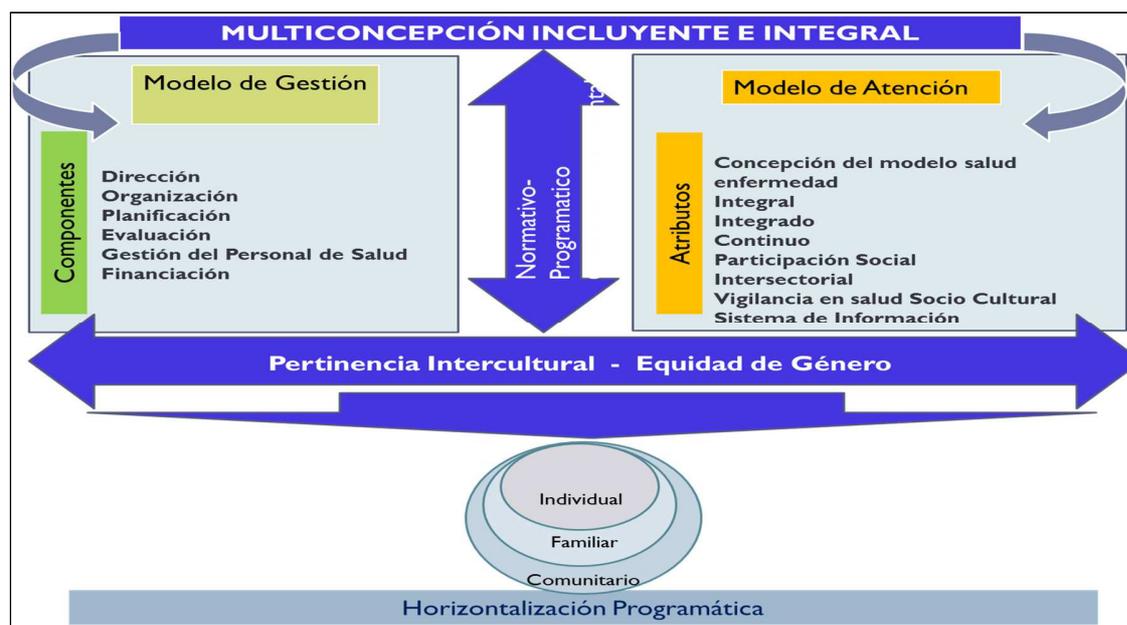


Figura 2 Esquema de los componentes del modelo de atención y atributos de la atención en la Horizontalización Programática (HP)

Fuente: Elaborado por Coordinador Multipaís del estudio “Avances de la horizontalización programática en cuatro países latinoamericanos”.

2.5 PROGRAMAS VERTICALES Y SUS FORMAS DE INTEGRACIÓN EN EL PRIMER NIVEL

En este bloque se contextualizará las estrategias nacionales y sus formas de integración en los niveles nacionales, regionales y locales, así mismo se señalan algunos datos de cobertura e indicadores sanitarios y las limitaciones actuales.

A NIVEL NACIONAL

El Derecho a la salud se contempla en los principios y valores del modelo de atención integral vigente y la integralidad de la atención se señala en documentos normativos como el MAIS-BFC, las normas técnicas de las etapas de vida, y en las normas de los programas de familias y comunidades.

De acuerdo a la estructura de la organización del MINSA, cada Dirección cuenta con un presupuesto para realizar sus actividades en el marco de sus funciones normativas y de brindar la asistencia técnica regional, presupuesto que es aprobado anualmente y contemplado de acuerdo al plan operativo de cada dirección en el nivel nacional.

En el Perú se pasó de los Programas Verticales a las Estrategias Sanitarias Nacionales con el fin de limitar la verticalidad de los programas y contar con un abordaje integral que aborde los problemas de salud de la persona en el contexto de su familia y comunidad y con enfoque de los determinantes sociales en el marco de la primera versión del MAIS.

Actualmente cada Estrategia Sanitaria tiene su correlato con una prioridad sanitaria nacional y cuenta con un programa presupuestal desde hace 8 años, están a cargo de la Dirección de Intervención Estratégicas de Salud Pública y que son los siguientes:

1. Articulado Nutricional
2. Salud Materno Neonatal
3. Tuberculosis
4. VIH/ SIDA
5. Enfermedades Metaxénica y Zoonosis
6. Enfermedades No Transmisibles
7. Prevención y Control del Cáncer
8. Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por desastres
9. Reducción de La Mortalidad por Emergencias y Urgencias Medicas
10. Prevención y Manejo De Condiciones Secundarias de Salud en Personas con Discapacidad Control y Prevención en Salud Mental
11. Salud Ocupacional
12. Pueblos indígenas

Estos programas presupuestales contemplan en su estructura una serie de acciones para las actividades que obtengan un impacto o resultado basado en el modelo lógico causal de cada problema sanitario con enfoque de determinantes sociales. El presupuesto que contempla es para acciones asistenciales, logísticas, insumos, renovación de equipamiento, recursos humano, proyectos de inversión, investigación, entre otras líneas de acción.

La Dirección de Promoción de la Salud cuenta con también con un programa presupuestal basado en la metodología de presupuesto por resultado (PPR) que contempla en su estructura programar acciones con énfasis en las intervenciones en la familia y la comunidad.

Ambas direcciones han formulado y propuesta las actividades, metas, resultados dentro de cada programa presupuestal justificadas por un modelo causal basado en la mejor evidencia disponible y brindan la asistencia técnica a las DIRESAS/GERESAS sobre los lineamientos para la programación y asignación presupuestal, quienes deben tener presente la necesidad y contexto local.

Las etapas de vida establecidas a partir del año 2008 comprenden las siguiente: Etapa de vida gestante, niño, adolescente, joven, adulto y adulto mayor. En la actual estructura las etapas de vida pertenecen a la Dirección de Intervención Estratégica por etapa de vida.

Las etapas de vida no cuentan con programa presupuestal, muchas de sus actividades son financiadas por presupuesto no programático (no PPR) y otras en acciones que contempla el programa presupuestal vinculante, por ejemplo etapa de vida niño con el Programa Articulado Nutricional destinado a la reducción de la desnutrición infantil, la anemia que priorizando la salud integral del niño. Así mismo la etapa de vida adolescente, joven que vincula sus acciones con el programa presupuestal de salud materna para la prevención del embarazo adolescente y reducción de la mortalidad materna.

Las fuentes de financiación se dan a través del presupuesto que asigna el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) a los Gobiernos Regionales destinado a las DIRESAS/GERESAS, otra fuente de ingresos son los recursos directamente recaudados y las donaciones.

La equidad de financiación y pago de los servicios de salud no se logra aún, la Generación, movilización, reasignación de recursos financieros y disponibilidad de los mismos es insuficiente para atender la demanda de las necesidades de salud; en el país el porcentaje del producto bruto interno destinado al sector salud es el 4% a diferencia de otros países que alcanzan el 7%.

En relación a los indicadores sanitarios se basan en la disminución de la mortalidad materna, del embarazo adolescente, desnutrición crónica, anemia infantil, aumento de las coberturas de inmunizaciones, disminución de enfermedades infecciones, crónicas y el cáncer. Predominan la evaluación de los indicadores de índole recuperativos y no aquellos que reflejen acciones de la de promoción de la salud.

Cabe mencionar que existen limitaciones de acceso a los servicios de salud puesto que el indicador de Cobertura de salud de la población peruana es de 61.9 %, (ENDES, 2015), siendo las principales aseguradoras el Seguro Integral de Salud (SIS) y la Seguridad Social, que

A NIVEL REGIONAL

En las DIRESAS o GERESAS, la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud y la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas (DESP), a través de cada uno de sus coordinadores o responsables programan las actividades y el presupuesto de cada programa presupuestal en coordinación con sus Microredes teniendo en cuenta sus necesidades y contexto local.

La planificación y programación de los recursos es en base al presupuesto por resultados para el logro de la eficiencia operativa de los servicios bajo los líneas de acción establecidos por el MINSA. La Planificación se realiza de forma anual y mensual, en base a las metas y alcances programáticos, establecidos.

A NIVEL LOCAL

La operativización de la atención en el Primer Nivel de Atención es a través de los programas presupuestales establecidos, y las actividades que han programado en coordinación con la DIRESA/GERESA y el presupuesto asignado que muchas veces resulta insuficiente para las necesidades de atención integral en la persona, familia y comunidad..

Los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención representan más del 95 % de la oferta existente de servicios de salud en los Gobiernos Regionales y se encuentran organizados en Redes y Microredes cumple funciones fundamentalmente de promoción de la salud, prevención, curación

y rehabilitación dentro de en una red de servicios y con el soporte resolutivo del segundo y tercer nivel de atención donde se encuentran los Hospitales Regionales y Nacionales.

Los profesionales de salud de acuerdo a la categoría de establecimiento donde se desempeñan sus funciones:

- **Establecimiento de Salud categoría I-1:** Realizan acciones básicamente de promoción de la salud y prevención puesto que usualmente están a cargo de dos profesionales de la salud. Un profesional no medico como una Enfermera u obstetra y un técnico de enfermería que en el marco de sus competencias realizan sus actividades: Inmunizaciones, Visitas domiciliarias, curaciones, inyectables entre otros. Programan en coordinación con la DIRESA/GERESA campañas de salud para la atención recuperativa de la población a cargo.
- **Establecimiento de Salud categoría I-2:** Realizan además de las acciones de un establecimiento I-1, mayor acciones recuperativas puesto que cuenta con personal médico y no médico, así como técnicos de enfermería. Realizan acciones de promoción, prevención y recuperativas. De igual manera coordinan la realización de campañas integrales.
- **Establecimiento de Salud categoría I-3,** Además de las acciones de un establecimiento I-2, realizan exámenes de laboratorio. Atiende urgencias de atención y atención de partos inminentes. El personal mínimo es un equipo básico: medico, enfermera, obstetra, técnico de enfermería, en algunas regiones se cuenta con odontológicos. Las actividades de los programas presupuestales y etapas de vida se distribuyen en el personal existente.
- **Establecimiento de salud categoría I-4:** Además de las acciones de un establecimiento I-3, cuenta con camas de internamiento y atiende partos en un centro obstétrico. El personal mínimo es un equipo básico: medico, enfermera, obstetra, técnico de enfermería que están a cargo de los programas presupuestales y etapas de vida

Los equipos de salud en el primer nivel de atención son multifuncionales, y tienen las competencias básicas para el desarrollo de intervenciones de promoción, prevención y de recuperación de los problemas frecuentes en la atención ambulatoria.

Se impulsando la capacitación en Atención Primaria de Salud, y la atención integral puesto que la formación de los recursos humanos es predominantemente asistencial o recuperativo, que influye al momento de realizar sus actividades y priorizan las acciones recuperativas

Los Establecimientos cuentan con una población y territorio definidos, las acciones relacionadas a los determinantes de la salud se realizan con acciones intersectoriales principalmente relacionados a los perfiles epidemiológicos del territorio, problemas o riesgos medioambientales principalmente

Las acciones de prevención y promoción a nivel individual, familiar y comunitario se impulsan con el fomento de la participación comunitaria.

El MAIS-BFC propone una serie de acciones por cada etapa de vida, a su vez repartidos según atención individual, familiar y comunitaria. En cada establecimiento de salud del primer nivel con categorías I-1 y I-2 (y en ciertos establecimientos I-3 y I-4 a nivel rural) los profesionales no médicos y los técnicos de salud que ahí laboran, tienen la obligación de responder a los diversos

requerimientos desde varias de las direcciones de intervención estratégica y sus programas presupuestales y las etapas de vida nacionales, sin contar con lo que otras áreas como Calidad de la Salud, Promoción de la Salud (PROMSA), las redes y otras dependencias regionales les exigen (MMN y SSLP, 2012, p. 51).

Esto repercute en la calidad del servicio, todos sabemos que tenemos ciertas exigencias que no necesariamente se corresponden con el perfil de los profesionales, que además tenemos profesionales saturados por trabajo administrativo por un lado y las exigencias de sus comunidades por el otro, sumados a la brecha de recursos humanos. Es difícil brindar atención integral cuando el diseño actual de la atención en salud no es integral sino fragmentado o compartimentalizado (MMN y SSLP, 2012, p. 52).

Como bien se mencionó líneas arriba, el MAIS BFC en el primer Nivel de atención se operativiza de acuerdo a niveles de acción (individual, familiar y comunidad).

A nivel Individual se brinda los servicios de salud de acuerdo a etapas de vida, bajo paquetes de atención integral, es decir se brinda una serie de atenciones con énfasis en la Promoción de la salud y prevención de la enfermedad con orientación en la persona, familia y comunidad. En las siguientes gráficas ilustraremos los Paquetes de Atención Integral por etapa de vida.

ENTREGA DE PAQUETES DE ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPA DE VIDA SEGÚN CATEGORÍA DE EESS Y ESCENARIOS DONDE SE DESARROLLA LA INTERVENCIÓN

Etapa de vida	Paquete de Atención Integral de Salud	Nivel de atención							
		I-1		I-2		I-3		I-4	
		INTRAMURO	EXTRAMURO	INTRAMURO	EXTRAMURO	INTRAMURO	EXTRAMURO	INTRAMURO	EXTRAMURO
	Control de niño sano y estimulación temprana	X		X		X		X	
	Inmunizaciones	X	X	X	X	X	X	X	X
	Tamizaje de hemoglobina	X		X		X		X	
	Suplementación con micronutrientes	X		X		X		X	
	Consejería nutricional	X	X	X	X	X	X	X	X
	Profilaxis antiparasitaria	X		X		X		X	
	Evaluación odontológica					X		X	
	Tamizaje de violencia intrafamiliar	X	X	X	X	X	X	X	X
	Visita domiciliaria integral		X		X		X		X
	Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes según protocolo	X		X		X		X	
	Evaluación nutricional y examen físico postural	X		X		X		X	
	Evaluación de la agudeza visual y auditiva	X		X		X		X	
	Evaluación odontológica					X		X	
	Inmunizaciones	X	X	X	X	X	X	X	X
	Tamizaje de anemia y suplementación	X		X		X		X	
	Tamizaje de parasitosis					X		X	
	Tamizaje de enfermedades no transmisibles					X		X	
	Diagnóstico y educación de habilidades sociales	X	X	X	X	X	X	X	X
	Tamizaje de violencia intrafamiliar	X	X	X	X	X	X	X	X
	Tamizaje de conductas de riesgo	X	X	X	X	X	X	X	X
Consejería y sesiones educativas/talleres	X	X	X	X	X	X	X	X	
Visita domiciliaria integral		X		X		X		X	
	Evaluación nutricional	X		X		X		X	
	Inmunizaciones	X	X	X	X	X	X	X	X
	Examen bucal					X		X	
	Despistaje de Ca de cuello uterino					X		X	
	Despistaje de ITS – VIH					X		X	
	Tamizaje de enfermedades no transmisibles					X		X	
	Tamizaje de violencia familiar	X	X	X	X	X	X	X	X
	Consejería y sesiones educativas/talleres	X	X	X	X	X	X	X	X
	Visita domiciliaria integral		X		X		X		X
		Evaluación nutricional	X		X		X		X
Inmunizaciones		X	X	X	X	X	X	X	X
Examen bucal						X		X	
Descarte de anemia		X		X		X		X	
Despistaje de Ca de cuello uterino		X		X		X		X	
Planificación familiar		X		X		X		X	
Tamizaje de enf. no transmisibles						X		X	
Tamizaje de violencia familiar		X	X	X	X	X	X	X	X
Consejería y sesiones educativas/talleres		X	X	X	X	X	X	X	X
Visita domiciliaria integral			X		X		X		X

Figura 3 Paquetes de Atención Integral por Etapa de Vida según categoría de Establecimiento de Salud

Fuente: Programa de Formación en salud Individual, Familiar y Comunitario para Equipos de Salud del primer Nivel de Atención 2016

Figura 3 “Continuación”

Etapa de vida	Paquete de Atención Integral de Salud	Nivel de atención							
		I-1		I-2		I-3		I-4	
		INTRAMURO	EXTRAMURO	INTRAMURO	EXTRAMURO	INTRAMURO	EXTRAMURO	INTRAMURO	EXTRAMURO
	ADULTO MAYOR								
	Valoración clínica del adulto mayor (VACAM)					X		X	
	Inmunizaciones	X	X	X	X	X	X	X	X
	Salud bucal					X		X	
	Análisis: Hg completo, úrea, creatinina, glucosa, Ex. de orina					X		X	
	Tamizaje de enfermedades no transmisibles					X		X	
	Despistaje de Ca de cuello uterino	X		X		X		X	
	Tamizaje de Ca de mama (*)							X	
	Tamizaje de Ca de próstata (*)							X	
	Densitometría (*)							X	
	Tamizaje de violencia familiar	X	X	X	X	X	X	X	X
	Consejería y sesiones educativas/talleres	X	X	X	X	X	X	X	X
Visita domiciliaria Integral		X		X		X		X	
	GESTANTE								
	Consulta médica			X		X		X	
	Control del embarazo (6 CPN)	X		X		X		X	
	Psicoprofilaxis y estimulación prenatal	X		X		X		X	
	Plan de parto	X	X	X	X	X	X	X	X
	Consejería nutricional	X	X	X	X	X	X	X	X
	Examen odontológico					X		X	
	Inmunizaciones	X	X	X	X	X	X	X	X
	Administración de micronutrientes	X		X		X		X	
	Tamizaje de violencia familiar	X	X	X	X	X	X	X	X
	Análisis: glucosa, Hb/Hto, VIH, VDRL, factor RH, PAP, urocultivo, examen de orina					X		X	
	Ecografía obstétrica					X		X	
Consejería integral	X	X	X	X	X	X	X	X	
Visita domiciliaria Integral		X		X		X		X	
	FAMILIA								
	Valoración familiar	X	X	X	X	X	X	X	X
	Identificación y atención de necesidades de desarrollo (promoción)		X		X		X		X
	Identificación y atención de necesidades de mantenimiento (prevención)		X		X		X		X
	Identificación y atención de necesidades de daño (recuperación)		X		X		X		X
	Identificación y atención de necesidades de disfunción		X		X		X		X
	Atención de las necesidades de disfunción leve				X		X		X
Atención de las necesidades de disfunción moderada						X		X	

El Paquete a la Familia básicamente en la visita domiciliaria integral, que supone una serie de acciones de ceso, sectorización, aplicación de fichas familiares, elaboración de plan de atención integral a la familia basada en los riesgos identificados y la entrega del paquete de atención individual por etapa de vida en la familia visitada.

Las intervenciones en la comunidad se brindan de acuerdo al contexto local y con la participación de la comunidad empoderada para el desarrollo de intervenciones en las viviendas de las familias y las comunidades, desarrollando acciones que contribuyan a su desarrollo humano en la cual la educación en salud es fundamental.

Principales implicaciones operativas para HP

La concreción de los programas en el nivel local requiere la aplicación de un conjunto de acciones sanitarias realizadas de manera planificada y sistemática para el cumplimiento de los objetivos y el alcance de metas programáticas, prioridades, normativas, entre otros, a nivel nacional.

El conjunto de acciones sanitarias de cada programa, pueden ser producto del análisis de situación de salud, a partir del cual se deben plantear intervenciones concretas sobre problemas de salud priorizados, por lo que algunas de ellas pueden variar según el contexto y los logros que se vayan verificando en la realización de los programas.

La horizontalización supone desarrollar acciones integrales para el logro de metas de las prioridades verticales, mediante una estrategia programática integradora en relación con problemas prevalentes, pero relacionándolos con la etapa de vida, sin circunscribirse únicamente al enfoque curativo y preventivo individual, sino incorporando además acciones de prevención y promoción a nivel familiar y comunitario.

La propuesta implica trabajar en el primer nivel a partir de los tres niveles de acción: individual, familiar y comunitario, que permitan horizontalizar de manera razonable las intervenciones de las distintas Estrategias Nacionales de Salud, respetando la división actual de Etapas de Vida y las prioridades nacionales, pero realizando un nivel de reordenamiento y re-priorización para la atención integral y potenciar la eficiencia y eficacia de los equipos locales de salud (MMN y SSLP, 2012, pág. 52)

En las ilustraciones siguientes, se puede observar de una forma gráfica y resumida primero lo que significa la horizontalización y luego, cuál es el sentido general de esta estructura programática, el mismo que al juicio de MMN y SSLP responde al carácter del primer nivel y al objetivo de atención integral incluyente con un enfoque de derechos.

HORIZONTALIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL

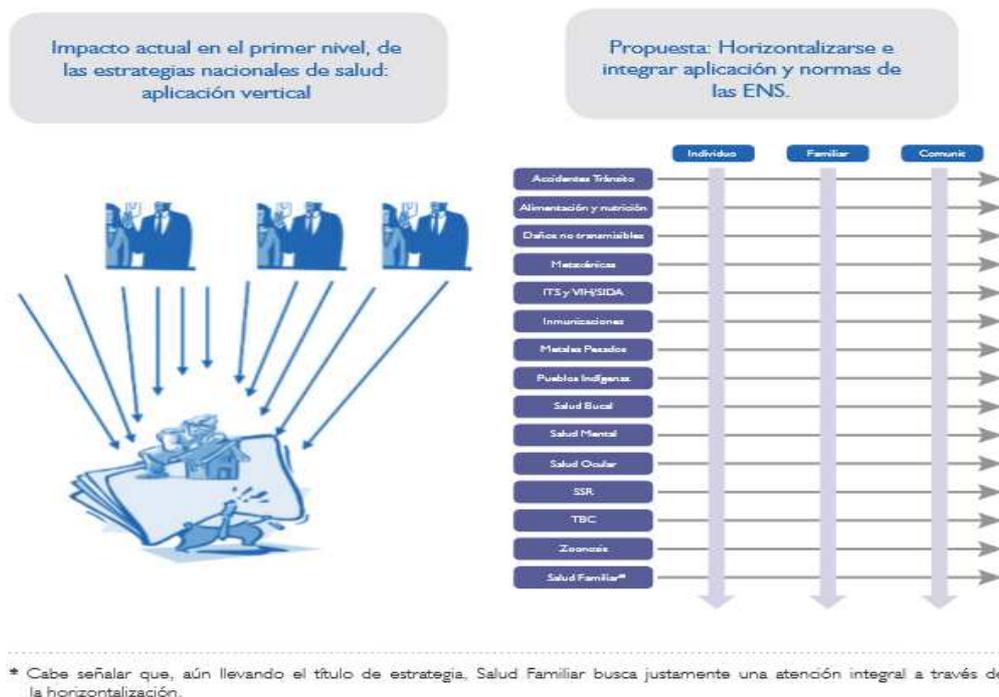


Figura 4 Horizontalización de las Estrategias Nacionales de Salud en el Primer Nivel

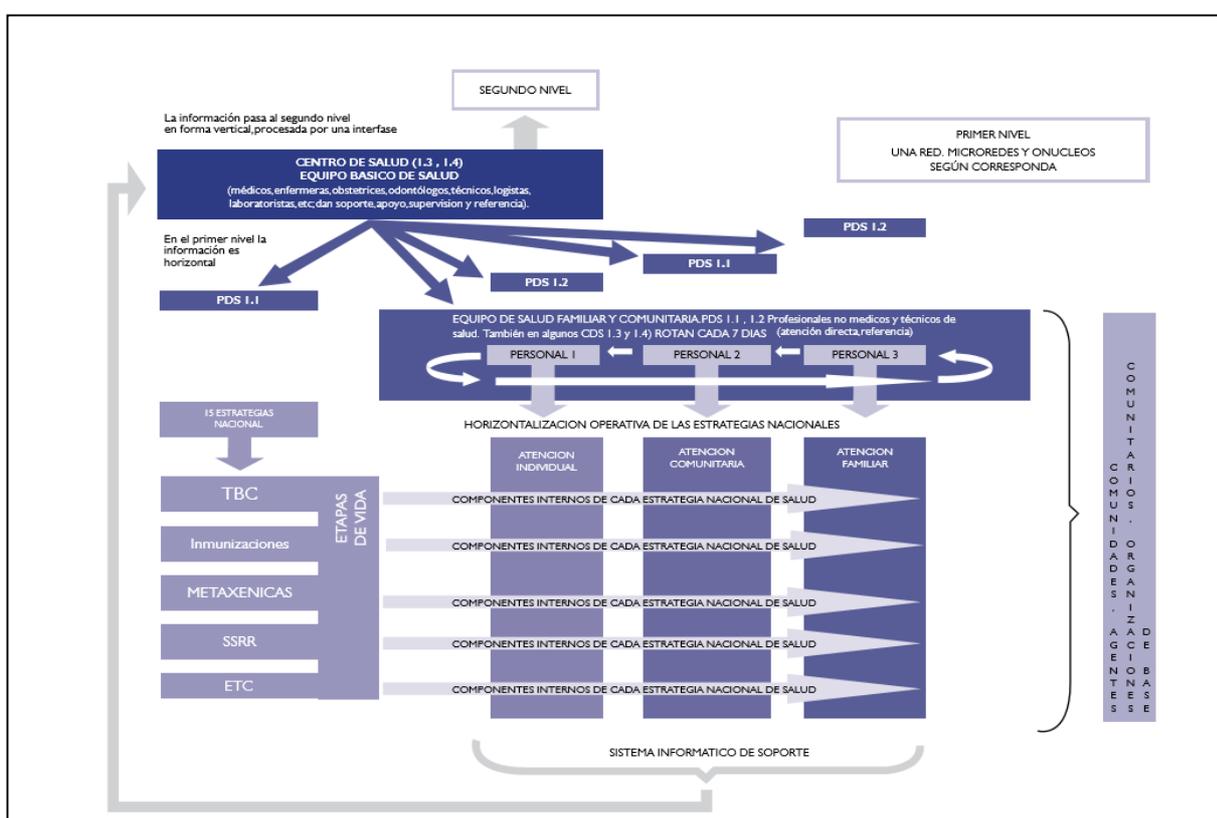
Fuente: Aportes para la operativización del Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad. 2012.pp53

En base a lo expuesto Medicus Mundi Navarra(MMN) y Salud Sin Limites Perú(SSLP) funda la propuesta programática operativa, en la cual considera que para realizarla es indispensable hacer un ejercicio participativo de horizontalización de las estrategias sanitarias y sus programas presupuestales, que permita al nivel nacional visibilizar la carga que pesa de forma conjunta sobre los establecimientos de primer nivel, pero además ver coincidencias, repeticiones y ausencias, incluso repensar prioridades tanto de atención como de vigilancia de la salud, tomando en cuenta el carácter del primer nivel y su rol más centrado en la prevención y promoción. Esto además, debe llevar a repensar otras dimensiones del modelo, como, la organización de la red de servicios, la formación del recurso humano, el diseño de nuestros sistemas de vigilancia e información y la organización del trabajo en el establecimiento y su relación con los niveles superiores, entre otros. (MMN y SSLP, 2012, pág. 52)

En base a lo expuesto Medicus Mundi Navarra(MMN) y Salud Sin Limites Perú(SSLP) funda la propuesta programática operativa, en la cual considera que para realizarla es indispensable hacer un ejercicio participativo de horizontalización de las estrategias sanitarias y sus programas presupuestales, que permita al nivel nacional visibilizar la carga que pesa de forma conjunta sobre los establecimientos de primer nivel, pero además ver coincidencias, repeticiones y ausencias, incluso repensar prioridades tanto de atención como de vigilancia de la salud, tomando

en cuenta el carácter del primer nivel y su rol más centrado en la prevención y promoción. Esto además, debe llevar a repensar otras dimensiones del modelo, como, la organización de la red de servicios, la formación del recurso humano, el diseño de nuestros sistemas de vigilancia e información y la organización del trabajo en el establecimiento y su relación con los niveles superiores, entre otros. (MMN y SSLP, 2012, p. 52)

Es decir, el ejercicio de horizontalización es un proceso de análisis síntesis, que en una primera parte consiste en descomponer los cuidados - atenciones de cada Estrategia Sanitaria Nacional de Salud para reconfigurarlos de manera horizontal -en el primer nivel de atención- en sólo tres niveles de acción: individual, familiar y comunitario, respondiendo a su vez cada uno de ellos a las etapas de vida. (MMN y SSLP, 2012, pág. 54)



2.6 Base Legal en la cual se enmarca el MAIS BFC

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2002-SA.
3. Ley N° 27658, Ley de Modernización de la Gestión del Estado.
4. Ley N° 27680, Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV, sobre Descentralización.
5. Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
6. Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.

7. Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
8. Ley N° 28056, Ley Marco del Presupuesto Participativo.
9. Ley N° 28273, Ley del Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales.
10. Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
11. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
12. Ley N° 29344, “Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud”
13. Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
14. Ley N° 29124, Ley que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel de Atención en los Establecimientos de Salud
15. Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y su modificatorias Decreto Supremo N° 007-2006-SA. Decreto Supremo N° 023-2006-SA y Decreto Supremo N° 003-2010-SA.
16. Decreto Supremo N° 077-2006-PCM, que aprueba las Disposiciones relativas al proceso de Transferencia de la Gestión de la Atención Primaria de Salud a las Municipalidades Provinciales y Distritales.
17. Decreto Supremo N° 056-2008-PCM, que aprueba las “Normas para la documentación oficial de los Ministerios del Poder Ejecutivo y los Organismos Públicos adscritos a ellos”.
18. Resolución Ministerial N° 1204-2006/MINSA, que establece que la Gestión de la Atención Primaria de la Salud es el desarrollo de los procesos de planeamiento, programación, monitoreo, supervisión y evaluación de la atención integral de salud que se realiza en el ámbito local. Salud del Ministerio de Salud y de las Regiones y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 017-2008-SA.
19. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
20. Resolución Ministerial N° 122-2001-SA/DM, que aprueba los Lineamientos para la Delimitación de Redes de Salud”.
21. Resolución Ministerial N° 1125-2002-SA/DM, que aprueba la “Directiva para la Delimitación de las Redes y Micro redes de Salud”.
22. Resolución Ministerial N° 638 -2003-SA/DM, que aprueba el documento “Delimitación de las Direcciones de Salud, Direcciones de Red de Salud y Micro redes de Salud del Ministerio de Salud.
23. Resolución Ministerial N° 1217-2004/MINSA, que autoriza a las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, para que en coordinación con sus respectivos Gobiernos Regionales, revisen y, de ser necesario, modifiquen la actual conformación de Redes y Micro redes de Salud de su Región, considerando los criterios técnicos establecidos en los “Lineamientos para Delimitación de Redes”, aprobado con

Resolución Ministerial N° 122-2001-SA/DM y la Directiva DGSP-DESS N° 001-05-2002 aprobada con Resolución Ministerial N° 1125-2002-SA/DM.

24. Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud

25. Resolución Ministerial N° 696-2006/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud.

26. Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud.

27. Resolución Ministerial N° 457- 2005, que aprueba el Programa de Municipios y Comunidades Saludables.

28. Resolución Ministerial N° 402-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Programa de Familias y Viviendas Saludables”.

29. Resolución Ministerial N° 696-2006-/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud”.

30. Resolución Ministerial N° 366-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Desarrollo de la Función Salud en los Gobiernos Locales”.

31. Resolución Ministerial N° 614-2007/MINSA, que aprueba la Guía de Implementación de los Proyectos Pilotos de Descentralización en Salud a los Gobiernos Locales.

32. Resolución Ministerial N° 478- 2009 /MINSA, que aprueba la NTS 081-MINSA/DGSP V.01 “Norma Técnica de Salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas”.

33. Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.

34. Resolución Ministerial N° 914-2010/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.02 “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.

35. Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA, que aprueba “El Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer nivel de Atención 2011-2021”.

36. Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba documento técnico “Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad”.

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Diseño: Estudio Cualitativo

Forma de Investigación: Estudio caso.

Los estudios de caso responden a una perspectiva cualitativa apropiada para la comprensión de experiencias, permiten examinar a profundidad y esclarecer en gran detalle el por qué, o cómo, funcionan o no determinados componentes o aspectos de un estudio, proyecto, programa, entre otros. Son relevantes para el desarrollo de una propuesta política social y/o afines (Marfil y Piazza, 2007)

Como es el caso de la intervención realizada por Medicus Mundi Navarra y Salud Sin Límites Perú en la provincia de Churcampa, departamento de Huancavelica- Perú, a través del Proyecto Multipaís “*Implementación de una Experiencia Piloto en Churcampa en Materia de salud Integral e Incluyente*”, desarrollado durante el periodo de año 2011-2014 (extendiéndose como parte de la continuidad del mismo en Churcampa y otras provincias del departamento de Huancavelica desde el año 2014 a la actualidad), en la Unidad Operativa de la Red de Salud de Churcampa (UORSCH), con el acompañamiento de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica (DIRESA Huancavelica). En donde se operativizó y continúa operativizando el MAIS BFC mediante el desarrollo de sus atributos y componentes, que tienen injerencia, y del cual a su vez es parte, la Horizontalización Programática- HP. Por ende, este estudio pretende analizar el proceso y requerimientos de la HP desde una perspectiva sistémica y multidimensional (atributos y componentes), en las intervenciones individuales, familiares y comunitarias llevadas a la práctica sobre el terreno, en el marco del MAIS BFC en el Perú.

3.2 Estrategia Metodológica: Se empleará un enfoque metodológico cualitativo, pues nos interesa identificar aspectos relacionados con la percepción de los actores relacionados con el desarrollo de la Horizontalización Programática, para explorar sobre su proceso y requerimiento. Para ello se utilizará técnicas propias de este tipo de enfoque como son: entrevistas a profundidad, grupos focales y observación participativa; cuya información referencial obtenida será triangulada con revisiones documentales (registros, informes relacionados con el proceso de la HP).

3.3 Población y Muestra: La población del estudio estuvo conformada por:

Nivel Normativo- Programático funcionarios del ámbito Central, es decir del Ministerio de Salud; Regional por parte de la Dirección de Salud de Huancavelica, y Local por parte de la Red de Salud de la provincia de Churcampa, relacionados con la Estrategia de Salud Familiar, Dirección de Promoción de Salud y Dirección de Salud de las personas. Los cuales fueron seleccionado por conveniencia. A continuación, se detallará la población mencionada:

Nivel Programático - Político del Nivel Central. – Los Funcionarios a entrevistar, fueron elegido del “Mapeo de Actores” según Nivel de Gestión con el que se contaba del Proyecto “*Implementación de una Experiencia Piloto en Churcampa en Materia de salud Integral e Incluyente*”, y se consideró como criterios de selección: experiencia y dominio de la temática, nivel de participación e injerencia en la Implementación del MAIS- BFC. En base a ello se programó y realizó **3 entrevistas** a los siguientes funcionarios:

Tabla 1:

Participantes del Nivel Programático- Político del Nivel Central

CARGO	OBSERVACIONES
1.Ex Coordinadora Nacional de la Estrategia de Salud Familiar (periodo 2010- 2016), MINSA.	PARTICIPÓ

2.Directora Adjunta de la Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial, MINSA.	PARTICIPÓ
3.Ex Director Ejecutivo de la Dirección de Salud de las personas, MINSA.	PARTICIPÓ

A nivel Local (**Churcampa**) se programó la participación de 4 funcionarios de los cuales sólo participaron 2. Estos fueron:

Tabla 2:

Participantes del Nivel Programático-del Nivel Local

CARGO	OBSERVACIONES
Responsable de salud de las personas	participó
Responsable salud familiar	participó
Director de la red de salud churcampa	no participo. se le presentó una reunion de urgencia.
Responsable promsa	no participo. se le presentó una reunion de urgencia.

A nivel Regional (**Huancavelica**) se programó una reunión grupal con **3 funcionarios**, obteniendo su plena participación.

Tabla 3:

Participantes del Nivel Programático-del Nivel Regional

CARGO	OBSERVACIONES
1 Directora de dais. ex coordinadora salud familiar.	participó
2 Coordinadora de salud familiar	participó
3 Director ejecutivo promsa. ex coordinador salud familiar red churcampa	participó

Nivel Operativo, Establecimiento del Primer Nivel de Atención (categorías I-1, I-2, I-3) de la Red de Salud Churcampa.

Población: 35 Establecimientos de Salud(EESS) de la Red Churcampa.

Tabla 4:

Establecimientos de Salud de la Red Churcampa

CATEGORIA DE EESS	Total, de EESS.	%
I-1	23	67%
I-2	7	21%
I-3	4	9%
I-4	1	3%
TOTAL	35	100%

Fuente: Dirección de Salud de Huancavelica, 2016

Muestra: 14 Establecimientos de Salud. Los cuales fueron seleccionados por muestreo por conveniencia, en el cual se contempló criterios de inclusión desarrollados bajo juicio de expertos, a detallar más adelante. Los Establecimientos programados fueron:

- 7 Establecimientos de la categoría Nivel I-2.
- 5 Establecimientos de la categoría Nivel I-1
- 2 Establecimientos de la categoría Nivel I-3

De los cuales participaron: 8 Establecimientos de Salud de la Red Churcampa.

No se incluyó en el Estudio la participación del Establecimiento Nivel I-4 debido a que el único establecimiento de la provincia de Churcampa con esta categoría se encuentra en proceso de implementación del Modelo de Atención basado en Persona, Familia y Comunidad.

Adicionalmente, en la consultoría de este estudio se solicitó recolectar y complementar en el análisis, información sobre los avances de la HP de algunos establecimiento de la Red Tayacaja. Dado que desde el año 2014 a la actualidad en esta Red se viene ejecutando la extensión del “Proyecto de Operativización del MAIS BFC” a cargo de MMN y SSLP. Por las referencias del Equipo de Trabajo de Campo del proyecto en mención, en la Red Tayacaja el proceso de operativización del MAIS está aún en la etapa de fortalecimiento de capacidades al personal de salud y los avances de la implementación del MAIS BFC se está dando de manera escalonada en algunos Establecimientos de Salud, sobre todo en los de categoría I-3. Contemplando estos aspectos, sumados a la viabilidad geográfica, acceso y disponibilidad de tiempo del personal de salud, se programó entrevistar al personal de salud de 2 Establecimientos que cuentan con buenos avances respecto a la Operativización del MAIS BFC en esta Red, como son los Establecimientos: Salcabamba y Huaribamba, de los cuales se entrevistó en cada uno de ellos a un personal de salud; y adicionalmente se entrevistó a un ex personal operativo que tuvo mucha participación en el proceso de la Operativización del MAIS BFC y que actualmente trabaja en la Red Tayacaja. Es por ello que se realizaron en total 3 entrevistas en el Nivel Operativo de la Red Tayacaja.

A continuación, en la siguiente tabla se detalla los Establecimientos e Salud que participaron en el estudio:

Tabla 5:
Establecimientos de Salud que participaron en el estudio

N°	MICRORED	NUCLEO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CATEGORÍA	NIVEL DE AVANCE de Operativización del MAIS
1	PAUCAR BAMBAMBA	PAUCARBAMBA	P.S. Ccocha	I-1	BUENO
2			C.S. Paucarbamba	I-3	BUENO
3	CHURCAMPAMBA	CHURCAMPAMBA	C.S. Locroja	I-2	REGULAR A BAJO
4		ANCO	C.S. Anco	I-3	BUENO
5			S.M. De Arma	I-2	REGULAR A BAJO
6			P.S. Palermo	I-1	REGULAR A BAJO
7			P.S. Manzanayoc	I-2	BUENO
8			P.S. El Carmen	I-2	BUENO
9	RED TAYACAJA	MICRORED DANIEL HERNANDEZ	C.S. Salcabamba	I-3	BUENO
10		MICRORED PAZOS	C.S. Huaribamba	I-3	BUENO

3.4. Unidad de Análisis

- **Nivel Programático:** Funcionarios del Nivel Central del Ministerio de Salud, Regional por parte de la Dirección de Salud de Huancavelica, y Local por parte de la Red de Salud Churcampa, relacionados con la Estrategia de Salud Familiar, Dirección de Promoción de Salud y Dirección de Salud de las personas.
- **Nivel Operativo:** Personal de Salud de los Establecimiento del Primer Nivel de Atención (categorías I-1, I-2, I-3) de la Red de Salud Churcampa y de la Red Salud Tayacaja.
- **Agentes de la Medicina Tradicional:** personas que asumen su rol en la restitución del equilibrio de la salud en base a saberes culturales mediante rituales, técnicas y plantas medicinales, entre otros.

- **Agentes Comunitarios de Salud (ACS):** son personas elegidas por la Comunidad, asumen el rol de promover la participación comunitaria y la corresponsabilidad en el autocuidado de la Salud. Su participación ha sido clave para articular los servicios de salud con la comunidad y con la medicina tradicional. (MMN, SSLP y Dirección de Salud de Huancavelica, 2013, pág. 19)
- **Consejo de Desarrollo Comunal (CONDECO):** es una organización social de base que suma y articula a todas las organizaciones existentes dentro de las comunidades. Su objetivo es promover el desarrollo integral de la comunidad con la participación activa de sus autoridades y sus organizaciones para el abordaje de las determinantes sociales de la salud, fortaleciendo las potencialidades y el empoderamiento comunitario basado en la organización, participación, gestión de desarrollo integral e intersectorial. Esto se plasma en un *Plan de Desarrollo Comunal* que busca mejorar la situación de salud y calidad de vida de su población. (MMN, SSLP y Dirección de Salud de Huancavelica, 2013, págs. 62-63)
- **Población Usuaría de los servicios de salud:** Padres y Madres de Familia que acuden a los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención y son parte de las intervenciones realizadas bajo el MAIS- BFC.

3.5 Fuentes de Información y criterios de inclusión:

A Nivel de Gestión Normativo – Programático, se consideró a funcionarios del ámbito Central (Ministerio de Salud-MINSA), Regional (Dirección Regional de Salud-DIRESA) y Local (Red de Salud), contemplado los siguientes criterios:

-Nivel Central, se consideró a Funcionarios cuyo puesto o cargo tenga relación con el proceso del MAIS BFC y la Horizontalización Programática; y hayan demostrado compromiso, y liderazgo con la implementación del mismo.

-Nivel Regional y Local, se consideró a funcionarios que tuvieron participación (mínimo 3 años), en el “Proyecto de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad - MAIS- BFC”. Así mismo hayan demostrado compromiso y liderazgo con la implementación e intervenciones del proyecto.

A Nivel Operativo:

Fuentes de Información: Personal de Salud del Nivel de Gestión Operativo, seleccionados según el tipo de categoría de Establecimiento de Salud.

Criterios de inclusión de los informantes claves. - Los criterios han sido determinados en base a juicio de expertos (concretado en reuniones y entrevistas con el Coordinador del Proyecto a nivel país y el Coordinador de Trabajo de Campo del Proyecto de Operativización del MASI-BFC). A

su vez, para la determinación de los criterios se analizó, revisó y consideró la información de los avances e informes del Proyecto de Operativización del MAIS – BFC en la Provincia de Churcampa. Los criterios definidos fueron:

- Categoría de Establecimiento de Salud y nivel de avance (cualitativo) respecto a la operativización del MAIS y su relación con el proceso de la Horizontalización Programática.
- Permanencia en el Establecimiento de Salud (mínimo 3 años).
- Participación en el Proyecto de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad - MAIS- BFC (mínimo 3 años).
- Puesto y cargo en su Establecimiento de Salud.
- Compromiso y liderazgo demostrado durante la implementación de las intervenciones del proyecto
- Accesibilidad geográfica y disponibilidad de tiempo.

3.4 Técnicas e Instrumentos

En el presente estudio se planificaron y ejecutaron las siguientes técnicas:

1. Entrevistas semiestructuradas. - Se estructuraron y programaron con la finalidad de:

- Identificar los avances, fortalezas, debilidades y lecciones aprendidas en el proceso de HP desde las políticas de Primer Nivel de Atención en salud y desde su puesta en práctica en las redes de servicios donde Medicus Mundi brinda asistencia técnica.
- Identificar los mecanismos de gestión y presupuestales necesarios para la implementación de la HP tanto en la gestión como en la atención en el nivel local, regional y nacional.
- Evaluar la forma como la Horizontalización programática contribuye a la integración del Primer Nivel de Atención con los otros niveles, y a la intersectorialidad, desde las experiencias prácticas acompañadas por Medicus Mundi en las redes de servicios donde interviene.

Las entrevistas se programaron para ser aplicadas a informantes claves del Nivel de Gestión: Normativo- Programático. Los cuales fueron seleccionados de acuerdo a criterios de inclusión determinados en base al análisis y revisión de los informes, sobre los avances del *Proyecto “Implementación de una Experiencia Piloto en Churcampa en Materia de salud Integral e Incluyente”* ejecutado en la provincia de Churcampa, Huancavelica - Perú, entrevistas a su Coordinador de Proyecto y Coordinador de Trabajo de Campo.

Las entrevistas se diseñaron para ser aplicadas al Nivel de Gestión Normativo- Programático (Ver Anexo N°01). Y al Nivel Operativo (Ver anexo N°02) para el personal de salud de 2 establecimientos de la categoría I-3 de la Red Churcampa y el personal de salud 2 Establecimientos de la categoría I-3 de Salud de la Red Tayacaja.

2. Grupos focales: Se diseñaron (ver anexos N°02, 03, 04 y 05), programaron y ejecutaron con la finalidad de explorar las percepciones de distintos actores sociales relacionados con la temática a abordar como son: el Personal de Salud de los Establecimientos de Salud de la Red Churcampa

(Nivel Operativo), Agentes comunitarios, Agentes de la Medicina Tradicional y población usuaria de los servicios de salud “Madres y Padres de Familia”. Los cuales fueron seleccionados de acuerdo a criterios de selección. A continuación, se detalla los Grupos Focales realizados:

- **Grupos Focales con personal de salud del Nivel Operativo**

Se programó con la finalidad de identificar los avances, fortalezas, debilidades y lecciones aprendidas en el proceso de HP desde las políticas de Primer Nivel de Atención en salud y desde su puesta en práctica en la Red de Salud Churcampa en donde Medicus Mundi brinda asistencia técnica.

Por otra parte, tomando en cuenta las diferencias del nivel de complejidad y capacidad resolutive con el que cuentan los Establecimientos de Salud seleccionados. Se decidió realizar Grupos Focales y/o de Discusión Diferenciados para el Nivel Operativo:

- Un grupo focal con personal de salud de un establecimiento Nivel I-1 y otro I-2, que cuenten con buen avance y /o experiencia sobre la Operativización del MAIS- BFC y desarrollo del proceso de la HP.
- Un grupo focal con personal de salud de los Establecimientos del Nivel I-1 y I-2 que no cuenten con buen avance sobre la Operativización del MAIS- BFC y desarrollo del proceso de la HP.
- Un grupo focal con personal de Salud que trabaja en la Categoría I-3, que cuentea con el mayor avance posible en la Operativización del MAIS- BFC y desarrollo del proceso de la HP.

- **Grupos Focales con Madres y Padres de Familia**

Se invitó a participar a los principales miembros de Familia, es decir al Padre y Madre de Familia, con la finalidad de identificar las formas de integración de la perspectiva de pertinencia intercultural, de equidad de género y de participación social en la Horizontalización Programática. De acuerdo a los objetivos del estudio se realizó 2 Grupos focales diferenciados, uno con madres y otro con varones padres de Familia.

- **Madres de Familia:**

Criterios de inclusión

- Madre de familia

- De preferencia haber participado en el Proyecto desde su inicio (año 2012). O al menos desde la mitad del periodo de su implementación.
- Hablar el idioma español y/o quechua
- Estar en la etapa de vida adulta.

Cantidad de participantes estimado: 8 a 10 madres de familia.

- **Padres de Familia:**

Criterios de inclusión

- Padre de familia.
- De preferencia haber participado en el Proyecto desde su inicio (año 2012). O al menos desde la mitad del periodo de su implementación.
- Hablar el idioma español y/o quechua.
- Estar en la etapa de vida adulta.

Cantidad de participantes estimado: 8 a 10 varones padres de familia.

- **Grupo focal con Agentes Comunitarios de Salud (ACS) e Integrantes del Consejo del Desarrollo Comunal (CONDECO)**

Se desarrolló con la finalidad de identificar las formas de integración de las perspectivas de pertinencia intercultural, equidad de género y participación social en la Horizontalización Programática. Es por ello que se invitó a participar a los Agentes Comunitarios y a los Integrantes del Consejo de Desarrollo Comunal.

Criterios de inclusión:

- Ser Agente Comunitario
- Ser Integrante del Consejo de Desarrollo Comunal.
- De preferencia haber participado en el Proyecto desde su inicio (año 2012). O al menos desde la mitad del periodo de su implementación.
- Hablar el idioma español y/o quechua.
- Estar en la etapa de vida adulta.

Tabla 6:

Agentes Comunitarios y Comunidades a las que pertenecen

Los Agentes Comunitarios seleccionados pertenecieron a las siguientes Comunidades:
-Comunidad los Andes, pertenece a la jurisdicción del EEE.SS Occopampa (Categoría I-2).
-Comunidad Paucapata, pertenece a la jurisdicción del EEE.SS El Carmen (Categoría I-2).
-Comunidad Huaribambilla, pertenece a la jurisdicción del EEE.SS Huaribambilla (Categoría I-2).
-Comunidad de Pucaloma, pertenece a la jurisdicción del EEE.SS S.P. Coris (Categoría I-3).

-Comunidad de Carhuanchu, pertenece a la jurisdicción del EEE.SS Carhuanchu (Categoría I-1).

Total de participantes estimados: 8 a 10 participantes (4 a 5 agentes comunitarios y 4 a 5 Integrantes del Consejo de Desarrollo Comunal). Por cada Comunidad asistió 1 Agente Comunitario y 1 Integrante del Consejo de Desarrollo Comunal. Se programó la participación de 5 Comunidades, un estimado total de 10 participantes.

- **Grupo Focal con Agentes de la Medicina Tradicional(AMT)**

Se programó con la finalidad de identificar las formas de integración de la perspectiva de pertinencia intercultural, es por ello que se invitó a participar a diversos Terapeutas Tradicionales de la Provincia de Churcampa, involucrados activamente con el Proceso de la Operativización del MAIS. Para este grupo focal se contó con la participación de los Terapeutas Tradicionales más representativos de la localidad.

Criterios de inclusión:

- Ser Agente de la Medicina Tradicional, es decir: Partera, Huesero, Chachero, Jubero, entre otros. El cual fue identificado durante la Operativización del MAIS.
- Ser informante clave, es decir ser participativo y haberse involucrado activamente durante el proceso de la Operativización del MAIS.
- Hablar español y /o quechua.
- Estar en la etapa de vida adulta.

Total de participantes estimado: 8 a 10 participantes. De preferencia se programó contar con un grupo variado de terapeutas. Es decir 2 terapeutas de distinta especialidad, hasta llegar a completar los 10 integrantes.

A continuación mostramos una tabla resumen del número de Grupos Focales y Entrevistas programadas y ejecutadas:

Tabla 7:

Grupos Focales y Entrevistas programadas y ejecutadas

TÉCNICAS APLICADAS	PROGRAMADO	NºPARTICIPANTES	REALIZADO	NºPARTICIPANTES
1.GRUPO FOCAL				
G.F. con Personal de Salud de los Establecimientos de Salud, que pertenecen a la Red Churcampa:				
- Personal de Salud de Establecimiento de categoría I-1	1	8	1	5

y I-2 con buen avance en la Operativización del MAIS BFC.				
- Personal de Salud de Establecimiento de categoría I-1 y I-2 con bajo a regular avance en la Operativización del MAIS BFC.	1	4	1	2
Agentes Comunitarios	1	10	1	16
Agentes de la Medicina Tradicional	1	8	1	8
Madres de familia, usuarias de los Establecimientos de Salud	1	8	1	9
Varones, padres de familia, usuarios de los Establecimientos de Salud	1	8	1	5
2.ENTREVISTAS				
Funcionarios del Nivel Normativo -Programático del Nivel Central	3	3	3	3
Funcionarios del Nivel Programático del Nivel Regional	3	3	3	3
Funcionarios del Nivel Programático del Nivel Local	4	4	2	2
Entrevista Grupal a Personal de Salud de Establecimiento de categoría I-3 con buen avance en la Operativización del MAIS BFC.	1	2	1	1
Entrevista Grupal a Personal de Salud de Establecimiento de categoría I-2 y I-3 con buen avance en la Operativización del MAIS BFC de la Red DE Salud Tayacaja	1	3	1	3

3. Observación Directa: Se programó y visitaron 2 establecimientos de Salud de la Red Churcampa(P.s Paccay y C.S. Churcampa). Así como visitas domiciliarias en la Comunidad de

Patacancha, a manera que se pueda corroborar *in situ* la implementación de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención, indagando sobre todos los atributos y componentes que se puedan valorar.

4. Revisión Documentaria (Fuentes Secundarias).- Se revisó y utilizó la información de los Informes de: Evaluación del “Modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud”- Perú, Avances de la Operativización de del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS BFC) en la provincia de Churcampa, Huancavelica- Perú.

5. Escala Multipaís de Avance de la Horizontalización Programática – HP: Esta escala se elaboró a nivel multipaís con la finalidad de medir cualitativamente los avances por atributo y componente de la Horizontalización Programática. Cada atributo y componente cuenta con subcategorías a analizar y con un puntaje escalonado del 1 al 5. La escala es básicamente una herramienta de análisis, que integra los datos y análisis de la recolección obtenida mediante las técnicas de investigación utilizadas en el estudio. Es por ello que para cada atributo y componente se estipuló unos criterios de valoración que han sido considerados de acuerdo a la realidad país. Los cuales se detallan en el Anexo N°06

En el caso de atributos las valoraciones finales del análisis del avance de la HP son:

ATRIBUTOS	(1) No existe	(2) Iniciando	(3) En progreso	(4) Avanzado	(5) Consolidado
------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------	-------------------------	----------------------------

En el caso de los Componentes las valoraciones finales del análisis del avance de la HP son:

COMPONENTES	(1) Muy Bajo	(2) Bajo	(3) Moderado	(4) Alto	(5) Muy Alto
--------------------	-------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-------------------------

3.5 Proceso de recolección de información

Con la finalidad de cumplir con los objetivos del estudio, el trabajo de campo se realizó mediante 2 etapas: validación de instrumentos a aplicar y recolección de información. Las cuales se detallan a continuación:

- 1. Validación de Instrumentos:** Durante el mes de octubre y la primera semana de noviembre del año 2016 se realizó la validación de los instrumentos a aplicar en el estudio con la finalidad de evaluar la pertinencia y claridad de las preguntas formuladas en los instrumentos. Las cuales estaban dirigidas a los informantes claves del estudio de acuerdo a su Nivel de Gestión e Intervención en el Proyecto. Al respecto lo siguiente:

- La Guía de entrevista para actores claves del Nivel Político - Programático fue validada vía *skype* con la Dra. Patricia Polo, quien fue la coordinadora nacional de la Estrategia de Salud Familiar durante el periodo 2010 - 2015.
- La Guía de entrevista y de grupo focal dirigido al Nivel Operativo, así como las guías de grupos focales dirigidos a la población beneficiaria del proyecto (madres y padres de familia), Agentes Comunitarios y Agentes de la Medicina Tradicional, por motivos de factibilidad, se validó bajo juicio de experto, con la colaboración del Lic. Eduardo Bedriñana Figueroa, Coordinador de Campo del “Proyecto de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS- BFC)”.

4.Recolección de la información:

La planificación del cronograma de trabajo de campo, las coordinaciones, invitaciones formales a los actores claves del Nivel Operativo y Programático, Agentes Comunitarios, Agentes de la Medicina Tradicional y población beneficiaria del proyecto (madres y padres de familia) en la Provincia de Churcampa y Huancavelica se realizaron a mediados del mes de octubre y durante la primera semana de noviembre del año 2016.

En esta etapa también se contó con la colaboración del Coordinador de Campo del Proyecto de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad - MAIS- BFC, Lic. Eduardo Bedriñana Figueroa.

Del 13 al 19 de noviembre se llevó a cabo la recolección de información *in situ* en las Provincias de Churcampa y Huancavelica (ver anexo N°07). De acuerdo a la metodología del estudio las técnicas aplicadas al Nivel Operativo fueron: Entrevistas semiestructuradas y Grupos Focales. Y del 25 de Noviembre al 15 de Enero se realizó las entrevistas a los Funcionarios del Nivel Normativo del ámbito Central.

Nivel Operativo: En base a la cantidad de Establecimientos de Salud, categorías y nivel de avance respecto a la operativización del MAIS y avance de la HP en la Red Churcampa. Es por ello que se programó la realización de 3 Grupos focales (y/o reuniones grupales) diferenciados. A continuación, se detallará su realización:

- **1 Grupo focal con el personal de los Establecimientos de Salud de las categorías I-1y I-2.** Los cuales cuentan con una buena experiencia sobre la Operativización del MAIS y avances sobre la HP. - Se programó la participación de 8 profesionales de salud de diferentes Establecimientos, de los cuales sólo se obtuvo la participación de 5 de ellos. El tiempo de duración de la reunión fue de 2 horas y media y tuvo lugar en las instalaciones de Salud Sin Limites Perú en la Provincia de Churcampa.
 - **1 Grupo focal con el personal de los Establecimientos de Salud de las categorías I-1y I-2.** Los cuales no cuentan con un buen avance sobre la Operativización del MAIS y sobre la HP.

Se programó la participación de 4 profesionales de salud de diferentes Establecimientos, de los cuales sólo se obtuvo la participación de 2 de ellos. El tiempo de duración de la reunión fue de 2 horas y tuvo lugar en las instalaciones de Salud Sin Limites Perú en la Provincia de Churcampa.

- **1 Grupo Focal con el personal de los Establecimientos de Salud de la categoría I- 3.** Los cuales cuentan con una buena experiencia sobre el desarrollo de la HP. -Se programó la participación de 2 profesionales de salud de diferentes Establecimientos de la Red Churcampa, de los cuales sólo se obtuvo la participación de 1 de ellos. El tiempo de duración de la reunión fue de 2 horas y tuvo lugar en las instalaciones de Salud Sin Limites Perú en la Provincia de Churcampa. Por otra parte, se realizaron con éxito los Grupos focales programados con:

-Agentes Comunitarios (Agentes Comunitarios e Integrantes del Consejo de Desarrollo Comunal): Se programó la participación de 10 agentes comunitarios, sin embargo acudieron 16. El tiempo de duración fue de 3 horas y el lugar donde se realizó fue las instalaciones de Salud Sin Limites Perú, en la Provincia de Churcampa.

-Agentes de la Medicina Tradicional (Partera, Huesero, Jubiadores, hierberas): Participaron todos los agentes invitados (8 personas). El tiempo de duración fue de 3 horas y el lugar donde se realizó fue en las instalaciones de instalaciones de Salud Sin Limites Perú en la Provincia de Churcampa.

Contemplando el idioma que hablaban los participantes (quechua) se optó por contar con la presencia de un traductor profesional y un técnico en enfermería para apoyar la facilitación del mismo. El tiempo de duración fue de 3 horas y el lugar donde se realizó fue en las instalaciones de Salud Sin Limites Perú, en la Provincia de Churcampa.

-Población usuaria de los EESS (Madres y padres de familia).- Con la finalidad de recabar la información de acuerdo a los objetivos del estudio se realizaron 2 Grupos Focales diferenciados : Uno con Madres de familia y otro con padres de Familia. Algunos participantes hablaban solo el idioma quechua, por ende se contó con el apoyo de un traductor del idioma en ambos grupos focales. El tiempo de duración fue de 2 horas y el lugar donde se realizó fue en las instalaciones de Local Comunal de la Comunidad de Patacancha-Provincia de Churcampa.

La Cantidad de participantes fueron: 9 madres y 5 padres de familia.

Facilidades y dificultades encontradas en la Etapa de Recolección de Datos:

-Coordinaciones y desarrollo de Trabajo de Campo en Provincia Churcampa y Huancavelica: Para el logro del cumplimiento del trabajo de campo en las Provincia de Churcampa y Huancavelica fue clave contar con la Colaboración del Coordinador de Campo del Proyecto de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad - MAIS- BFC, Lic. Eduardo Bedriñana Figueroa y de su equipo de trabajo, quienes en todo momento fueron amables, estuvieron prestos a apoyar y brindar acompañamiento a las

Investigadoras en las comunidades de la Provincia de Churcampa (Paccay y Patacancha). De igual forma hicieron las coordinaciones para que los actores claves seleccionados del Nivel Operativo y Programático de la Dirección de Salud de Huancavelica, Red Tayacaja y Red Churcampa puedan trasladarse y acudir a las actividades planificadas.

- En el caso de la participación para la realización de los Grupos Focales con actores claves del Nivel Operativo, a pesar que se coordinó, envió invitación formal y planificó con tiempo, la aplicación de los instrumentos (contemplando el periodo de tiempo disponible para su participación), no se contó con la participación en su totalidad de los actores invitados. Las razones que se obtuvieron respecto a su ausencia fueron que se les presentó casos de emergencia y algunas contingencias en su Establecimiento de salud.

- Se logró buena acogida y participación en la realización de los Grupos Focales con: Agentes Comunitarios, Agentes de la Medicina Tradicional y Población beneficiaria (Madres y Padres de Familia).

-El periodo de fines de Noviembre y diciembre son fechas en las cuales el Nivel Político - Programático cuenta con varias actividades de cierre de año, lo cual dificultó las coordinaciones para llevar a cabo las entrevistas, aplazando en diversas oportunidades las fechas de entrevista acordadas.

Cronograma de Actividades: Se realizaron las actividades de acuerdo a lo programado como se muestra en el Anexo N° 08.

3.6 Análisis de la Información recolectada

En el presente estudio se analizará los avances de la Horizontalización Programática desde una perspectiva sistémica y multidimensional (atributos y componentes), en las intervenciones individuales, familiares y comunitarias llevadas a la práctica sobre el terreno.

El análisis de los datos se realizará de forma inductiva (lectura y relectura de transcripciones y notas de campo), análisis del componente a analizar y sus vínculos (entre aspectos o variables), triangulación de hallazgos, establecimiento de patrones de comportamiento de las variables, interpretación de las relaciones encontradas entre variables con base al marco teórico, análisis temporal, consulta a expertos y/o participantes y redacción final de documento.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se muestran los hallazgos producto de la aplicación de la escala de medición de avances de la Horizontalización Programática en dos grandes niveles:

- A nivel Normativo Programático
- A nivel Operativo

En cada uno de los niveles se calificó y valoró el avance de la implementación de la HP, teniendo en cuenta los componentes del Modelo de Gestión: Dirección, Planificación, Organización,

Evaluación, Gestión del Recurso Humano, Financiamiento y los Atributos del Modelo de Atención: Multiconcepción integral incluyente, integral, integrado, continuo, participación social, intersectorialidad, vigilancia en salud sociocultural y el sistema de información (Figura N° 02).

De acuerdo al cumplimiento de los criterios establecidas en la escala se valoró el avance en cada uno de los componentes estableciéndose un puntaje que catalogaba un puntaje de uno (1) como muy bajo avance, dos (2) bajo avance, tres (3) moderado avance, cuatro (4) Alto avance y cinco (5) Muy Alto avance. (Ver tabla 8)

Tabla 8:

Esquema de valoración de los componentes del Modelo de Gestión

COMPONENTES	Muy Bajo (1)	Bajo (2)	Moderado (3)	Alto (4)	Muy Alto (5)
DIRECCION					
PLANIFICACION					
ORGANIZACION					
EVALUACION					
GESTION DE RECURSOS HUMANOS					
FINNCIAMIENTO					

Así mismo se valoró cada uno de los Atributos del modelo de atención en una escala del uno al cinco de acuerdo al cumplimiento de los criterios establecidos en el instrumento para catalogar el avance en un puntaje de uno (1) No existe, dos (2) Iniciando, tres (3) En Progreso, cuatro (4) Avanzado, y cinco (5) Consolidado. (Ver tabla 9).

Tabla 8:

Esquema de valoración de los atributos del Modelo de Atención

ATRIBUTOS	No Existe	Iniciando	En Progreso	Avanzado	Consolidado
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Multiconcepción del proceso Salud Enfermedad					
Integral					
Integrado					
Continuo					
Participación Social					
Intersectorialidad					
Pertinencia intercultural					
Equidad de Género					
Vigilancia en Salud Socio Cultural					
Sistemas de Información					

A continuación se presentan los hallazgos obtenidos de acuerdo a la aplicación de criterios establecidos para cada variables, categorías y subcategorías que se ponderaron para la valoración de la escala en el nivel Normativo Programático y a nivel Operativo, tanto aquellos que se cumplieron como los que no para obtener la ponderación.

5.1 HALLAZGOS A NIVEL NORMATIVO PROGRAMÁTICO

La información fue recabada de entrevistas realizadas a profesionales que ejercían un cargo actual o que lo ejercieron (funcionarios o exfuncionarios)

Tres funcionarios o exfuncionarios del Ministerio de Salud pertenecientes a la Dirección de Atención Integral, Dirección de Promoción de la Salud y de la Estrategia de Salud familiar.

Cinco funcionarios de la DIRESA Huancavelica (tres funcionarios pertenecientes al equipo de gestión de la DIRESA a cargo de Promoción de la Salud, Atención Integral, Salud Familiar y dos profesionales de la Red Churcampa a cargo de Promoción de la Salud y Salud Familiar.

Producto de la valoración realizada mediante la Escala de avance de la Horizontalización Programática- HP, los avances en relación a los componentes es un avance bajo (valoración 2) y en relación a los atributos están en progreso (valoración: 3).

5.1.1 EVALUCION EN RELACION A LOS COMPONENTES DEL MODELO DE GESTION Y LA HP

De acuerdo a los criterios establecidos en la escala de medición por cada uno de los componentes del modelo de gestión (Dirección, Planificación, Organización, Gestión de Personal y Financiamiento), la calificación global, obtenida teniendo en cuenta la mediana de cada resultado, se obtuvo un puntaje de dos (02), lo que significa un bajo avance en la implementación de la Horizontalización Programática a nivel normativo programático (Ver Tabla 10)

Tabla 9:

Evaluación de los componentes del modelo

COMPONENTES	CALIFICACIÓN	ESCALA
Dirección	2	Bajo
Planificación	2	Bajo
Organización	2	Bajo
Evaluación	2	Bajo
Gestión de Personal	2	Bajo
Financiamiento	2	Bajo
	Moda = 2 Mediana= 2	

A continuación, detallaremos los avances de los componentes y atributos de la Horizontalización Programática en el Nivel Normativo -Programático

DIRECCIÓN:

Según la escala de medición de avance de la Horizontalización Programática para valorar el componente Dirección, se establecieron subcategorías como: Coordinación (se evidencia trabajo coordinado y en equipo), socialización (se socializan los problemas y plantean soluciones conjuntas), trabajo en equipo, (acciones ábra fortalecer el trabajo en equipo, rotación periódica del personal), normas (se cumple con las normas de participación por objetivos y resultados), participación social (participación en el ciclo administrativo).

En este componente, de acuerdo al cumplimiento de los criterios evaluados, la calificación obtenida fue un puntaje de 02, que califica como un avance bajo, esto debido a lo siguiente:

A nivel normativo

-La coordinación, trabajo en equipo, la capacidad de socializar los problemas y plantear soluciones conjuntas, no es una fortaleza entre las diferentes Direcciones de Atención Integral, los responsables de las Estrategias Sanitarias, La Dirección de Promoción de la Salud, pero podría mejorar. Usualmente la socialización de los problemas se realiza dentro de cada una de las Direcciones o Estrategias, los ex funcionarios entrevistados refieren que no se ha dado este tipo de reuniones donde se socialicen problemas y planteen soluciones conjuntas para el abordaje de la atención integral a nivel individual, familiar y comunitario.

“Se intentó alguna vez las reuniones entre las estrategias y las etapas de vida, no se ha dado este espacio, no se realiza”. Ex Director de Atención Integral del MINSA.

“Muchas veces prima el protagonismo en cada funcionario de turno, y la presión por solucionar la coyuntura política del momento y no hay una línea de acción en el tema de la atención integral basada en familia y comunidad”. Ex Coordinadora Nacional de Salud Familiar del MINSA

- En relación al cumplimiento de normas basadas en objetivos y resultados, en el MINSA, se trabaja en base a la metodología presupuestal basada en resultados y el soporte técnico a las DIRESAS está a cargo del nivel normativo. La Programación de acuerdo a sus necesidades recae en las DIRESAS.

-En relación a la participación social, y su participación en el ciclo administrativo, existen espacios para la participación de la sociedad civil organizada en la Secretaría de Coordinación del MINSA (SECCOR) pero en muchos casos hay ausentismo en las convocatorias, en algunos casos se presentan propuestas de mejora a documentos normativos, proyectos de Ley, pero su participación no impacta en el ciclo administrativo del nivel normativo, puesto que este alcance depende de otras instancias de acuerdo al modelo organizativo.

A nivel programático

-En lo operativo, y a nivel de las DIRESAS, la coordinación, trabajo en equipo y la capacidad de socializar los problemas y plantear soluciones conjuntas, es mayor que en el nivel normativo, sin embargo no deja de ser influyente el liderazgo de turno para la conducción y continuidad de estas acciones.

“Nos reunimos entre los distintos responsables para plantear algunas propuestas, por ejemplo, programar las actividades y presupuesto para cada etapa de vida en cada programa presupuestal, eso como parte de la gestión de nosotros no del nivel central...”
(Responsable de Promoción de la Salud DIRESA Huancavelica)

- Estas acciones dependen de la conducción y la dirección de los líderes de turno en cada DIRESA, lo que impacta en la continuidad de la implementación de las actividades relacionadas con el modelo de atención en cada ámbito de intervención.

“En las DIRESAS, cuando el funcionario a cargo, está convencido de implementar el modelo de atención integral, la implementación avanza, pero hay casos en los que no, por ejemplo en mi caso, cuando estaba a cargo impulsaba muchas cosas, realizaba el monitoreo de acciones en los responsables de promoción de la salud...pero cuando tuve

que pedir permiso por un tema de salud, se paralizó todo el avance o se retrocede...esto no debe depender personas, sino porque es la forma de trabajar” Directora Adjunta de la Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial.

-En relación al fomento de la coordinación con la comunidad y de su participación en el ciclo administrativo, ello ocurre en algunos ámbitos sobre todo en aquellos que cuenta con la asistencia técnica de los cooperantes como Huancavelica.

PLANIFICACIÓN:

Según la escala de medición de avance de la Horizontalización Programática para valorar el componente Planificación, se establecieron subcategorías como: intervención integral (planes con intervención individual, familiar y comunitaria), proceso de planificación (con participación de miembros del equipo), indicadores de evaluación y proceso de monitoreo en relación a la atención individual, familiar y comunitaria.

En este componente la calificación obtenida fue de dos 02, que califica como un avance bajo. A continuación explicamos los hallazgos:

A nivel normativo

En relación al planeamiento estratégico, no se cuenta con plan estratégico que contemple la implementación progresiva del modelo de atención integral basado en familia y comunidad. Existen planes nacionales y multisectoriales vigentes en relación a prioridades sanitarias nacionales, como los destinados a la reducción de la anemia y desnutrición infantil, embarazo adolescente, sin embargo no existe un plan estratégico para la implementación del modelo de atención integral.

“Hace tres años se abandonó, el tema no está en discusión el Modelo de Atención, desde que desaparece la Estrategia de Salud Familiar no se ha dado el impulso, los funcionarios que llegaron luego no han liderado, no han dado línea en el tema”. Ex Director de Atención Integral del MINSA

“No se ha elaborado un plan estratégico que contemple la implementación del MAIS-BFC, hasta el momento” Ex coordinadora Nacional de Salud Familiar.

-En relación a la evaluación, ésta se realiza en función de las metas de los indicadores sanitarios y resultados establecidos en cada programa presupuestal de cada prioridad sanitaria. La evaluación se realiza de acuerdo a lo programado una o dos veces al año, sin embargo, el monitoreo de los procesos sobre todo a nivel de intervenciones a familia y comunidad es débil, debido a la falta de recursos para realizar el acompañamiento técnico constante a las regiones.

“Se ha tenido limitaciones para realizar el monitoreo y la asistencia técnica a las regiones, no nos aprobaban el presupuesto, o se realizaba tardíamente, o nos encargaban otras acciones...en los años que nos brindaban facilidades el monitoreo ha sido constante la asistencia técnica, se observaban avances en la implementación del modelo de salud familiar y comunitaria.”. Ex coordinadora de Estrategia de Salud Familiar.

A nivel Programático

- En relación a la planificación con participación de miembros del equipo, a nivel de la DIRESA Huancavelica se realiza el Plan Operativo Local y se contemplan acciones para la implementación

del MAIS-BFC, esta planificación se realiza con la convocatoria de los distintos responsables para realizar la programación, sin embargo influye mucho el liderazgo y la conducción de estas acciones, por un líder con el enfoque integral.

“A nivel de la Región Huancavelica, se ha realizado el esfuerzo de planificación con mirada integral, gracias a que el equipo de gestión contaba con el enfoque de la atención integral, además tenemos experiencia desde el nivel operativo”. Responsable de Promoción de la Salud de la DIRESA Huancavelica.

“La implementación del MAIS depende mucho de la sensibilización del funcionario y equipo de gestión que favorece el avance. Este proceso no debe depender de si los funcionarios están sensibilizados o preparados en el abordaje integral, sino porque se reconoce la necesidad de implementar la atención integral, sino ocurre que cuando ya no están los funcionarios o equipos sensibilizados o capacitados, existe retroceso en el avance”. Directora adjunta de la Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial.

“El Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) en muchos casos no son parte del análisis y toma de decisiones de los Gobiernos regionales o Locales. En mi experiencia tampoco he logrado evidenciar un análisis que contemple los grupos de población, género y procedencia en cada DIRESA”. Directora adjunta de la Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial

- En relación a la participación de la comunidad en la planificación, se cuenta con planes de desarrollo comunal, que están a cargo de los CONDECOS y cuenta con la participación del personal de salud y que se detalla en la evaluación del nivel operativo más adelante.

-En relación a la vigilancia sociocultural, el sistema de información vigente no contempla dichas variables, la vigilancia se base en las enfermedades prevalentes de notificación inmediata y mediata. Nos e contempla notificación y vigilancia de síndromes culturales.

ORGANIZACIÓN

Según la escala de medición de avance de la Horizontalización Programática para valorar el componente Organización, se establecieron subcategorías como: Instrumentos (procesos, herramientas para la atención individual, familiar y comunitaria), conocimientos (sobre los instrumentos, procesos), personal (capacitaciones), participación social (en la organización)

En este componente, de acuerdo al cumplimiento de los criterios evaluados, la calificación obtenida fue un puntaje de 02 que califica como un avance bajo. A continuación explicamos el hallazgo:

A nivel Normativo

-En relación a los instrumentos y procesos, se cuenta con normas técnicas de la atención integral individual para cada etapa de vida, documentos técnicos para realizar las intervenciones para

trabajar familias (programa de familias y viviendas saludables) y comunidades saludables (programa de comunidades saludables y agentes comunitarios), sin embargo se considera necesario normar y establecer los procesos operativos para la organización de los servicios de salud en el primer nivel de atención en este abordaje nivel intramuros y extramuros así como la normatividad sobre las Redes Integradas de Atención Primaria (RIAPS), y los procesos para la Gestión Territorial y la articulación de los tres niveles de gestión: nacional, regional, local.

“Las normas contemplan aspectos generales, son complejas en algunos casos de entender para el nivel operativo, se requiere normas más operativas.” Ex coordinadora de Estrategia de Salud Familiar.

“No existe normatividad que diga cómo se organizan los servicios de salud para la atención integral, esta normado lo que se debe hacer no el cómo se debe hacer”. Ex Director de Atención Integral del MINSA.

Existe el Decreto Legislativo sobre las Redes de Atención Primaria de Salud en el marco de la reforma, emitido el 2010, sin embargo, a la fecha no se cuenta con normativas sobre la implementación de las Redes Integradas de Atención Primaria y de Gestión Territorial.

“Se está trabajando en el diseño del documento de los lineamientos de Gestión Territorial y Atención Primaria”, aún no se cuenta con este documento”. Directora Adjunta de la Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial.

- En relación a instrumentos y herramientas para intervenir en familias y comunidades, existen instrumentos como la ficha familiar, guías y manuales para el trabajo con familias y comunidades. Existe la guía operativa del modelo de atención integral versión 2005, sin embargo no se ha actualizado la guía de operativización del MAIS-BFC, así como también una serie de normas que se describen como necesarios de actualizarse o elaborarse.

-En relación a la coordinación y evidencias sobre la organización del trabajo a nivel individual, familiar y comunitario, la Dirección General de Promoción de la Salud ha impulsado el programa de familias y viviendas saludables y la Dirección General de Intervención Estratégica en Salud Pública -Estrategia de Salud Familiar. Sin embargo, este trabajo no se ve reflejado en los indicadores de proceso ni de resultado.

A nivel Programático

- En relación a la coordinación entre niveles de atención, es un aspecto que no se evalúa y monitoriza en las DIRESAS, la coordinación para las referencias se inicia en el nivel operativo, y a nivel de las DIRESAS no se realiza una evaluación sobre la oportunidad y comunicación entre niveles de atención.

“Las referencias se realizan a nivel operativo de acuerdo a la demanda de atención, se registra las referencias y predomina las coordinaciones por casos de emergencia u urgencias, y se registran, pero en relación a las contra referencias no existe registro, están son otorgadas al usuario de la atención y no son comunicados al Establecimiento de origen

del Primer Nivel de Atención”. Responsable de Dirección de Atención Integral de la DIRESA Huancavelica.

- En relación a la organización de los equipos para implementar las intervenciones individuales, familiares y comunitarias, se impulsó el Programa de Formación en Salud Familiar, en DIRESAS de Lima y regiones, así mismo la educación permanente en tal sentido el equipo de gestión está sensibilizado y capacitado.

- En relación a la participación comunitaria en el proceso de gestión de los servicios de salud, esto ocurre principalmente en regiones que son ámbitos de intervención con cooperantes.

-Existe evidencia de la conformación de algunos Equipos de Salud Individual, Familiar y Comunitarios, se ha hecho el esfuerzo por impulsar e implementar programas de formación de Salud Familiar pero hace falta continuar con este entrenamiento para evidenciarlo en la organización de los servicios.

“Se inició el diplomado y educación permanente e salud para llevar a cabo la implementación del MAIS-BFC, sin embargo existe una alta rotación del personal del 100% capacitado, estimo que actualmente solo están un 10% en la Red Churcampa, por lo que es necesario continuar con este trabajo.” Estrategia de Salud Familiar de la Red Churcampa -DIRESA Huancavelica

EVALUACIÓN

Según la escala de medición de avance de la Horizontalización Programática para valorar el componente Evaluación, se establecieron subcategorías como: ejecución y cumplimiento de metas, planes de mejora, inclusión de criterios de Pertinencia Intercultural y género.

En este componente de acuerdo a la evaluación de los criterios la calificación obtenida fue un puntaje de 02 que califica como un avance bajo esto debido a los siguientes hallazgos y criterios:

A nivel Normativo

- En relación a si existen mecanismos de evaluación, prima la evaluación de resultados numéricos de cobertura, no los de procesos que tiene que ver con el trabajo de familia y comunidad. La evaluación es usualmente dirigida por cada Dirección u órgano de línea a cargo del tema. La evaluación a nivel de DDSS y su avance no se da actualmente.

- En relación al sistema de información, las normativas sobre el sistema actual no establece el proceso para contar con una oportuna y adecuada información.

A nivel Programático

-En relación al análisis de resultados en las DIRESAS suele realizarse con participación de las diferentes direcciones a cargo. Se ejecuta las evaluaciones de acuerdo a la programación anual establecida en sus planes operativos.

-En relación a la evaluación y monitoreo, el nivel operativo ejecuta el monitoreo y evalúa el cumplimiento de las metas y objetivos establecidos. La evaluación se centraliza, pero usualmente no se evalúa la oportunidad de atención ni se hace análisis de la información para la toma de decisiones.

-En relación al sistema de información, el sistema actual no ayuda a contar con una oportuna y adecuada información, existe sub registro y mal registro de actividades, lo que ha llevado a desarrollar sistemas paralelos.

-No existe evidencia de mecanismos de evaluación sistemáticos en donde se incluye la percepción de los servicios por parte de los individuos, familias y comunidades.

-No hay evidencia de evaluaciones con los proveedores de servicios de salud y los terapeutas locales.

-No hay inclusión en las evaluaciones de elementos de la pertinencia intercultural y equidad de género, sin embargo existen avances cualitativos en implantación de adecuación cultural, parto vertical.

GESTIÓN DEL PERSONAL EN SALUD

Según la escala de medición de avance de la Horizontalización Programática para valorar el componente Evaluación, se establecieron subcategorías como: permanencia de personal, clima laboral, monitoreo y evaluación del personal

En este componente de acuerdo al cumplimiento de los criterios evaluados la calificación obtenida fue un puntaje de 02 que califica como un avance bajo esto debido a los siguientes hallazgos y criterios:

A nivel Normativo

-A pesar de existir políticas para asegurar la permanencia del personal en las áreas alejadas, existe una brecha grande de recursos humanos y competencia por los recursos en las distintas aseguradoras.

-No existe un buen clima laboral en la gran mayoría de los equipos de salud a nivel normativo programático.

-En relación al personal originario del lugar de trabajo que habla el idioma local, no existe un diagnóstico y data cuantitativa, pero se percibe que, aunque no siendo mayoritario, actualmente sí existe personal de salud que es originario de la zona y habla el idioma local.

-En relación al monitoreo y evaluación del personal sobre el trabajo con familias y comunidades, existen limitaciones de índole administrativo, financiero para un acompañamiento técnico continuo, las visitas de supervisión a las regiones son priorizadas y una a dos veces como máximo, pero resulta insuficiente teniendo en cuenta que existe una alta rotación del personal.

A nivel Programático

-Los equipos de atención integral en el Primer Nivel de Atención son multifuncionales, pero son insuficientes en cantidad.

-Existen insuficientes acciones de acompañamiento técnico, monitoreo y evaluación de la DIRESA a sus establecimientos, estas se realizan de forma priorizada.

-El personal de salud ha realizado, de forma no intensiva, cursos y programas de capacitación en Atención Primaria, en el Modelo de Atención, y en la Salud Familiar y Comunitaria.

-Se percibe que la mayoría del personal no es originario del lugar de trabajo y no habla el idioma local.

-No existe un documento que señale cuanto personal es originarios, pero el personal local, se identifica, los que si son de aquí hablan el idioma local, aunque no son la mayoría” Responsable de Promoción de la Salud DIRESA Huancavelica.

FINANCIAMIENTO

Según la escala de medición de avance de la Horizontalización Programática para valorar el componente Financiamiento, se establecieron subcategorías como optimización, ejecución, transparencia, rendición de cuentas

En este componente, de acuerdo a los criterios evaluados, la calificación obtenida fue un puntaje de 02 que califica como un avance bajo esto debido a los siguientes hallazgos y criterios:

A nivel Normativo

- En relación a la optimización de los recursos, señalar que el financiamiento se basa en la metodología de Presupuesto por Resultados (PPR), basada en el modelo causal de problemas sanitarios. Si bien se contempla en el modelo causal del PPR un abordaje de los determinantes sociales de salud (DSSS), no se contempla el financiamiento de acciones conjuntas con otros Ministerios o en conjunto con los Gobiernos Regionales y locales. esto pone en evidencia la necesidad de mejorar la sostenibilidad financiera para el abordaje de los DDSS.

- Existe baja ejecución presupuestal en las Regiones y falta de evaluación de la calidad de gasto de las diferentes actividades que requiera la H.P con criterios de eficiencia.

“No existe el monitoreo y evaluación de la calidad de gasto en las regiones, esa función corresponde al nivel central pero está débil. Existen presupuesto destinado a ciertas actividades que luego no terminan cumpliendo su propósito, por ejemplo en el presupuesto para la intervenciones en enfermedades metaxénicas existe programado presupuesto para investigaciones que no son prioritarios”. Ex Director de Atención Integral

La estructura del PPR contempla presupuesto para personal de salud y proyectos de inversión, que afectan la ejecución presupuestal y debe ser analizado puesto que contemplar la ejecución de un proyecto de inversión toma más de un año y al contemplarlo en un plan anual afecta el avance de ejecución. Así mismo contemplar el pago de personal debe ir de la mano de un presupuesto que monitoree la producción del personal. Aspectos importantes para mejorar la ejecución presupuestal, y la calidad de gasto.

“En el PPR se encuentra el presupuesto de personal de salud, que en algunos casos no se encuentra realizando las acciones establecidas en su contrato y vienen realizando otras tareas. Asimismo, se contempla presupuesto para proyectos de inversión cuya ejecución que demora entre dos a tres años.” (Ex Director de Atención Integral del MINSA)

A nivel Programático

- En la asignación presupuestal se prioriza el financiamiento de actividades asistenciales y recuperativas para el logro de metas relacionadas a coberturas, sobre el financiamiento de intervenciones de las etapas de vida, familia y comunidad.

- No está claro para las personas que realizan la programación y asignación presupuestal en las Regiones dónde programar la logística y otros recursos para la implementación del Modelo de Atención Integral y los requerimientos de la HP.
- Los servicios del Primer Nivel de Atención cuentan con algunos medios financieros como el PPR de cada una de las estrategias sanitarias para implementar el Modelo, sin embargo se requiere, fundamentalmente, incrementar el financiamiento.
- En relación al manejo de recursos con transparencia (cumplimiento de normas administrativas). No se evidencia la existencia de auditorías internas y rendición de cuentas. Existen algunos planes de mejoras impulsados en las redes por proyectos o iniciativas propias que se contemplan en el Plan Operativo y cuentan con presupuesto asignado.

5.1.2 EVALUCION EN RELACION A LOS ATRIBUTOS DE LA ATENCIÓN Y LA HP

De acuerdo a los criterios establecidos en la escala de medición para cada uno de los atributos del modelo de atención (Multiconcepción incluyente, integral, integrado, continuo, participación social, intersectorialidad, vigilancia en salud sociocultural y el sistema de información) la calificación global obtenida fue de dos (02) y tres (03), lo que significa el avance en la implementación de la Horizontalización Programática a nivel normativo programático se encuentra Iniciando y en Progreso, que se evidencia en el siguiente cuadro de acuerdo a la calificación de cada atributo:

Tabla 10:

Evaluación de los atributos del Modelo de Atención: Nivel Programático

ATRIBUTOS	Calificación	Escala
Multi-concepción del proceso salud-enfermedad	3	En Progreso
Integral	3	En Progreso
Integrado	2	Iniciando
Continuo	2	Iniciando
Participación social	3	En Progreso
Intersectorialidad	3	En Progreso
Pertinencia intercultural	2	Iniciando

Equidad de género	2	Iniciando
Vigilancia en salud socio cultural	2	Iniciando
Sistemas de información	3	En Progreso
	Hay bi modalidad la calificación “Iniciando “ y “En Progreso” tienen la misma frecuencia Moda =2 y 3 y Mediana = 2.5	

A

continuación se describe los aspectos de cada atributo que impactaron en la calificación de la implementación de la HP a nivel normativo programático.

ATRIBUTOS

Los hallazgos a nivel de los atributos de la atención de salud a nivel Normativo se concentran en las categorías relacionadas a la normatividad existente y, en lo programático, en la preparación o capacitación del personal de salud en cada atributo.

MULTICONCEPCIÓN INTEGRAL E INCLUYENTE

A nivel Normativo

- En relación a conocimiento de la multiconcepción del proceso salud –enfermedad, el personal entrevistado en el nivel normativo demostró tener el conocimiento teórico de lo que incluye la multiconcepción del proceso salud –enfermedad. En la capacidad de comprenderla influyó que las personas entrevistadas contaban con una larga trayectoria en la gestión y han desempeñado cargos vinculantes con el tema, como el ex Director de Atención Integral, la Directora Adjunta de Promoción de la Salud y la ex Coordinadora nacional de la Estrategia de Salud Familiar.

-Se cuenta con normativa en la que se plasma parcialmente la multiconcepción en la atención, como el MAIS-BFC, las normativas de las etapas de vida y las de familia y comunidades saludables. Sin embargo, es necesario diseñar y normar los procesos para la atención y la organización de los servicios.

-Existen programas de capacitación dirigidos a la implementación de la Salud Familiar, que se impulsan con el aval de universidades.

A Nivel Programático

- El personal de salud entrevistado en la DIRESA Huancavelica tiene el conocimiento teórico de la multiconcepción del proceso salud–enfermedad. Infiere en este conocimiento la capacitación que han recibido por el MINSA y cooperantes.

- Se han impulsado la educación permanente en salud a iniciativa de la DIRESA y con el apoyo técnico de la cooperación, sin embargo es necesario que cuenten con el aval de una Universidad para ser reconocidos como capacitaciones en Atención Primaria.

“Se ha impulsado capacitaciones mediante la estrategia de educación permanente en salud, con el apoyo de la cooperación, sin embargo el MINSA no reconoce esta capacitación para otorgar los incentivos de bonificación al personal de salud que trabaja en el primer nivel de atención, puesto que no cuentan con el respaldo de una universidad” Dirección de Atención Integral en Salud DIRESA Huancavelica

INTEGRAL

A nivel Normativo

- Se cuenta con norma técnica por cada etapa de vida vigente: guías para el trabajo de familias y viviendas saludables, agentes comunitarios, participación ciudadana, una ficha familiar, entre otros. Sin embargo, es necesario normar los procesos para la organización de los servicios a nivel operativo.

- Se cuenta con los paquetes esenciales de atención por etapa de vida establecidos en el Plan Esencial de Salud, que contempla intervenciones de promoción, prevención y recuperación de servicios a nivel individual, familiar y comunitario.

- Se han diseñado programas con módulos de capacitación para los equipos básicos de salud (médico, enfermera, obstetra, técnico de enfermería) comunitarios de salud para que brinden atenciones integrales de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de acuerdo a sus necesidades, a nivel individual, familiar y comunitario.

- Se cuenta con programas y módulos de capacitación a equipos básicos de salud, personal en las regiones han sido capacitados también.

A Nivel Programático

- En la DIRESAS se tiene conocimiento de las normativas vigentes de la atención integral como: el Modelo de Atención Integral (MIAS-BFC), Normas técnicas de Salud de cada etapa de Vida, Norma de Familias y Viviendas saludables.

- Se han desarrollado módulos de capacitación a equipos básicos de salud, en las regiones y la Educación Permanente en Salud, sin embargo hace falta el reconocimiento de universidades a muchas de las iniciativas de capacitación en la DIRESA.

“A nivel de la DIRESA con el apoyo de Medicus Mundi se han impulsado al educación Permanente en Salud, que ha contribuido a la formación del personal, sin embargo como no cuenta con el aval de una universidad en MINSA no lo quiere reconocer al personal operativo para que cuenten con los estímulos de pago de bonificaciones por ejemplo.”

INTEGRADO

A nivel Normativo

No existe norma técnica de salud, documento técnico, manual o guía que establezca el proceso de gestión para integrar o articular los diferentes Direcciones de Intervenciones Estratégicas y las etapas de vida en acciones horizontales, como por ejemplo el proceso para programar y presupuestar de forma conjunta en el PPR las intervenciones a nivel individual, familiar y comunitaria.

No se cuenta con la normatividad sobre la implementación de las redes integradas de salud. Se encuentra en diseño la norma sobre Gestión Territorial para la atención Primaria, que describa los lineamientos y procesos para la gestión de la atención primaria en un ámbito territorial determinado bajo la organización de las redes y micro redes de los diversos prestadores de

servicios de salud. Se espera se culmine dicha normativa que se debe validar con las regiones, sin embargo debe esperar a la aprobación de la nueva estructura orgánica MINISTERIAL

No se cuenta con norma técnica o documento técnico que establezca el proceso de articulación entre los tres niveles de atención así como entre los niveles de gestión central, regional y local

A Nivel Programático

No se cuenta con la asistencia técnica sobre cómo desarrollar un trabajo articulado entre las estrategias sanitarias y etapas de vida, ante la ausencia de normatividad.

El trabajo en gestión territorial es realizado de acuerdo a las competencias del equipo de gestión al no haber una normatividad existente.

Existe un acercamiento inicial, es decir, se han desarrollado coordinaciones, elaborado instrumentos para el trabajo entre los proveedores de medicina tradicional y los proveedores de medicina convencional.

CONTINUO

A nivel Normativo

Las normas vigentes sobre la atención integral son de carácter general, no detallan los procesos para el logro de la continuidad de la atención, nuevamente se hace necesario contar con normativas basadas en procesos que detallen como es la organización de los servicios para brindar la prestación teniendo en cuenta la continuidad de la atención en cada ciclo de vida.

Existe la normativa sobre el Sistema de Referencias y Contra referencias, sin embargo, no se detallan algunos procesos para las contra referencias, procesos para organizar el servicio y los equipos de atención de salud para el monitoreo de cada etapa de vida a lo largo de su ciclo vital.

La normativa no contempla los procesos operativos a seguir para monitorear la continuidad de la atención entre los niveles de atención, para resolver la demanda de atención de la población en el proceso salud enfermedad.

A Nivel Programático

En las DIRESAS es débil la participación en la coordinación entre niveles de atención, usualmente son los establecimientos son los que coordinan directamente entre ellos como por ejemplo las referencias de los pacientes. El monitoreo de la oportunidad y calidad de la atención debe evaluarse y monitorearse.

El personal de salud requiere de guías y manuales que les orienten a brindar una atención integral y continua.

En tanto no se cuente con normativa, se hace necesaria la asistencia técnica continua a las DIRESAS por parte del nivel central en la implementación de cada atributo de la atención

INTERSECTORIALIDAD

A nivel Normativo

En las normativas vigentes sobre la atención integral se señala de forma general el trabajo intersectorial, sin embargo no existe normativa que determine este proceso en el nivel local, regional y nacional.

Se cuenta con planes nacionales, multisectoriales con actividades y estrategias asignadas a cada sector y Ministerios, sin embargo, el monitoreo e implementación de las acciones conjuntas y el financiamiento de las mismas requiere ser mejorado para lograr impacto en los resultados.

“Se requiere que desde el más alto nivel se lidere el tema, sólo con la experiencia del Programa JUNTOS en la lucha contra la desnutrición infantil se logró que desde la PCM se solicite la rendición de acciones a los otros Ministerios o sectores” Directora Adjunta de la Dirección de Promoción de la Salud

No se cuenta con normativa sobre los mecanismos de evaluación y monitoreo de los acuerdos de gestión que se establecen a nivel de las regiones o a nivel local y de las acciones intersectoriales.

No se han establecido los procesos para el abordaje de los determinantes sociales de la salud entre los distintos sectores y a nivel regional y local.

A Nivel Programático

A nivel de las DIRESAS, se impulsa las acciones intersectoriales, en el Gobierno Regional, Local existe desconocimiento de las acciones que es potestad de los gobiernos regionales y locales.

“Muchas veces la DIRESA impulsa proyectos interesantes que deben estar sustentando ante los Gobiernos Regionales, pero esto debe ser parte del conocimiento y de las acciones que debe realizar los Gobiernos Regionales” Directora Adjunta de la Dirección de Promoción de la Salud

PERTINENCIA INTERCULTURAL

A nivel Normativo

Se cuenta estructuralmente en el MINSA con la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, que vienen impulsando una serie de acciones priorizando las intervenciones de salud en la poblaciones excluidas y dispersas.

Existe la normativa sobre los enfoques transversales, como el de interculturalidad, sin embargo es necesario contar con normativas que describan el proceso para la atención con enfoque intercultural y la organización del servicio.

No se cuenta con guías y manuales para la implementación de la pertinencia intercultural en los servicios de salud.

A Nivel Programático

En los Establecimientos de salud existe un avance en relación a la adecuación cultural de los servicios, existe experiencias sobre parto vertical,

En la DIRESA no se ha realizado la asistencia técnica continua en el abordaje de la pertinencia intercultural.

EQUIDAD DE GÉNERO

A nivel Normativo

En las normativas se señala el abordaje en la atención de salud con enfoque de género, sin embargo, no se detalla el proceso y la organización del servicio para implementar o desarrollar este enfoque

Es necesario guías y manuales que describan los procesos para fortalecer la atención con enfoque de género

Insuficiente acompañamiento técnico del nivel normativo a las DIRESAS para la preparación del personal y trabajar en la implementación del enfoque con equidad de género.

A Nivel Programático

En la DIRESA los profesionales entrevistados señalan que no se ha recibido asistencia técnica en el abordaje de la salud con equidad de género, refieren que es necesaria el acompañamiento técnico continuo para la gestión de los servicios de salud con abordaje de equidad de género.

“He recibido capacitaciones pero por mi cuenta, en la DIRESA no contamos con asistencia técnica sobre este aspecto que sería bueno” (Responsable de atención Integral en la DIRESA Huancavelica)

“La Estrategia Sanitaria de Pueblos originarios ha impulsado las acciones para desarrollo de atenciones a la poblaciones dispersas y excluidas en las prioridades sanitarias que afectan su estado de salud” (Ex Director de Atención Integral)

VIGILANCIA EN SALUD SOCIO CULTURAL

A nivel Normativo

No se cuenta con normatividad sobre vigilancia en salud sociocultural, este es un tema nuevo a nivel del MINSA.

El Sistema de vigilancia contempla información sobre las prioridades sanitarias no contempla las variables para desarrollar vigilancia sociocultural.

A Nivel Programático

En la DIRESA Huancavelica, en los establecimientos de la Red Churcampa, se han establecido a nivel operativo herramientas o instrumentos que contribuyan a la vigilancia en salud sociocultural, tales como el sistema de comunicación que se ha implementado en la Red Churcampa como los quipus, que sirven para comunicar la ocurrencia de síndromes culturales, sin embargo dicha información no es consolidada y analizada con la información sanitaria parte de la información de la Red.

SISTEMA DE INFORMACIÓN.

A nivel Normativo

Las Direcciones de Intervenciones Estratégicas y etapas de vida solicitan información que no está contemplada en el HIIS, y son parte de los indicadores que monitorean con el sistema de vigilancia, medicamentos, entre otros

El sistema de información es el HISS, se encuentra basado en un modelo recuperativo, de variables de producción, sin embargo se han realizado mejoras para registro de atenciones individuales, familiares y comunitarias como por ejemplo la codificación de las actividades en familia y comunidad.

A Nivel Programático

La información que es entregada al nivel central, es información que tiene como fuente de datos varias fuentes, HISS, registros físicos, SIS, entre otros

Las DIRESAS concentran la información de las Redes y estas a su vez de sus microredes, para ser elevados al nivel central.

El SISFAC es considerada una herramienta valiosa para la implementación del modelo y la HP, así como su monitoreo, pero para efectos de proporcionar los datos de sus indicadores y otra información que solicita el nivel central no les ayuda.

5.2 HALLAZGOS A NIVEL OPERATIVO

Los hallazgos a presentar corresponden a una muestra de 8 Establecimientos de Salud (2 establecimientos del nivel I-1; 3 del nivel I-2; 3 del nivel I-3) del primer nivel de atención de la Red Churcampa, al cual se ha evaluado los avances de los atributos y componentes de la Horizontalización Programática-HP. Mediante la aplicación de técnicas cualitativas (entrevistas y grupos focales) a un personal operativo de cada uno de los Establecimientos mencionados.

Estos hallazgos se han triangulado con información recabada de los grupos focales realizados a Agentes Comunitarios de Salud, Agentes de la Medicina Tradicional y usuarios de los establecimientos de salud (Padres y Madres de Familia); data correspondiente a revisión documental (registros, informes de los Establecimientos de Salud). Y complementando su análisis con la información recabada de 2 establecimientos de categoría I-3 de la Red Tayacaja.

Como se mencionó a inicios del capítulo, la evaluación se ha realizado usando la “Escala de valoración de los avances de los atributos y componentes de la HP”. La cual permite integrar los hallazgos obtenidos de los instrumentos y técnicas ejecutadas, y producto de ello brindar una valoración para cada atributo y componente. Estos últimos cuentan con subcategorías, cuya valoración en conjunto brinda un resultado de avance por cada atributo y componente.

Producto de la valoración realizada se ha obtenido que el avance de la HP en el Nivel Operativo respecto a sus atributos está en progreso (valoración:3) y respecto a sus componentes es moderado (valoración:3).

5.2.1 EVALUACION EN RELACION A LOS ATRIBUTOS DEL MODELO DE ATENCIÓN Y LA HP

De acuerdo a los criterios establecidos en la Escala de medición para cada uno de los atributos del modelo de atención (Multiconcepción integral e incluyente del proceso salud enfermedad, integral, integrado, continuo, participación social, intersectorialidad, pertinencia intercultural, equidad de género, vigilancia en salud sociocultural y sistema de información) la calificación global obtenida fue de tres (03), lo que significa que el avance en la implementación de la Horizontalización Programática a nivel operativo se encuentra en Progreso, cuyo resumen se muestra en la siguiente tabla:

ATRIBUTOS	CALIFICACIÓN	ESCALA
Multiconcepción integral e incluyente del proceso salud-enfermedad	3	En progreso

Tabla 11

Avances de la HP por atributo para el Modelo de Atención: Nivel Operativo

Integrado	3	En progreso
Continuo	3	En progreso
Participación social	3	En progreso
Intersectorialidad	3	En progreso
Pertinencia intercultural	3	En progreso
Equidad de género	1	No existe
Vigilancia en salud socio cultural	3	En progreso
Sistemas de información	3	En Progreso
	Mo = 3 y Me =3	

VALORACIÓN

1: No existe; 2: Iniciando; 3: Progreso; 4: Avanzando; 5: Consolidado

A continuación, detallaremos los hallazgos correspondientes a los Atributos Del Modelo de Atención:

MULTICONCEPCIÓN INTEGRAL E INCLUYENTE

En la *Escala de avance de la Horizontalización Programática* se establecieron subcategorías para valorar el atributo *Multiconcepción Integral e incluyente*, estas son: **concepto** (dominio del concepto “multiconcepción” por parte del personal de salud), **implementación** (de la atención individual, familiar y comunitaria en los servicios de salud), **articulación** (se establece el procedimiento de acceso/articulación de los programas verticales en los servicios de salud que se ofrecen en el primer nivel de atención) e **instrumentos** (existencia de instrumentos operativos que incluyan la multiconcepción) y **personal** (% del personal ha recibido capacitaciones para implementar el modelo de atención). Cuyos hallazgos se describen a continuación:

En el personal operativo entrevistado se evidenció la clara apropiación y manejo del concepto de la multiconcepción integral e incluyente del proceso salud – enfermedad. Al cual hacen referencia como un proceso influido por los determinantes sociales de la salud, que inciden sobre la vida de las personas, las familias y las comunidades. Como se cita a continuación:

“Para abordar el proceso salud–enfermedad...nosotros primero identificamos la problemática no solamente de la familia, del individuo, sino también del entorno familiar y comunitario. Y eso permite que de repente el trabajo que nosotros como Establecimiento de Salud o personal de salud venimos realizando, involucra que la comunidad conozca su diagnóstico situacional, para nosotros identificar los determinantes sociales de salud. A raíz de eso se identifica y el personal de salud interviene, puede ser como: personal de salud, como orientador...puede ser la autoridad que necesita algo macro. Por ejemplo, hay comunidades que no tienen saneamiento básico. Entonces esto va a involucrar la intervención no solo del Establecimiento, sino de las autoridades de la misma comunidad, sino también de la autoridad local para intervenir” (Personal de salud de un Establecimiento de categoría I-3)

Considerando la data obtenida de la *“Herramienta para medir el avance de la implementación del MAIS BFC”* elaborada y aún en proceso de ejecución por MMN y SSLP en el presente año. Vemos que el avance de la implementación de la atención individual, familiar y comunitaria en

los Establecimientos de Salud(EESS) de la Red Churcampa, que han participado en el estudio se muestra de la siguiente forma: A nivel individual las categorías I-2 (3 EESS) y I-3 (3 EESS) cuentan con un avance promedio de 100%, mientras en la categoría I-1 (2 EESS) su avance promedio fue de 84%. A nivel Familiar el avance promedio en la categoría I-1: 36%, en la categoría I-2: 81%, en la categoría I-3: 39%. A nivel Comunitario el avance fue de: categoría I-1: 27%, categoría I-2:52%, y en la categoría I-3: 44%.

El detalle por Establecimiento de Salud se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 12:

Avance por Nivel de acción (Individual, Familiar y Comunitario)

N°	Establecimientos de Salud de la Red Churcampa (participaron en el estudio)	Categoría	% Avance por Nivel de Acción		
			Individual	Familiar	Comunitario
1	P.S Ccocha	I-1	100%	70%	44%
2	P.S. Palermo	I-1	67%	2%	10%
3	P.S. Arma	I-2	100%	82%	47%
4	P.S. Manzanayocc	I-2	100%	60%	50%
5	P.S. Carmen	I-2	100%	100%	60%
6	C.S Paucarbamba	I-3	100%	30%	48%
7	C.S Locroja	I-3	100%	48%	50%
8	C.S. Ancco	I-3	100%	40%	33%

Los indicadores que se consideraron en la herramienta para medir los avances por nivel de acción respecto a la implementación del MAIS BFC, corresponden a las actividades programadas y estipuladas por el MAIS BFC. Esta data fue recogida mediante una “Lista de chequeo y observación in situ” por parte del Equipo de Campo de MMN y SSLP de la provincia de Churcampa en el presente año. A continuación, citaremos los indicadores que se contemplaron por niveles de acción:

Nivel Individual

Tabla 13:

Indicadores de la “Herramienta para medir el avance de la implementación del MAIS BFC” respecto a la Atención Integral e Integrada a la persona por Etapa de vida

• Manejo de las historias clínicas (HC) / fichas clínicas(FC) de la Etapa de vida niño.
• Manejo de las HC / FC de la Etapa de vida adolescente.
• Manejo de las HC / FC de la Etapa de vida joven.
• Manejo de las HC / FC de la Etapa de vida adulto.
• Manejo de las HC / FC de la Etapa de vida adulto mayor.
• Manejo de las HC / FC de la Etapa de vida gestante.

Fuente: “Herramienta para medir el avance de la implementación del MAIS BFC” elaborada y aún en proceso de ejecución por MMN y SSLP. 2016-2017

Nivel Familiar

Tabla 14:

Indicadores de la “Herramienta para medir el avance de la implementación del MAIS BFC” respecto al análisis de la información e intervención en la Unidad familiar

<ul style="list-style-type: none"> • Reportes del Sistema de Información para la Salud Individual, Familiar y Comunitaria (SISFAC) para valoración del riesgo familiar
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis situacional familiar y comunitario en la sala situacional del establecimiento
<ul style="list-style-type: none"> • 2da visita de salud familiar: elaboración del Plan de Atención Integral de la Familia (PAIFAM).
<ul style="list-style-type: none"> • 2da o 3era visita de salud familiar: elaboración del Plan de Salud Familiar (PSF)
<ul style="list-style-type: none"> • 3ra o 4ta visita de salud familiar: seguimiento y monitoreo del PAIFAM y del PSF.
<ul style="list-style-type: none"> • Actualización del SISFAC: (Determinantes Sociales de la salud)
<ul style="list-style-type: none"> • 4ta y siguientes visitas de Seguimiento y Monitoreo a la salud familiar; mejora del PAIFAM y del PSF.

Fuente: “Herramienta para medir el avance de la implementación del MAIS BFC” elaborada y aún en proceso de ejecución por MMN y SSLP. 2016-2017

Nivel Comunitario

Tabla 15:

Indicadores de la “Herramienta para medir el avance de la implementación del MAIS BFC” respecto a la Organización y participación comunitaria e intersectorial para el abordaje de los Determinantes sociales de la Salud

<ul style="list-style-type: none"> ○ Avances en la capacitación Agentes Comunitarios de Salud.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Conformación de Consejo de Desarrollo Comunal(CONDECOS).
<ul style="list-style-type: none"> ○ CONDECOS con diagnóstico situacional, visión de desarrollo y Plan de Trabajo.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Inscripción del CONDECO en el Registro Único de Organizaciones Sociales(RUOS) de su Municipalidad.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Implementación del plan de trabajo del CONDECO.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Consejo Educativo Institucional(CONEI) en las Instituciones Educativas.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Sensibilización del CONEI por el personal de salud del establecimiento.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Diagnóstico y Plan de trabajo anual del CONEI en base a los indicadores de evaluación de Instituciones Educativas.

o Ejecución del Plan de trabajo anual de trabajo del CONEL.
o Conformación del comité multisectorial de salud o equivalente.
o Diagnóstico y Plan de trabajo anual del Comité Multisectorial(CMS) o su equivalente elaborados.
o Ejecución del Plan de trabajo anual del Comité Multisectorial (CMS) o su equivalente.

Fuente: “Herramienta para medir el avance de la implementación del MAIS BFC” elaborada y aún en proceso de ejecución por MMN y SSLP. 2016-2017

Respecto al personal de Salud, en la Red de Salud Churcampa, desde el año 2012, el personal de salud ha recibido de manera progresiva capacitación- formativa sobre la Operativización del Modelo de atención integral basado en Familia y Comunidad- MAIS BFC en el primer nivel de atención. La primera fase se dio a través del Programa de Formación en Salud Familiar y Comunitaria(PROFAM) del Ministerio de Salud(MINSA) y dictado por la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga en coordinación con la Dirección General de Salud de las personas del MINSA. Luego de ello continuaron las capacitaciones formativas a cargo del Equipo técnico de Medicus Mundi Navarra-MMN y Salud Sin Límites Perú-SSLP como parte del Proyecto de Operativización del MAIS- BFC en Churcampa, logrando formar en la actualidad al 83% del personal de salud de la Red Churcampa (Dato obtenido del Registro de Capacitaciones del “Proyecto Operativización del MAIS BFC”, MMN y SSL Perú, Churcampa 2016)

Posteriormente, del 2013 al 2016, se realizó el “Programa de Formación Continua en Salud Individual, Familiar y Comunitaria” dirigido a Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención” a cargo del Equipo Técnico de la Red de Salud Churcampa, MMN y SSLP, llegando a cubrir hasta entonces el 90% del recurso humano de la provincia.

Extendiéndose esté último durante los años 2014 y 2015. Al II trimestre del 2016 con el apoyo de MMUNDI se está formando Facilitadores Regionales (28) en la Implementación del MAIS-BFC, para continuar con la extensión de la Implementación del MAIS- BFC a nivel de las Redes de Salud de la Dirección de Salud de Huancavelica.

Considerando las subcategorías descritas en los hallazgos sobre la multiconcepción integral, al aplicar la escala de avances de la HP este atributo presenta un puntaje de 3, es decir su avance se encuentra en progreso.

INTEGRAL

Para este atributo, en la escala de avance de la HP, se ha establecido subcategorías como: **instrumentos** (% de Establecimientos de Salud que cuenta con instrumentos operativos a nivel individual familiar y comunitario y si se implementan en los servicios de salud), **servicios** (% de establecimientos de salud que cuenten con la implementación de la cartera de servicios a nivel individual, familiar y comunitario), **implementación** (% de Establecimientos de Salud que cuenten con planes operativos que contemplen acciones integrales para el logro de metas verticales con acciones horizontales para resolver problemas prevalentes incorporando además acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación a nivel familiar y comunitario considerando el continuo de la atención en el curso de la vida), **personal** (% de Equipos Comunitarios de Salud con atenciones integrales de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de acuerdo a sus necesidades a nivel individual, familiar y

comunitario trabajando en los servicios de salud) y **redes** (% de establecimientos de salud que trabajan articuladamente entre los diferentes niveles, el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario funcionado y operativizándose a través de redes de servicios de salud).

Según lo manifestado por el personal operativo entrevistado y la Coordinadora de la Estrategia de Salud Familiar de la Red Churcampa, todos los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención de la Red Churcampa cuentan con instrumentos operativos para la atención individual, familiar y comunitaria. Asimismo, se ha implementado la cartera de servicios a nivel individual por etapa de vida y se realizan intervenciones intra y extra murales a nivel familiar y propiamente extramural a nivel comunitario. Para realizar las intervenciones a nivel Comunitario, cada personal es responsable de un sector de la Comunidad, y su función consiste en: realizar visitas domiciliarias, captar gestantes y personas (de todas las etapas de vida) que presenten riesgos en salud, sensibilizar a la población sobre temas de prevención en salud, identificar las necesidades de la Comunidad, realiza reuniones y capacita a sus agentes comunitarios sobre temas de factores de riesgo; prioriza los lugares de intervención de acuerdo a los riesgos identificados, conversar con las autoridades para involucrarlo en las acciones de salud e involucra a todo el personal de salud en las actividades de su sector. El sectorista es como el coordinador, encargado de un sector de la comunidad. Por ejemplo, si en su sector corresponde vacunar, todo el equipo de salud sale a vacunar, no solo el sectorista. Todos se involucran y fomentan el trabajo en equipo.

Para reforzar las atenciones integrales en las Comunidades alejadas de los Establecimientos nivel I-1 y I-2 se programa 1 a 2 veces al mes atenciones integrales a cargo de los Equipos de Atención Integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas (AISPED). Estos equipos brindan atención integral recuperativa, complementan las intervenciones de promoción y prevención en base a una programación periódica. Sin embargo, la cobertura de atenciones aún es insuficiente para cubrir todas las necesidades en salud de la población.

Como parte de las limitantes encontradas en los Establecimientos de categoría I-1, para el desarrollo de actividades extramurales, tenemos: insuficiente recurso humano (uno a dos profesionales son los encargados de aplicar todos los programas de salud) no permite obtener una cobertura adecuada de intervenciones en todos sus niveles de acción (individual, familiar y comunitario), se rigen en indicadores sanitarios recuperativos sobre los cuales se mide su productividad, en esta categoría de establecimientos las atenciones integrales están sujetas a las coordinaciones, programaciones y disponibilidad del recurso humano de los establecimientos de mayor nivel de resolución pertenecientes a su Núcleo o Micro red de Salud.

Así mismo, los entrevistados manifestaron que los Planes Operativos están en función de indicadores, para el cumplimiento de sus metas de cada una de las Estrategias de Salud; por ende, esto dificulta registrar y realizar intervenciones horizontales. A pesar de ello el nivel I-2 y I-3 en comparación con el nivel I-1, ha logrado un mejor avance en acciones integrales de salud para el logro de metas verticales con acciones horizontales. Sobre todo para resolver problemas prevalentes de salud, debido a que cuentan con mayor recursos humano y aplican a cabalidad los paquetes de atención por etapas de vida, realizan intervenciones a nivel familiar y comunitario en

los que incorporan acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, considerando el continuo de la atención en el curso de la vida.

Por otra parte, los Agentes de la Medicina Tradicional, manifestaron que iniciaron su sensibilización respecto al, trabajo articulado con el personal de salud, como parte de las actividades realizadas por las ONGs que llegaron a Churcampa antes de la llegada de MMN y SSLP. Sin embargo, consideran que a raíz de las capacitaciones recibidas y las intervenciones realizadas por MMN y SSLP, han logrado tomar mayor conciencia de la importancia de trabajar de la mano con el personal de salud. Perciben que sus costumbres y atenciones son tomadas en cuenta por el personal de salud. Muchos de ellos han logrado interesarse y empoderarse más en temas de salud y ocupan cargos como Agentes Comunitarios de Salud o Promotores de Salud en su Comunidad. Actualmente con las capacitaciones sobre el manejo del “Quipu”, sienten mayor responsabilidad de registrar sus atenciones y referencias. Consideran que los factores primordiales que han contribuido para trabajar de la mano con MMN Y SSLP fueron: personal capacitador con dominio del idioma quechua, son empáticos, capacitaciones dictadas en quechua, metodología de enseñanza práctica y entendible. En cuanto a los principales factores que han limitado su trabajo articulado con el personal de salud tenemos: personal poco comprometido con el trabajo articulado, sobretodo mencionan en este último al personal de salud con más años de trabajo en el Establecimiento de salud (personal nombrado) de su jurisdicción, no cuentan con medios de comunicación (teléfonos, transporte las 24 horas del día), ni medios económicos suficientes para referir oportunamente a sus pacientes.

Finalmente, considerando las subcategorías descritas en los hallazgos sobre el atributo integral, al aplicar la escala de avances de la HP este presenta un puntaje de 3, es decir su avance se encuentra en progreso.

INTEGRADO

Para valorar este atributo, en la escala de avance de la HP, se ha establecido subcategorías como: **Redes** (avance sobre el funcionamiento y operativización del MAIS-BFC a través de redes de servicios de salud), **articulación** (avance sobre el trabajo articulado entre los diferentes niveles de atención, **coordinación**(% de establecimiento de salud que cuentan con espacios estables y oficializados de coordinación entre los niveles de atención a través del sistema de referencia y contra referencia), **medios**(establecimiento de salud del primer nivel cuentan con los siguientes medios: para realizar las referencias, de comunicación, personal para la coordinación e integración entre niveles, Sistema de coordinación de referencias y emergencias, instrumentos que demuestran la afluencia de la atención desde la comunidad hasta el tercer nivel de atención, personal de salud está enterado y cuenta con la documentación que evidencia el recorrido de las personas que han requerido de otros -niveles de atención), **coordinación entre saberes**(% de servicios de salud que realice trabajo coordinado y debidamente documentado entre los proveedores de medicina tradicional y la convencional).

Al respecto el personal de salud entrevistado manifestó que se cuenta con documentos que demuestran las referencias y contrareferencia (retornos) de quienes han necesitado los otros niveles de atención).

La articulación con otros niveles está en progreso, existen algunos espacios puntuales, estables y oficiales de coordinación entre los niveles de atención, a través del sistema de referencia y contra referencia. Presentan limitaciones de articulación y coordinación con el nivel II (hospitales) en jurisdicciones que limitan con otras provincias, pues la provincia de Churcampa limita con otros departamentos que no son de su jurisdicción (Ayacucho y Junín) pero que funcionan como puntos de referencia para el segundo nivel de atención. Muchas veces se obtienen negativas en la atención de los pacientes por no ser de su jurisdicción, tal como vemos en el siguiente testimonio:

“Yo pertenezco a un Establecimiento I-3, que geográficamente limita con la ciudad de Huancayo. Por razones de rápido acceso de transporte llevo a mi paciente al Hospital de Huancayo y no quieren recepcionar la referencia, primero porque no es un paciente de su jurisdicción y segundo porque un establecimiento del nivel I-3 debería referir a un establecimiento de nivel I-4 y no directamente a un Hospital (Nivel II), por ende me rechazan la referencia, porque desean que a un Hospital llegue la referencia de I-4, pero en mi caso el traslado de I-3 a I-4 por acceso geográfico es muy lejos y dificultaría la atención oportuna e inmediata. Los cercanos a la ciudad si pueden cumplir con este tipo de referencia, pero los que tenemos la dificultad por acceso geográfico se refiere al Hospital más cercano, aunque sea de otra jurisdicción. Como no hay establecimientos I-4 muy cerca de la ciudad, no tiene razón de llevarlos y por salvar al paciente tenemos que derivarlo a un Hospital aunque no sea de nuestra jurisdicción” (personal de salud de un Establecimiento I-3)

Cuenta con documentos que demuestran las referencias y contra referencia (retornos) de los usuarios que han necesitado atenderse en otros niveles de atención. Sin embargo, sólo la mayor parte de establecimiento del nivel I-3, seguido de algunos del nivel I-2 cuenta con medios de transporte adecuados (ambulancias) para el traslado de emergencias.

Según lo manifestado en los grupos focales con Agentes de la Medicina Tradicional, Agentes Comunitarios, usuarios(madres y padres de familia) y el mismo personal de salud que participó en el Estudio existen avances significativos en respecto al trabajo coordinado y debidamente documentado entre los proveedores de medicina tradicional sobre todo en los Establecimiento de Salud de la categoría I-2 y I-3, seguido del nivel I-1. En este último de los 2 establecimientos de salud (categoría I-1)que participaron en el estudio, sólo uno de ellos presenta bajo avance de actividades con pertinencia intercultural, como parte de las razones del bajo avance el personal de salud manifestó que no ha logrado involucrar a los Agentes de la Medicina Tradicional en las actividades con enfoque intercultural, ni tampoco trabajar adecuadamente con la Comunidad pues a pesar que ha intentado sensibilizarlos no muestran compromiso de trabajo, ni interés en desarrollar las actividades estipuladas por el MAIS BFC. Así mismo no cuenta con personal de salud que pueda apoyarlo en la ejecución de trabajo extramural, sólo le alcanza tiempo para trabajar atenciones individuales.

La información obtenida de las entrevistas y grupos focales, la hemos contrastado con los datos obtenidos de la “Herramienta para medir el avance de la implementación del MAIS BFC” elaborada y aún en proceso de ejecución por MMN y SSLP en el presente año. Cuyos indicadores utilizados por la mencionada herramienta se enfocan en las actividades, acciones y productos establecidas en el MAIS BFC sobre el trabajo de Pertinencia Intercultural. En base a ello los

avances de la reorientación de los Servicios de Salud con pertinencia intercultural, presenta los siguientes indicadores:

Tabla 16:

Indicadores de la “Herramienta para medir el avance de la implementación del MAIS BFC” respecto a la pertinencia intercultural

Pertinencia intercultural
Programación extramural
Polifuncionalidad
Identificación del establecimiento de salud (externa).
Cartera de servicios por Etapas de vida (EDV), Familia y Comunidad según categoría del EESS.
Registro de Agentes Comunitarios en Salud (ACS) en el interior del establecimiento.
Flujograma de atención individual, familiar y comunitaria en el interior del establecimiento.
Organización de los ambientes para la entrega de la Atención Integral de Salud(AIS) por EDV.
Señalización adecuada de los ambientes para la AIS por EDV.
Sala situacional actualizada.
Elaboración del Plan Operativo Anual(POA) del EESS según categoría.
Elaboración y desarrollo de planes y/o proyectos de mejora continua de la calidad.
Registro visible de síndromes culturales.
Listado y/o registro visible de plantas medicinales usadas por la población.
Trabajo articulado con Agentes de la Medicina Tradicional y ACS.
Sistema de referencia y contrareferencia comunitario / institucional operando adecuadamente.

Fuente: “Herramienta para medir el avance de la implementación del MAIS BFC” elaborada y aún en proceso de ejecución por MMN y SSLP. 2016-2017

En base a los indicadores anteriormente mencionados los avances de la reorientación de los Servicios de Salud con pertinencia intercultural en los EESS de la Red Churcampa que participaron en nuestro estudio fueron los siguientes:

Tabla 17:

Avance de la reorientación de los Servicios de Salud con pertinencia intercultural

N°	Establecimientos de Salud de la Red Churcampa (participaron en el estudio)	Categoría	% Avance de la reorientación de los Servicios de Salud con pertinencia intercultural
1	P.S Ccocha	I-1	94%
2	P.S. Palermo	I-1	37.5%
3	P.S.Arma	I-2	88%
4	P.S. Manzanayocc	I-2	94%
5	P.S. Carmen	I-2	82%
6	C.S Paucarbamba	I-3	88%

7	C.S Locroja	I-3	82%
8	C.S. Ancco	I-3	94%

De esta tabla podemos colegir que independientemente de las categorías de los establecimientos estudiados(8), más del 75% de ellos presenta un buen avance respecto a la reorientación de los servicios de salud con pertinencia intercultural.

Por otra parte, según la Ley N° 27604, "Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos", los Hospitales deberán prestar atención de emergencia sin condicionamiento alguno, es decir los Establecimientos de Salud que pertenecen al Ministerio de Salud, en caso de emergencia pueden trabajar el Sistema de Referencia y Contrareferencia con Establecimientos del Seguro Social de Salud- ESSALUD. En el primer nivel de atención el SIS (Seguro Integral de Salud, MINSA) está autorizado en trabajar con el nivel I-4 de ESSALUD en casos de Emergencia. Existe un convenio, que especifica que la atención es reembolsable. Ante esto último el personal de salud de la Red Tayacaja refiere que las prestaciones realizadas a ESSALUD en casos de emergencia no han sido cubiertas, es decir no se ha revertido los insumos. Afectando el requerimiento de insumos para la atención de su población adscrita. A pesar de ello el convenio no se roto, pero sí se ha frenado (no aceptándolas coordinaciones de referencia).

Finalmente, considerando las subcategorías descritas en los hallazgos sobre el atributo integrado, al aplicar la escala de avances de la HP este presenta un puntaje de 3, es decir su avance se encuentra en progreso.

CONTINUO

Para valorar los avances de este atributo, en la escala de avance de la HP, se ha establecido subcategorías como: **protocolos** (avance sobre implementación del cuidado de la salud de acuerdo a guías o protocolos en los servicios de salud), **evaluación** (avance en las comunidades, sobre la continuidad de la atención o cuidado de la persona y la familia por etapa de vida), **oportunidad y referencia** (avance en los servicios de salud sobre, Oportunidad de atención, diferimiento de la atención, atenciones con referencia y contra referencias), **planes de desarrollo comunitario** (avance en las comunidades sobre, los planes de desarrollo local comunitarios), **recursos** (avance de las comunidades sobre, medios y recursos, para asegurar la continuidad de la atención), **registros** (avance en las comunidades sobre, si cuentan con registros de los pacientes y sus familias en donde se lleva el control y el historial de quienes han requerido otro nivel de atención), **instrumentos de referencia y contrareferencia** (% de servicios de salud que cuentan con instrumentos de referencia y contrareferencia).

El personal de salud refiere que brindan servicios de salud de acuerdo a paquetes de atención por etapas de vida. En base a lo establecido en las guías y protocolos de atención. Los cuales se han implementado en el 100% de sus Establecimientos de salud.

Respecto a una evaluación sobre la continuidad de la atención, refieren que no han sido evaluados por parte de la Red de Salud bajo un instrumento como tal. Sólo el personal de salud logra verificar e identificar la continuidad de la atención de un usuario(a) mediante su ficha familiar, en donde especifica que paquetes ha recibido el usuario, si se han tomado acciones respecto a los riesgos en salud identificados a nivel familiar y comunal. Así mismo la continuidad

de acciones e intervenciones realizadas a nivel familiar logran verificarlas mediante su Plan de Atención Familiar (PAIFAM). En cuanto a Comunidad logran verificar sus avances en base a las actividades ejecutadas del Plan de Desarrollo Comunal. En este último se realiza un plan de trabajo para mejorar los problemas más álgidos en salud que presenta la Comunidad; y se establecen actividades de trabajo articulado con los Agentes Comunitarios de salud y CONDECOS.

En todas las categorías de atención del primer nivel se cuenta con carpetas familiares, fichas familiares y sus formatos y/o registros de atención individual, familiar y comunitario. Así mismo se ha puesto en marcha el seguimiento de las historias clínicas de los usuarios que han sido referidos a otro nivel de atención.

Finalmente, considerando las subcategorías descritas en los hallazgos sobre el atributo continuo, al aplicar la escala de avances de la HP este presenta un puntaje de 3, es decir su avance se encuentra en progreso.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Para valorar los avances de este atributo, en la escala de avance de la HP, se ha establecido subcategorías : **instrumentos y registros** (Avance sobre implementación de instrumentos de registro en los servicios de salud), **análisis** (avances sobre la Participación en el análisis de la situación de salud, en forma conjunta con las estructuras sociales en las comunidades), **seguimiento** (avance sobre el seguimiento del cumplimiento de las decisiones y tareas acordadas con las organizaciones sociales), **intersectorialidad** (Participación en reuniones intersectoriales, para considerar los determinantes y condicionantes de la salud. Seguimiento del cumplimiento de las decisiones y tareas acordadas en los espacios intersectoriales), **organizaciones de base** (cuenta con organizaciones de base formalizados en las comunidades), **gestión de salud** (participación de las organizaciones sociales en la gestión de salud en las comunidades), **acciones** (Acciones o logros basadas en la participación social en las comunidades), **rendición de cuentas** (cuenta con mecanismos de rendición de cuentas en las comunidades), **validación** (Cuenta con mecanismos de validación con participación social en las comunidades), **personal** (el personal de salud demuestra compromiso y capacitación sobre la relevancia e integración de la participación social en el primer nivel de atención en los servicios de salud).

Los avances sobre participación social varían entre categorías de atención del primer nivel, sin embargo, el avance en general sobre este atributo es progresivo. Sobre todo los entrevistados que pertenecen a las categorías I-2 y I-3 mencionan que han aplicado instrumentos de registro de Participación Social como: Planes de Desarrollo Local, Actas de participación en Mesas Intersectoriales, Actas de conformación de Consejo Educativo Institucional (CONEI) y actas de Trabajo Participativo con la Comunidad. Cuentan con actas y/o registro de actores sociales, mapeo de actores sociales. Registro de reuniones y acuerdos con la comunidad. Realizan actas, alianzas y acuerdos con la comunidad. Realizan talleres de diagnóstico comunal, elaboración de planes con los Agentes Comunitarios, estos son monitoreados por el MINSA. Enfatizan que para el

desarrollo de las actividades de Participación Social, ha sido clave el trabajo en Equipo, compromiso del personal de salud, contar con más de 2 de personales de salud en su Establecimiento y generar un proceso estratégico de sensibilización con la Comunidad.

Tanto el personal de salud, como los Agentes Comunitarios de Salud refieren que el trabajo participativo que se ha establecido en algunas Comunidades mediante la identificación de las necesidades y análisis de los Determinantes Sociales de la Salud, ha contribuido mucho, para que la población tome conciencia sobre la importancia de realizar las actividades de promoción y prevención en salud y logre afianzarse lazos de trabajo más participativo entre los Promotores de Salud y el personal de Salud; así como entre los Promotores de Salud y la población.

El personal de Salud, que presenta mayor avance de trabajo Comunitario, refiere que recibe el apoyo de los Agentes Comunitarios, el Consejo de Desarrollo Comunitario (CONDECOS) para la vigilancia de los controles prenatales, medidas preventivas de riesgo y atención de parto. De igual forma, los acompañan en el desarrollo de actividades extramurales preventivas y de promoción de la salud; apoyan en la Sectorización de la Comunidad, informan sobre los riesgos de salud identificados en su Comunidad y las emergencias suscitada.

En cuanto a mecanismos de rendición de cuentas ante las Comunidades, presentan una débil coordinación y promoción respecto a la participación de la Comunidad en el ciclo administrativo o programático de las actividades y acciones del Establecimiento de salud.

Por otra parte, el personal de salud considera una amenaza para las realización de sus intervenciones en todos los niveles de acción, a la población que pertenece a la religión evangélica, testigos de jehová y adventistas. Sobre todo, con estos dos últimos han presentado dificultades para realizar atenciones de emergencia. Así mismo refieren que el porcentaje de Evangelistas en la provincia se ha ido incrementando, contando aproximadamente en la actualidad con un 40% de evangelistas. Los cuales son muy respetuosos y seguidores de las decisiones que toman su Pastor. Esto ha significado una barrera para que el personal de salud realice sus intervenciones, sobre todo de planificación familiar y continuidad de tratamientos ante diversas patologías. Consideran que se debería trabajar a nivel de Red una estrategia de negociación y sensibilización con los Pastores, porque lo que ellos dicen la población obedecer y genera una limitación en la atención e intervención del personal de salud.

Finalmente, considerando las subcategorías descritas en los hallazgos sobre el atributo participación social, al aplicar la escala de avances de la HP este presenta un puntaje de 3, es decir su avance se encuentra en progreso.

INTERSECTORIALIDAD

Para valorar los avances de este atributo, en la escala de avance de la HP, se ha establecido subcategorías : **participación** (se cuenta con la participación de los representantes de los gobiernos locales, los consejos de sociedad civil en los espacios de planificación estratégica y toma de decisiones intersectoriales en las comunidades), **intersectorialidad** (avances sobre el

trabajo de los equipos de salud con otras organizaciones para realizar acciones intersectoriales a nivel local), **planificación** (Planifica y ejecuta acciones intersectoriales a nivel local en las comunidades), **determinantes** (en las comunidades se definen acciones en colaboración con los diferentes sectores para actuar sobre los determinantes de la salud de la comunidad), **promoción y prevención** (en las comunidades se coordinan acciones intersectoriales de promoción y prevención en salud), **acuerdos** (en las comunidades se cuenta con acuerdos y compromisos debidamente registrados), **documentos** (se cuenta con documentos que dan cuenta del cumplimiento de acuerdos y compromisos en las comunidades).

Los entrevistados refieren, que cuentan con un Plan de trabajo anual en promoción de la salud, en donde se plasma la manera como se va trabajar con los otros sectores y se registran las actividades realizadas en Actas. En cuanto a participación de los Gobiernos locales, el involucramiento de las autoridades locales en temas de salud es débil, en algunas Comunidades la participación de los representantes de los Establecimientos de Salud en las Mesas Intersectoriales, ha generado prestar mayor atención sobre la importancia del trabajo conjunto para mejorar los indicadores de salud, sobre todo con el Sector Educación.

En algunas comunidades el personal de salud ha generado alianzas con diversos Programas Sociales, como JUNTOS, en donde las Madres de niños menores de edad y gestantes reciben un estipendio económico mensual. Sin embargo, para poder recibir dicho bono se tiene que cumplir con ciertas condicionalidades, como son realizar atenciones periódicas de salud a sus niños y tener continuidad en la escuela. Estas alianzas permiten al personal de salud acceder con mayor facilidad a los usuarios de estas etapas de vida y efectuar medidas de promoción y prevención.

De igual forma, en algunas comunidades se está trabajando articuladamente con el Programa Social “Pensión 65”, que entrega a los adultos mayores de 65 años un subsidio económico. Los encargados del Programa y el Personal de Salud, en base a acuerdos comunales, han incluido como requisito para la obtención del subsidio, que los Adultos mayores asistan a sus controles continuos en el Establecimiento de Salud.

El personal de salud entrevistado enfatiza la importancia de las intervenciones de Organizaciones No Gubernamentales, pues consideran que han recibido mayor apoyo de los instituciones de la Sociedad Civil para realizar actividades intersectoriales en su Comunidad. Como sensibilización sobre el trabajo articulado entre el Sector Salud y Educación para la ejecución de Escuelas Saludables, Sensibilización a la Población sobre la importancia de las actividades de Promoción y Prevención de la Salud, Formación de Agentes Comunitarios, Sensibilización y Trabajo articulado con Agentes de la Medicina Tradicional, entre otros.

Así mismo refieren, que cada distrito de la provincia de Churcampa cuenta con Presupuesto Participativo, para su distribución cada sector presenta su plan de trabajo, elaborado de acuerdo a

los intereses de la localidad, luego de ello se aprueba y concreta el financiamiento. Generalmente las autoridades locales cuentan con un incentivo Municipal para salud, pero lo utilizan para otras actividades. Sin embargo, hasta el momento la participación e involucramiento de los Gobiernos Locales con el Sector Salud han dependido de intereses políticos.

Finalmente, considerando las subcategorías descritas en los hallazgos sobre el atributo de intersectorialidad, al aplicar la escala de avances de la HP este presenta un puntaje de 3, es decir su avance se encuentra en progreso.

PERTINENCIA INTERCULTURAL

Para valorar los avances de este atributo, en la escala de avance de la HP, se ha establecido subcategorías : **instrumentos**(cuenta con instrumentos para el abordaje de la atención a nivel individual, familiar y comunitario con pertinencia cultural y los aplica en las comunidades), **perfil socio-cultural** (se cuenta con perfiles epidemiológicos socio-culturales), **espacios de interacción** (reuniones de coordinación a igualdad de niveles, entre el personal del sistema de salud oficial y los diferentes actores de la medicina tradicional), **atención de parto**(Atención del parto con criterios interculturales), **farmacias**(Farmacias con productos naturales y medicamentos de la medicina tradicional), **sistema de referencia y contra referencia**(Se cuenta con un sistema de referencia y contra referencia e interconsulta entre modelos de salud).

Como parte de los hallazgos encontrado tenemos: el diálogo intercultural se aplica con la Comunidad o con las personas al atenderse. Se ha implementado casi al 100% el Mapeo de Agentes de Medicina Tradicional. Estos a su vez han sido evaluados y monitoreados por Ministerio de Salud, MMN y SSLP

Algunos Establecimientos de Salud cuentan con Farmacias con productos naturales y medicamentos de la medicina tradicional (plantas medicinales). En cuanto a atención de parto, todos los establecimientos que cuentan con capacidad resolutive para atender parto, han implementado la adecuación cultural en sus ambientes; así como respetan, según su cultura, la posición de trabajo de parto que deseen optar las gestantes.

Se ha establecido medios/herramientas de comunicación y/o coordinación con los Agentes de la Medicina Tradicional mediante un Sistema de Referencia y Contrareferencia de la Medicina tradicional denominado “QUIPU”. Este Sistema ha sido implementado y actualmente monitoreado por MMN y SSLP.

Los Agentes de la Medicina Tradicional de la provincia de Churcampá, reconocen que a raíz de las intervenciones de MMN y SSLP han mejorado sus técnicas de atención, el puesto de salud los invita a trabajar en conjunto; sin embargo los limitantes para no poder establecer un vínculo más cercano con el personal de salud, ha sido el idioma, debido que la mayoría del personal de salud no domina el Quechua. Por otra parte, los Agentes de la Medicina Tradicional sienten que hay mucha rotación del personal de salud, generalmente solo se queda el personal nombrado; y consideran que este último no es muy activo para trabajar con ellos(se encuentran desganados para realizar su trabajo). Antes que llegara MMN y SSLP a Churcampá, habían

iniciado sus trabajo con otras ONGs como Care Perú, entre otros; con los cuales iniciaron su sensibilización sobre la importancia de trabajar de manera articulada con el personal de salud; sin embargo sienten que MMN Y SSLP han afianzado la importancia de su trabajo y sensibilizarlos a cabalidad para trabajar de manera conjunta con el personal de salud. Como mencionó uno de ellos *“Los capacitadores de MMN han llegado a mi corazón con sus palabras y enseñanzas”* (Partera de la comunidad de Yaurecann)

También refieren que MMN y SSLP ha logrado mayor acercamiento con ellos, a través del personal que los capacita, pues hablan el quechua y tiene bastante llegada con ellos. Les hacen entender bien los temas a tratar en las capacitaciones y sienten confianza. Desde agosto del 2016 han recibido capacitaciones para manejar un una herramienta donde reportan sus atenciones, referencias (casos enviados al establecimiento de salud) y contrareferencias (casos recibidos del establecimiento de salud) denominado el “QUIPU”, el cual fue elaborado participativamente entre ellos y el equipo de MMN y SSLP. En esta herramienta se encuentran listadas los síndromes culturales más comunes de su localidad, y en base a diversos tipos de nudos registran sus atenciones para ser reportados al personal de salud.

Finalmente, considerando las subcategorías descritas en los hallazgos sobre pertinencia intercultural, al aplicar la escala de avances de la HP este presenta un puntaje de 3, es decir su avance se encuentra en progreso.

EQUIDAD DE GÉNERO

Para valorar los avances de este atributo, en la escala de avance de la HP, se ha establecido subcategorías : **implementación**(en las intervenciones se aplica el abordaje con equidad de género en los servicios de salud del primer nivel de atención), **instrumentos**(Cuenta con instrumentos para abordar las intervenciones individuales, familiares y comunitarias con equidad de género y los aplica en los servicios de salud del primer nivel de atención), **capacitación**(% de equipos gerenciales y operativos del primer nivel están capacitados en equidad de género), **acciones**(Los servicios del primer nivel de atención se promueve: La participación igualitaria de la mujer en las acciones de participación de la comunidad, esta participación puede basarse en el Feminismo Comunitario u otra forma de participación equitativa, se llevan a cabo actividades de intercambio de conocimientos en torno a la equidad de género, en todos los niveles etarios y agrupaciones comunitarias).

Como parte de los hallazgos tenemos: Los Establecimientos de Salud carecen de guías, protocolos sobre el abordaje de género, no se cuenta con instrumentos, ni se realizan acciones con enfoque de género. Asimismo, son escasos los establecimientos que cuentan con servicios diferenciados para varones y mujeres.

No se cuentan con diagnósticos o intervenciones sanitarias según necesidades identificadas de acuerdo a género y planificación de actividades según género. Sin embargo, se está fomentando la participación igualitaria de la mujer en las acciones de participación de la comunidad.

Por otra parte, el personal de salud no cuenta con capacitación en temas de Equidad de Género.

Tanto el personal de Salud, como los Agentes Comunitarios de Salud y la población usuaria (padres y madres de familia) refieren que las mujeres son las que más acuden al Establecimiento de Salud, sea para recibir atenciones, llevar a sus hijos(as) cuando se enferman y realizar sus controles. Al preguntarles ¿por qué creen que los varones no acuden y no llevan a sus hijos a sus controles de salud?, las respuestas fueron diversas. El personal de salud enfatizó el machismo que prevalece en la región, las madres de familia mencionaron que sus esposos no iban al establecimiento de salud porque trabajan todo el día y cuando salen de su trabajo el establecimiento de salud está cerrado. Por otra parte los padres de familia, mencionaron que no acuden por su horario de trabajo, y porque en el establecimiento de salud no atienden rápido, siempre dan las mismas medicinas y de mala calidad, por eso prefieren curarse comprando medicación de las farmacias.

Ante todo esto es importante que el personal de salud cuente con capacitaciones para abordar el enfoque de género, realizar diagnósticos sociales con abordaje de género, en donde logren conocer mejor las condiciones de género con las que cuenta su población y fomentar estrategias de intervención que impulsen la Equidad de Género en salud.

Finalmente, considerando las subcategorías descritas en los hallazgos sobre el atributo de equidad de género, al aplicar la escala de avances de la HP este presenta un puntaje de 1, es decir no existe avance.

VIGILANCIA EN SALUD SOCIO CULTURAL :

Para valorar los avances de este atributo, en la escala de avance de la HP, se ha establecido subcategorías: **instrumentos** (cuenta con instrumentos y sistema de información para vigilancia socio cultural y se aplican en los servicios de salud), **determinantes** (se identifican los factores determinantes de salud, y se plantean soluciones en los servicios de salud), **conocimiento** (de las enfermedades socioculturales, su análisis con los médicos tradiciones y toma de decisiones en los servicios de salud), **coordinación** (promover el trabajo conjunto con la medicina tradicional, comunidad y otros sectores en los servicios de salud), **perfiles** (acceso, análisis y toma de decisiones en base a los perfiles epidemiológicos socioculturales en el primer nivel de atención en los servicios de salud), **sala situacional** (salas situacionales o espacios de análisis epidemiológicos en los servicios de salud).

Como parte de los hallazgos obtenidos tenemos: El personal de salud entrevistado cuenta con capacitación sobre vigilancia socio cultural, dictada por MMN, SSLP y La Red de Salud Churcampa como parte del “Proyecto de Implementación del MAIS BFC”. Consideran como parte de sus instrumentos de Vigilancia socio cultural el “Plan de Desarrollo Local” que elaboran participativamente con las Comunidades, y del cual realizan seguimiento como parte de sus actividades extramurales, sumadas a las actividades realizadas por sus Promotores de Salud.

Mediante la información obtenida en los grupos focales con el Personal de salud, Agentes comunitarios de Salud y contrastados con la información de la Herramienta aplicada sobre

avances de la operativización del MAIS BFC (ejecutado por MMN Y SSLP en el presente año), los Establecimientos con categorías I-2 y I-3 han logrado un avance significativo y progresivo respecto a la identificación de los factores Determinantes de la Salud elaborados con los Agentes Comunitarios, CONDECOS y la Comunidad. Estos han sido implementados y evaluados por el la Red de Salud Churcampa, MMN y SSLP.

Por otra parte, todos los establecimientos han logrado sensibilizar y capacitar a sus Agentes Comunitarios en Salud para la realización de sus funciones, esto es un factor importante porque los Agentes Comunitarios deben trabajar de la mano con el personal de salud en acciones de vigilancia. Por otra parte los Establecimiento de Salud del primer nivel que cuentan con intervenciones Comunitarias han logrado realizar parte de las siguientes actividades: diagnóstico situacional con actores de la medicina tradicional y toma de decisiones, cuentan con un mapa y sala situacional de enfermedades sanitarias y socioculturales, vigilancia de las enfermedades sanitarias y socioculturales según el diagnóstico situacional, implementación de registros y reportes de información sobre vigilancia socio- cultural, como: Actas de reunión con la comunidad, Avances sobre el Plan de Desarrollo Comunal, Registros visibles sobre síndromes culturales y algunos realizan anotaciones en actas sobre los datos del “Quipu” (herramienta que reporta las atenciones y referencias recibidas por parte de los Agentes de la Medicina Tradicional).

En cuanto al nivel I-1, por los hallazgos obtenidos se puede mencionar que su avance respecto a este atributo se encuentra en un proceso de inicio y avance progresivo, Al respecto uno de los dos personales de salud que se entrevistó en esta categoría mencionó, que en la gran mayoría de establecimiento de categoría I-1 cuenta con un solo personal de salud y en el mejor de los casos cuenta con un personal técnico en Enfermería y un profesional de salud, el cual o los cuales dentro de su horario de trabajo no se dan abasto para desarrollar las actividades estipuladas en el MAIS BFC sobre participación social, vigilancia comunitaria y algunas acciones sobre pertinencia intercultural. Por otra parte, hay comunidades en las cuales por más que se les ha sensibilizado sobre la importancia de las actividades de promoción de la salud no muestran interés ni compromiso para trabajar articuladamente con el personal de Salud, ni con los promotores de salud. Esto se da sobre todo en población con altos índices de analfabetismo y donde la Religión Adventista y los Testigos de Jehová has logrado tener mayor injerencia en la población. Esto último también fue mencionado por todos los profesionales de salud entrevistados de las distintas categorías de salud en el primer nivel de atención. Consideran una amenaza el incremento significativo que ha tenido la provincia (Churcampa y Tayacaja) respecto a los seguidores de Religiones mencionadas. Muchos de ellos han tenido problemas para dar continuidad a intervenciones sobre Planificación Familiar, aceptación de tratamientos ante diversas patologías y consentimiento para atender emergencias.

Finalmente, considerando las subcategorías descritas en los hallazgos sobre el atributo de pertinencia intercultural, al aplicar la escala de avances de la HP este presenta un puntaje de 3, es decir se encuentra en progreso.

SISTEMA DE INFORMACIÓN

Para valorar los avances de este atributo, en la “Escala de avance de la HP”, se ha establecido subcategorías: **instrumento** (% de servicios de salud en los que existe un sistema de información que permite recabar datos para generar información a nivel individual, familiar y comunitaria), **análisis de 1er nivel** (se analiza la información en el primer nivel de atención y se toman decisiones sobre la implementación de las acciones prioritarias en base a los datos de los servicios de salud del primer nivel de atención), **registros para el nivel central** (Registros de la atención horizontal, que responda a los requerimientos de los programas verticales del nivel central en los servicios de salud del primer nivel de atención), **producción de la información** (producción oportuna, adecuada y confiable de la información en los servicios de salud del primer nivel de atención), **Registro Medicina Tradicional/popular** (lleva registro de las actividades de la medicina tradicional en los servicios de salud del primer nivel de atención), **comunicación** (informar a la comunidad y autoridades sobre el análisis de los datos producidos en los servicios de salud del primer nivel de atención), **toma de decisiones** (Por niveles de dependencia se analiza la información del nivel dependiente y se apoya en la toma de decisiones para mejorar la situación en los servicios de salud del primer nivel de atención).

Respecto a este atributo el personal de salud refiere que cuenta con capacitación, son monitoreados y evaluados permanentemente para el desarrollo del uso de los Sistemas de Información actualmente vigentes como el HIS-SIS y el Sistema de Salud Familiar y Comunitario-SISFAC.

El HIS es el sistema de información donde se registran las atenciones, se encuentra estructurado bajo el modelo recuperativo, mide en su mayoría producción del personal de salud en base a atenciones recuperativas y de rehabilitación, contemplando sólo algunas actividades de promoción y prevención de salud.

Si bien es cierto que los Sistemas de Información van cambiando. El actual sistema de reporte de actividades que el Ministerio de Salud se realiza de acuerdo a la codificación de actividades de cada estrategia de salud. En este reporte las actividades están codificadas. Al respecto el personal de salud refiere que el mencionado sistema de reporte presenta codificaciones para todas las patologías atendidas, atenciones recuperativas, de rehabilitación, pero sólo cuenta con algunas codificaciones de actividades de promoción y prevención. Por lo cual el personal de salud lo considera como una gran debilidad del Sistema, pues no logran registrar gran parte de sus actividades extramurales y procesos contemplados en el MAIS BFC, en los cuales han empleado bastante dedicación y tiempo. Ante esto, el personal de salud para no perder como parte de su producción las actividades realizadas (que no cuentan con codificación), opta por registrar las actividades y procesos no codificados en actividades similares de promoción de salud que cuenten con codificación

Por otra parte, el personal de salud entrevistado cuestiona el exceso de carga administrativa con el que tienen que lidiar, sobre todo por la cantidad de reportes que les solicitan realizar y

entregar. La Red de Salud les solicitan entregar documentación física y virtual. Es decir, ingresar información virtual mensualmente en el Sistema de reporte de actividades (HIS), y también elaborar el mismo reporte en un medio físico. Esto les genera duplicar esfuerzo y emplean mucho tiempo en hacer documentaciones. Por ende, sugieren usar fibra óptica de cada registro (HIS) con lo cual se registraría rápidamente los avances de indicadores.

Así mismo refieren que hacer documentación ocasiona mucho gasto (imprimir hojas, comprar tinta para impresora, fotocopiar, entre otros) que al final no se utiliza, más utilizan los medios magnéticos. Adicional a ello las computadoras de los Establecimientos de Salud están infectadas con virus, limitando su trabajo y realización de informes. Optando como alternativa utilizar sus equipos personales de cómputo, para no perjudicarse en su trabajo. Realizar sus informes les toma tiempo de 4 a 5 días en promedio y en los Establecimiento que hay un o dos personales de salud, emplear dicho tiempo para hacer informes es insostenible.

Por otra parte, se han realizado mejoras para registro de atenciones individuales, familiares y comunitarias, como es el sistema de información que permite recabar datos para generar información a nivel individual, familiar y comunitario denominado SISFAC. Este último permite al personal de salud identificar por nivel de intervención los riesgos en salud bajo el enfoque de los determinantes sociales y dar seguimiento de las intervenciones realizadas.

Como herramienta de información para organizar la atención integral e integrada en función en salud individual, familiar y Comunitaria, usan las Carpetas Familiares, que incluyen: la Ficha Familiar, historias clínicas individuales de cada miembro de la familia y el Plan de Atención Integral a la Familia (PAIFAM).

Las carpetas familiares se encuentran ordenadas de acuerdo al sector en el que viven la familia en la comunidad. Según refieren los entrevistados el uso de las Carpetas Familiares ha generado: acortar el tiempo de espera de atención de los usuarios en el área de Triage del establecimiento, anteriormente las Historias se encontraban ordenadas y codificadas por individuo y su búsqueda generaba mayor empleo de tiempo. Ahora en el ambiente de Triage, las historias clínicas de cada individuo se encuentran en carpetas familiares, las cuales se encuentran codificadas y ordenadas de acuerdo al sector donde viven las familias. Por otra parte, el contar con la Ficha Familiar en la carpeta permite identificar oportunamente los Riesgos en Salud de los usuarios, sus familias y comunidad; así como programar y realizar las visitas domiciliarias oportunamente.

El personal de salud refiere que el uso de las Fichas Familiares y su ingreso en el SISFAC, les proporciona información de saneamiento básico, identificar riesgos sobre los determinantes sociales de la salud, ayuda a generar estrategias para el desarrollo de sus atenciones, hacer el seguimiento de sus paquetes básicos de atención en salud y programar actividades con instituciones o programas sociales en los que la población está inmerso según etapas de vida, como son: Juntos (articula intervenciones con las etapas de vida: niño, materno y parte de la etapa

adolescente) y Pensión 65 (articula intervenciones con las etapas de vida: niño, materno y parte de adolescente).

Respecto al uso de formatos de Registro de las actividades de la medicina tradicional, el personal de salud refiere que no cuenta con formatos estructurados, pero registra sus actividades en un cuaderno y las referencias recibidas por los Agentes de la Medicina tradicional en un cuaderno. Por otra parte, no informan a la comunidad y autoridades sobre el análisis de la información producida.

Finalmente, considerando las subcategorías descritas en los hallazgos sobre el atributo sistema de información, al aplicar la escala de avances de la HP este presenta un puntaje de 3, es decir se encuentra en progreso.

5.2.2 EVALUACIÓN EN RELACION A LOS COMPONENTES DEL MODELO DE GESTION Y LA HP

De acuerdo a los criterios establecidos en la Escala de medición para cada uno de los componentes del Modelo de gestión (Dirección, Planificación, Organización, Evaluación, Gestión del Personal y Financiamiento). La calificación global obtenida fue de dos (02), lo que significa que la implementación de la Horizontalización Programática a nivel operativo presenta un avance bajo, que se evidencia en el siguiente cuadro de acuerdo a la calificación de cada componente:

Tabla 18

Resumen de avances de la HP por componente para el modelo de atención: Nivel operativo

COMPONENTES	CALIFICACIÓN	ESCALA
Dirección	3	Moderado
Planificación	2	Bajo
Organización	2	Bajo
Evaluación	2	Bajo
Gestión de Personal	3	Moderado
Financiamiento	2	Bajo
	Moda =2 y Mediana = 2.3	

1: Muy Bajo; 2: Bajo; 3: Moderado; 4: Alto; 5: Muy Alto

DIRECCIÓN

Para valorar los avances de este componente, en la escala de avance de la HP, se ha establecido subcategorías: **coordinación**(capacidad de trabajo coordinado y en equipo), **socialización y resolución**(capacidad de socializar los problemas y plantear soluciones conjuntas),**normas**(se cumple con las normas de la Dirección Participativa por Objetivos), **trabajo en equipo**(se fortalece el trabajo en equipo, estableciendo rotación periódica entre las actividades de dentro y de fuera de los establecimientos), **fomento de participación social** (fomenta la coordinación con la comunidad y promueve su participación en el ciclo administrativo).

Sobre la coordinación en los Establecimientos de salud, el personal de salud refiere que en las categorías I-2 y I-3 se establecen reuniones y cuentan con actas de: planificación y seguimiento de actividades; socialización y planteamiento de problemas. Sin embargo el trabajo en Equipo tanto intramural como extramural se establece más entre el personal de planta (contratado y nombrado), en comparación con los nuevos profesionales que trabajan durante un año realizando su Servicio Urbano Rural – SERUMS.

Respecto al trabajo en equipo, el personal de salud entrevistado refiere que una de las falencias para realizar actividades conjuntas y extramurales es contar con recurso humano poco comprometido, pues no muestran mucho interés sobre todo para realizar actividades extramurales como visitas domiciliarias, trabajo con organizaciones de base, ni con las diversas instituciones de la comunidad. Sólo se enfocan en realizar actividades que miden en gran medida su producción, como son las atenciones recuperativas y de rehabilitación.

Así mismo, consideran que se aplica progresivamente se está aplicando la Política de Reconocimiento e incentivos al personal de salud que trabaja en las zonas más apartadas del país. En su región perciben que el avance de la implementación de la política se da en menos del 50% de Establecimientos de Salud que se encuentran en zonas apartadas.

Por otra parte, respecto al fomento de la participación social refieren que depende mucho el grado de compromiso de cada directivo para que puedan interesarse en fomentar la participación de la Comunidad.

Finalmente, considerando las subcategorías descritas en los hallazgos sobre el componente de Dirección, al aplicar la escala de avances de la HP este presenta un puntaje de 3, es decir es moderado.

PLANIFICACIÓN

Para valorar los avances de este componente, en la escala de avance de la HP, se ha establecido subcategorías: **intervención integral** (cuenta con planes operativos locales con intervenciones a nivel individual, familiar y comunitario), **monitoreo& evaluación** (monitorea y evalúa resultados de las intervenciones. Evalúa la ejecución del plan según metas y resultados), **tiempo** (cuenta con planes mensuales con metas e indicadores de avances, aplicando instrumentos de monitoreo y evaluación. Se realiza planificación operativa anualmente, con carácter participativo e incluyendo a la comunidad), **coherencia** (se cuenta con la evidencia del análisis de los datos brindados por la vigilancia socio cultural y el sistema de información para diseñar la planificación operativa).

El personal entrevistado de todas las categorías del primer nivel refiere que cuentan con Diagnóstico Situacional de salud (Análisis situacional de salud), en el cual incluyen el análisis de los datos sobre Vigilancia socio cultural. Por otra parte, los establecimientos que logran realizar actividades e intervenciones con la Comunidad(en su mayoría la categorías I-2), planifican sus intervenciones, acuden a reuniones con el Comité Multisectorial y las registran en Actas. Las actividades planificadas que realizan a nivel comunitario son: Plan de Trabajo con los Consejos Educativos Institucionales(CONEI), Conformación de CONDECOS, Diagnóstico y plan de trabajo con Agentes Comunitarios de Salud y de manera participativa realizan Planes de Desarrollo Comunal con los CONDECOS. También realizan Planes Operativos Anuales (POA), y sus indicadores de producción son evaluados y monitoreados trimestralmente por la Red de Salud Churcampa.

Las metas, indicadores del POA están articulados a las Estrategias verticalizadas de Salud enfocadas a la atención individual. Sólo en las actividades de promoción de la Salud se incluyen indicadores con enfoque individual, familiar y comunitario.

Finalmente, considerando las subcategorías descritas en los hallazgos sobre el componente de Planificación, al aplicar la escala de avances de la HP este presenta un puntaje de 2, es decir es un avance bajo.

ORGANIZACIÓN

Para valorar los avances de este componente, en la escala de avance de la HP, se ha establecido subcategorías: **instrumentos**(instrumentos para la atención intramuros y extramuros), **conocimientos**(herramientas para el abordaje Individual, familiar y comunitario), **participación social**(Existencia de participación comunitaria en el proceso de gestión), **coordinación** (coordinación con los otros niveles de atención), coherencia(cuenta con una coherencia entre el nivel normativo/programático y el nivel operativo instrumental), **correspondencia** (existe una correspondencia de la organización del sistema de salud con el abordaje integral e incluyente de los 3 niveles de acción de las personas), **personal** (equipos de Salud Individual, Familiar y Comunitarios organizados y operando).

En base a la recolección de información de las entrevistas e información obtenida por parte de la DIRESA Huancavelica, los servicios de salud del primer nivel cuentan con un avance moderado en este componente, por las siguientes razones: Los servicios de Salud están organizados por etapas de vida, los equipos de salud cuentan con instrumentos y procesos organizados para la atención intra y extramural en donde se aplica la polifuncionalidad. Cuentan con flujos y mapas de procesos de atención, mas no de cómo integrar los procesos (macro procesos). Presentan como contraparte el no contar con, la cantidad deseada de recursos humanos e insumos adecuados para realizar sus intervenciones intra y extramurales. Finalmente, según lo manifestado por el personal de salud, no se involucra a la comunidad en el proceso de gestión de los servicios.

Finalmente, considerando las subcategorías descritas en los hallazgos sobre el componente de Organización, al aplicar la escala de avances de la HP este presenta un puntaje de 2, es decir su avance es bajo.

GESTIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Para valorar los avances de este componente, en la escala de avance de la HP, se ha establecido subcategorías: **Equipos de salud**(Los equipos integrales del primer nivel de atención son polivalentes /multifuncionales), **monitoreo y evaluación**(existen procesos de acompañamiento, monitoreo y evaluación frecuentes y periódicos en los casos), **personal**(personal ha realizado cursos, programas de capacitación en atención primaria, modelo de atención, salud familiar y comunitaria), **clima laboral** (existe un buen clima organizacional en los equipos de salud), **políticas** (se cuenta con políticas para asegurar la permanencia del personal en las áreas alejadas), **personal& idioma**(% personal es originario del lugar de trabajo y habla el idioma local).

El personal de salud refiere que el desarrollo de la polifuncionalidad ha mejorado el trabajo en Equipo, sobre todo en los Establecimientos de categorías I-2 (generalmente cuenta con un personal técnico en enfermería, y 1 u 2 profesionales de salud de distinto perfil profesional) y I-3 (cuenta con un equipo completo de salud), en los cuales todos están capacitados para realizar las atenciones de acuerdo a los paquetes de atención por etapa de vida, en caso de ausencia de un personal de salud, el personal que se encuentra en el Establecimiento puede realizar su función. Al realizar el trabajo extramural el personal de salud está capacitado para detectar riesgos a nivel individual por etapa de vida, así como riesgos en la familia y comunidad. Los cuales son comunicadas para realizar intervenciones en conjunto como equipo de salud. En cuanto al personal que trabaja en la categoría I-1 (que puede contar sólo con un técnico en enfermería, o un técnico en enfermería más un profesional de salud en Enfermería, Obstetricia u Medicina) el personal que se encuentre se a 1 u 2 personas están capacitados para realizar todas las atenciones de acuerdo a etapa de vida, realizan también actividades intra y extra murales tanto a nivel familiar, como comunitario; y realizan las referencias a otros niveles para las atenciones individuales en casos que ameriten atención especializada.

Según la data mencionada anteriormente (registro AL 2016 de MMN y SSLP, y DIRESA Huancavelica) el 83% del personal de salud de la Red Churcampa cuenta con capacitación sobre la operativización del MAIS- BFC. No se logra aún el 100%, básicamente por la alta rotación de personal en cierto Establecimientos de Salud.

Los entrevistados manifiestan que entre el 40 -50% del personal de salud del primer nivel de salud habla el idioma quechua. Siendo esta una debilidad para trabajar acciones con las Comunidades, que en su mayoría dominan el idioma quechua.

Respecto a las evaluaciones de desempeño profesional, refieren que el encargado del área de Calidad en Salud de la Red, realiza las evaluaciones eventualmente. Sin embargo, los resultados

no son comunicados al personal de salud. Por otra parte, mencionan contar con Registro de personal, planillas, base de datos, observatorio. Los cuales son supervisados por la Red de Salud.

Finalmente, considerando las subcategorías descritas en los hallazgos sobre el componente de gestión del personal, al aplicar la escala de avances de la HP este presenta un puntaje de 3, es decir su avance es moderado.

EVALUACIÓN

Para valorar los avances de este componente, en la escala de avance de la HP, se ha establecido subcategorías: **Ejecución**(ejecuta las evaluaciones de acuerdo a la programación), **Cumplimiento de Metas & Objetivos** (el nivel operativo realiza monitoreo y evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos establecidos, dentro las características señaladas, considerando además su: Oportunidad, Análisis y Toma de decisiones), **plan de mejoras**(diseño y ejecución, en su caso, de actividades correctoras en los casos), **percepción**(existen mecanismos de evaluación sistemáticos en donde se incluye la percepción de los servicios por parte de los individuos, familias y comunidades), **registro**(se tiene registro de los procesos de evaluación en los casos), **proveedores y terapeutas**(se realizan evaluaciones con los proveedores de servicios de salud y los terapeutas locales en los casos), **pertinencia intercultural y equidad de género**(se incluye en las evaluaciones elementos de la pertinencia intercultural y equidad de género en los casos).

El personal de salud refiere, que cuentan con reuniones de evaluación mensual y trimestral para presentar y analizar el avance de sus indicadores de atención programados por la Red de Salud. Trimestralmente, a veces mensualmente, se efectúa la Supervisión a los servicios de salud por parte de Red de Salud, los cuales se plasman en informe, actas y acuerdos.

Por otra parte refieren que en sus Establecimientos de Salud, no realizan reuniones de evaluación con participación de personal de salud y los terapeutas locales y personal de salud.No cuentan con mecanismos de evaluación sistemáticos en donde se incluye la percepción de los servicios por parte de los individuos, familias y comunidades, ni de elementos de pertinencia intercultural, ni equidad de género.

Finalmente, considerando las subcategorías descritas en los hallazgos sobre el componente de Evaluación, al aplicar la escala de avances de la HP este presenta un puntaje de 2, es decir su avance es bajo.

FINANCIAMIENTO

Para valorar los avances de este componente, en la escala de avance de la HP, se ha establecido subcategorías: **optimización** (optimización de recursos en la elaboración del presupuesto), **priorización de actividades** (considera priorización de actividades tomando en cuenta las estrategias , programas, etapas de vida, familia y comunidad para el logro de objetivos comunes en los casos), **ejecución**(ejecución de las diferentes actividades que requiera la H.P, con criterios de eficiencia en los casos), transparencia(Manejo de los recursos con transparencia cumplimiento de normas administrativas en los casos), **auditoría**(Auditorías financieras internas y externas los

casos), **rendición de cuentas**(Rendición de cuentas de las actividades realizadas, los recursos financieros utilizados y los resultados alcanzados en los casos).

El personal operativo entrevistado refiere que el Modelo de Atención Integral- MAIS está bien encaminado, pero que no hay presupuesto suficiente para su adecuada implementación. Para la aplicación del MAIS BFC se requiere: cubrir los gastos de renovación de carpetas familiares por cada establecimiento de salud, pues las mismas se deterioran con el uso;–cubrir los gastos de transporte para las visitas domiciliarias; la compra de algunos materiales que se requiera para la aplicación del modelo.

El presupuesto para operar en terreno lo hacen las redes de salud, en base a los requerimientos estándares de los establecimientos de salud que forman las mismas. El presupuesto está destinado cada estrategia de salud. Las estrategias que cuentan con más presupuesto son las de Salud Materna y la de Atención Integral a los Niños.

La Red de Salud programa financiamiento para hacer las visitas domiciliarias (para combustible y otros). Sin embargo, lo programado se utiliza en la mayoría de casos para el traslado de emergencias, y ya no alcanza para el traslado del Equipo para la realización de las atenciones integrales y las visitas domiciliarias – familiares, sobre todo en comunidades alejadas.

En ocasiones se busca que el saldo no utilizado en las actividades de las Estrategias Sanitarias sirva para implementar lo que falte para desarrollar el MAIS BFC. Sin embargo generalmente el presupuesto sale finalmente de la caja chica (recursos directamente recaudados RDR), o del bolsillo del propio personal de salud, que se empeña en cumplir con el trabajo extramural.

Eventualmente cuentan con financiamiento por el SIS, el cual cubre el desarrollo de sus atenciones extramurales. Es decir por cada atención extramural que ~~una~~ se realiza, les dan un reembolso económico. Hasta hace un tiempo podían asignar a las actividades del MAIS BFC parte de los ingresos generales que tenían por el SIS. El personal refiere que actualmente hay más limitaciones; y se está buscando estrategias para poder conversar y llegar a acuerdos internos con otras Estrategias de Salud que cuenten con mayor presupuesto para redistribuir su excedente en actividades del MAIS BFC o realizar acciones extramurales conjuntas .

En el caso de la Red Tayacaja la responsable de la Dirección de Promoción de la Salud ha autorizado a los establecimientos de salud de su jurisdicción a emplear parte del presupuesto de promoción de la salud, en actividades y compra de materiales a utilizar para el desarrollo del MAIS- BFC.

Finalmente, considerando las subcategorías descritas en los hallazgos sobre el componente de Financiamiento, al aplicar la escala de avances de la HP este presenta un puntaje de 2, es decir su avance es bajo.

5.6 FORTALEZAS, DEBILIDADES EN EL PROCESO DE HORIZONTALIZACIÓN PROGRAMÁTICA

A continuación en la siguiente tabla hacemos mención sobre las fortalezas y debilidades encontradas en el Nivel Programático y Operativo, en el proceso de la Horizontalización Programática.

Tabla 19:

Fortalezas y Debilidades de los Componentes y Atributos de la HP: Nivel Normativo Programático

NORMATIVO PROGRAMATICO		
COMPONENTES	FORTALEZAS	DEBILIDADES
DIRECCIÓN	<p>Directivos o Funcionarios que se encuentran sensibilizados conocen e impulsan la implementación del modelo de atención integral.</p> <p>Se cuenta con el Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC)</p>	<p>Cambios de Directivos o Funcionarios que no impulsan el modelo de atención integral.</p> <p>Falta de un soporte Legal para la obligatoriedad de la implementación del modelo de atención integral Basado en Familia y Comunidad</p>
PLANIFICACIÓN	<p>MINSA, Gobiernos Regionales y Locales cuentan con planes operativos.</p> <p>Planificación de actividades a cargo de cada responsable del área</p> <p>Se cuenta con Planes Institucionales, Multisectoriales, y Planes Operativos locales</p>	<p>Débil coordinación entre MINSA, Gobiernos Regionales para la planificación y abordaje de determinantes sociales (DDSS) según el MAIS-BFC</p> <p>Débil coordinación entre las áreas responsables de las Estrategias Sanitarias y las Etapas de Vida para un abordaje integrado y transversal en el marco del MAIS-BFC.</p> <p>Plan Estratégico no contempla la implementación progresiva y sistemática del MAIS-BFC</p>

ORGANIZACIÓN	<p>Estructura orgánica contempla a las etapas de vida: niño, adolescente, joven, adulto y adulto mayor y estrategias sanitarias basadas en prioridades nacionales.</p> <p>Se cuenta con área dedicada a la Promoción de la salud que impulsa acciones para la familia y comunidad.</p>	<p>Débil coordinación entre las áreas responsables de las acciones de etapas de vida, promoción de la salud y estrategias sanitarias para el abordaje conjunto en el marco del MAIS-BFC.</p> <p>Débil socialización de la problemática entre responsables de etapas y estrategias de prioridades a nivel central.</p> <p>Cambizo en la estructura orgánica del MINSA causan Incertidumbre en el personal en el nivel central y operativo.</p>
EVALUACIÓN	<p>Se realiza evaluaciones periódicas y se cuenta con indicadores de evaluación.</p>	<p>Monitoreo es insuficiente, se prioriza evaluación de indicadores de coberturas y en la recuperación del daño sobre resultado de intervenciones en familia y comunidad</p> <p>Falta de evaluación del abordaje de los DDSS con participación de los otros Ministerios</p>
GESTIÓN DEL PERSONAL EN SALUD	<p>Personal de salud comprometido con la atención integral.</p> <p>Programas de fortalecimiento de competencias y educación continua basados en el MAIS-BFC con el apoyo de cooperación MMN y SSLP.</p> <p>Asistencias Técnicas y acompañamiento del MINSA al personal de la Diresas sobre atención integral</p>	<p>Existe una alta brecha de recursos humanos que dificulta la implementación del MAIS-BFC.</p> <p>Existe una alta rotación de personal que debilita la continuidad de la implementación del MAIS-BFC</p> <p>Insuficiente acompañamiento y asistencia técnica en el abordaje familiar y comunitario.</p> <p>Falta de apoyo a programas de educación continua por parte del MINSA y Universidades</p> <p>Formación de profesionales de la salud con predominio de</p>

		<p>atención recuperativa y con campo de estudio hospitalario.</p> <p>Débil monitoreo del trabajo y producción del personal contratado</p>
FINANCIAMIENTO	<p>Metodología presupuestal basada en resultados (PPR) basada en un modelo causal basado en evidencias científicas que contempla a los determinantes sociales de la enfermedad.</p> <p>Estructura del PPR contempla acciones para intervenciones individuales y colectivas</p> <p>PPR contempla presupuesto para recursos humanos y proyectos.</p>	<p>Insuficiente presupuesto para las actividades operativas, y se prioriza actividades recuperativas.</p> <p>Insuficiente capacitación en la metodología y programación presupuestal.</p> <p>Débil enfoque integral basada en el MAIS-BFC en el momento de realizar la programación de actividades</p> <p>Débil monitoreo de la calidad de gasto</p> <p>Baja ejecución presupuestal PPR contempla programación de proyectos de inversión que por su largo ciclo de ejecución influye en la baja ejecución presupuestal.</p>

NORMATIVO PROGRAMATICO

ATRIBUTOS	FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>MULTI CONCEPCIÓN INTEGRAL INCLUYENTE</p> <p>E</p>	<p>Contar con Resolución Ministerial N ° 464-MISNA - 2011 que aprueba el “Modelo de Atención Integral Basado en familia y Comunidad” vigente que contempla la concepción integral de la atención.</p> <p>Contar con Resolución Ministerial Nª MINSA que contempla enfoques transversales pertinencia intercultural,</p> <p>Experiencias locales en adecuación cultural, pertinencia cultural.</p> <p>Programas de Educación Continua contempla</p>	<p>Normativas que no incluyan los procesos operativos para la implementación de la atención integral e incluyente en las etapas de vida</p> <p>Competencias del personal de salud en pertinencia intercultural es insuficiente.</p> <p>Formación del personal de salud ni considera el abordaje incluyente con pertinencia intercultural.</p>
<p>INTEGRAL</p>	<p>MAIS-BFC, contempla paquetes por etapas de vida, Intervenciones en Familia y Comunidad.</p>	<p>Falta de normativas que describan la organización de los servicios para la intervención persona, familia y comunidad</p>
<p>INTEGRADO</p>	<p>Modelo contempla la Redes Integradas de Servicios de Salud, Existe un Sistema de Referencias y Contra referencias</p>	<p>No existe normativa sectorial sobre el proceso de implementación de las Redes Integradas basada en la Atención Primaria de Salud (APS) y de la organización territorial</p> <p>Débil comunicación entre los tres niveles de atención en el Sistema de Referencias y Contra referencias</p>
<p>CONTINUO</p>	<p>Existen Normativas de cada etapa de vida, familia y comunidad.</p> <p>Programación y presupuesto para actividades en la persona, familia y comunidad</p> <p>Se cuenta con sistema de referencia y contra referencia y marco normativo.</p>	<p>Normativas no contemplan los procesos para la continuidad de la atención integral.</p> <p>Débil coordinación entre responsables de etapas de vida.</p> <p>Débil coordinación entre primer y segundo nivel de atención</p>

<p>PARTICIPACIÓN SOCIAL</p>	<p>Existe normatividad sobre participación social Existen espacios de convocatoria para la sociedad organizada Experiencias y resultados en algunas regiones zonas rurales y periurbanas</p>	<p>Débil continuidad de intervenciones con participación social Insuficiente participación social, existe poco apoyo para impulsar la participación social.</p>
<p>INTER SECTORIALIDAD</p>	<p>Normativas contemplan o señalan el trabajo intersectorial</p>	<p>No se describe los procesos para el trabajo intersectorial a nivel nacional, regional y local. Insuficiente coordinación con los otros sectores para abordaje de DDSS Débil participación e involucramiento de Gobierno Regional y Local.</p>
<p>PERTINENCIA INTERCULTURAL</p>	<p>Normativas contemplan o señalan la pertinencia cultural Estructura orgánica contempla a la Estrategia de Pueblos indígenas Experiencias en adecuación cultural</p>	<p>Se prioriza intervenciones para atención recuperativa en población dispersa Ausencia de normativas sobre el proceso del abordaje con pertinencia cultural. Insuficiente preparación del personal de salud para el abordaje con pertenencia cultural</p>
<p>EQUIDAD DE GENERO</p>	<p>Normativas contemplan o señalan la equidad de género</p>	<p>Ausencia de normativas sobre los procesos para implementar enfoque de equidad de género. Insuficiente preparación del personal de salud para el abordaje con equidad de género</p>
<p>VIGILANCIA EN SALUD SOCIO CULTURAL</p>	<p>Sistema de información HISS , SIS</p>	<p>Sistema de información no contempla variables para vigilancia sociocultural</p>
<p>SISTEMA DE INFORMACIÓN</p>	<p>Existe codificación de actividades en la persona, familia y comunidad para su registro. Invasión en el uso de tecnologías, tele salud</p>	<p>Existe Sub registro de actividades en la persona, familia y comunidad. Desconocimiento y falta de uso de la codificación establecida</p>

		<p>Existe duplicidad y formatos paralelos al no contar con un sistema que brinde toda la información a las etapas y estrategias sanitarias.</p> <p>Recarga administrativa del personal de salud</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 20:

Fortalezas y Debilidades de los Componentes y Atributos de la HP: Nivel Operativo

NIVEL OPERATIVO		
COMPONENTES	FORTALEZAS	DEBILIDADES
DIRECCIÓN	<p>En algunos establecimientos de categoría I-2 y I-3 se pone en práctica Estrategia de Educación permanente en Salud (efectúan réplicas de capacitaciones, analizan sus principales problemas de salud, entre otros).</p> <p>Personal de salud sensibilizado y con competencias sobre la Operativización del MAIS, fomenta y logra realizar</p>	<p>Débil avance de trabajo en equipo con personal SERUMS.</p> <p>Aún se prioriza y planifica más las intervenciones individuales.</p>

	intervenciones Comunitarias y Familiares.	
PLANIFICACIÓN	<p>Casi en su totalidad de Establecimientos cuentan con Análisis Situacional en Salud.</p> <p>Casi en su totalidad de Establecimientos han cumplido con sus capacitaciones planificadas a Agentes Comunitarios de Salud.</p>	<p>Prevalece la Planificación de intervenciones de acuerdo a los indicadores de producción verticalizados, bajo el marco de presupuesto por resultados.</p> <p>Algunos establecimientos de salud realizan Planes de Trabajo con CONDECOS, CONEI y Comité Multisectorial.</p> <p>No se incluyen en sus evaluaciones elementos de pertinencia intercultural (exceptuando la atención de parto) y Equidad de género.</p>
ORGANIZACIÓN	<p>Cuentan con instrumentos de atención integral intramuro y extramuro.</p> <p>Personal cuenta con conocimientos para el abordaje individual, familiar y comunitario.</p> <p>Fortalecimiento de Capacidades y trabajo articulado con Agentes Comunitarios de Salud.</p>	<p>Escasa Participación Social en algunas comunidades.</p> <p>Débil correspondencia de la Organización del Sistema de Salud para el abordaje integral e incluyente de los 3 niveles de acción de las personas.</p>
EVALUACIÓN	<p>Ejecutan evaluaciones trimestrales de acuerdo a programación. Y realizan Seguimiento y monitoreo del cumplimiento de metas y objetivos establecidos en el POA.</p>	<p>- No existe evidencia de mecanismos de evaluación sistemáticos en donde se incluye la percepción de los servicios por parte de los individuos, familias y comunidades</p> <p>No hay evidencia de inclusión en las evaluaciones de elementos de la</p>

		<p>pertinencia intercultural y equidad de género</p> <p>Los indicadores que se evalúan no están bajo el marco de atención integral.</p> <p>-Indicadores no incluyen procesos de actividades extramurales de promoción y prevención (Por ejemplo: Realización de sectorización, entre otras actividades extramurales).</p>
GESTIÓN DEL PERSONAL EN SALUD	<p>Prevalencia de Equipos Polifuncionales.</p> <p>Acompañamiento por parte de MMN y SSLP, en intervenciones de Participación Social y Pertinencia Intercultural.</p> <p>83% del personal de salud cuenta con Capacitación sobre el MAIS BFC.</p> <p>Personal de salud sensibilizado y con competencias sobre la Operativización del MAIS, fomenta y logra realizar intervenciones Comunitarias y Familiares e incluso están siendo formados para ser Facilitadores del MAIS BFC en la Región.</p>	<p>No se ha evaluado calidad, ni oportunidad de atención.</p> <p>La mayoría del Personal de Salud no domina el idioma quechua.</p> <p>Personal profesional nuevo(SERUMS) no cuenta con formación académica adecuada para la ejecución de Atención Integral en Salud.</p> <p>40-50% del personal de salud habla idioma quechua (idioma que prevalece en la población).</p> <p>Personal poco comprometido para realizar trabajo extramural en Equipo.</p>
FINANCIAMIENTO	<p>En algunos establecimientos de salud promueven la optimización de recursos. Y como parte de su estrategia emplean parte del presupuesto de promoción de la salud, en actividades y compra de materiales a utilizar para el desarrollo del MAIS- BFC.</p>	<p>Presupuesto sigue enfocándose a actividades recuperativas.</p> <p>Salud Familiar no cuenta con presupuesto.</p>

NIVEL OPERATIVO		
ATRIBUTOS	FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>Multiconcepción Integral e incluyente del proceso salud enfermedad</p>	<p>Personal de Salud capacitado y empoderado sobre el abordaje del enfoque de determinantes sociales de la salud, Atención integral y Operativización del MAIS-BFC.</p> <p>83% del Personal de Salud de la Red Churcampa se encuentra capacitado sobre la Operativización del MAIS BFC.</p> <p>Personal de salud cuenta con apropiación y manejo del concepto de multiconcepción integral e incluyente y lo aplican al operativizar el MAIS.</p>	<p>Alta rotación del personal de Salud.</p> <p>Recurso Humano insuficiente para realizar intervenciones familiares y comunales en las categorías I-1 y I-2.</p> <p>En categoría-I-3 cuentan con Equipo básico de salud; sin embargo, por ser centro de referencia de atención presentan alta demanda de atenciones recuperativas y no logran consolidar las intervenciones a nivel familiar y Comunitario.</p>
<p>Integral</p>	<p>Todos los Establecimiento de Salud brindan paquetes de atención integral por etapa de vida.</p> <p>Personal de salud aplica la Polifuncionalidad</p> <p>Personal de salud Comprometido, con competencias y empoderado en relación a la Atención Integral de salud, el Enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud y la operativización del MAIS BFC.</p>	<p>Nivel I-1 y la mayoría de los EESS del Nivel I-2, no cuenta con suficiente Recursos Humanos.</p> <p>En algunos Establecimientos de Salud aún se prioriza más las intervenciones individuales, seguido de las familiares y comunitarias.</p>
<p>Integrado</p>	<p>Todos los Establecimientos de Salud cuentan con formatos de</p>	<p>El trabajo del personal de Salud aún prevalece en base a indicadores recuperativos en</p>

	<p>referencia y contrareferencia.</p> <p>Categoría I-3 cuenta con medios de transporte adecuado para realizar las referencias de emergencia.</p> <p>Participación del personal de salud en la Mesas del Comité Multisectorial.</p> <p>Avances de trabajo articulado entre el Sector Salud y Educación</p> <p>Avance progresivo, respecto al trabajo articulado con Agentes Comunitarios en Salud y Agentes de la Medicina Tradicional. Uso de actas.</p>	<p>Salud. Dejando de lado las intervenciones del MAIS.</p> <p>Débil Sistema de Referencia y Contrareferencia, en casos de emergencia, entre Establecimientos de Salud de distinto nivel de atención, colindantes geográficamente y que pertenecen a Direcciones de Salud diferentes.</p> <p>Mediano trabajo de los Establecimientos de Salud, respecto a la articulación y coordinación con los diferentes niveles de atención.</p> <p>La Red y los responsables de algunos establecimientos no se preocupan en hacer el seguimiento. El hospital no manda o el paciente no entrega la contra referencia y es un poco tedioso hacer el seguimiento.</p> <p>Categoría I-1 y I-2 no cuenta con medios adecuados para el transporte oportuno de casos de emergencias.</p> <p>No se cumple con entrega de los reembolsos por atenciones de emergencia entre MINSA y ESSALUD. Lo cual genera limitaciones para efectuar referencias en entre ambas instituciones.</p>
Continuo	<p>Todos los Establecimiento de Salud cuentan con material de operativización del MAIS BFC.</p> <p>La Ficha familiar contribuye con la continuidad de la atención.</p> <p>Todos los establecimientos de salud cuentan con formatos de</p>	<p>No hay evaluaciones sobre la continuidad de la Atención.</p> <p>Algunos establecimientos de salud logran cumplir con la ejecución de Planes de Desarrollo Comunitario.</p>

	referencia y contrareferencias.	
Participación Social	<p>Personal de Salud Comprometido.</p> <p>Agentes de la Medicina Tradicional y Agentes Comunitarios de Salud se sienten identificados con el trabajo en salud y la Comunidad.</p> <p>Trabajo conjunto entre personal de salud y Agentes Comunitarios de Salud sobre planes de desarrollo local y diagnóstico de sus determinantes sociales de salud de su Comunidad.</p> <p>Personal de Salud participa en mesas de Concertación Multisectorial.</p> <p>Avance progresivo de formación de CONDECOS.</p>	<p>Los Establecimientos de Salud que han realizado intervenciones comunitarias sólo han logrado realizar parte de las actividades estipuladas por el MAIS. El avance promedio bordea el 50%.</p> <p>No existe mecanismos de rendición de cuentas en las comunidades.</p> <p>No se ha establecido la participación de las organizaciones sociales en la gestión de salud en las comunidades.</p>
Intersectorialidad	<p>Personal de Salud con Competencias de Capacidad de Gestión con otros sectores.</p> <p>Trabajo articulado con el Sector educación en algunas comunidades.</p> <p>Participación del personal de salud en las mesas de comisión intersectorial.</p> <p>Alianzas de trabajo articulado entre el Sector Salud y algunos Programas Sociales en la Comunidad (a cargo del Ministerio de Inclusión Social) como son: JUNTOS y PENSIÓN 65.</p>	<p>Personal poco comprometido para el cumplimiento y seguimiento de los acuerdos establecidos entre Sectores.</p> <p>Débil sensibilización hacia las Autoridades Locales sobre el desarrollo de actividades de promoción de salud.</p> <p>Autoridades locales poco comprometidas.</p>

<p>Pertinencia Intercultural</p>	<p>Personal de Salud pone en práctica el Diálogo Intercultural.</p> <p>El personal de salud respeta e incluye en sus procedimientos las costumbres o tradiciones culturales.</p> <p>Personal de Salud pone en práctica el Diálogo Intercultural.</p> <p>El personal de salud respeta e incluye en sus procedimientos las costumbres o tradiciones culturales.</p> <p>Impulso de la Herramienta de referencia y contrareferencia “Quipu” para el uso de Agentes de la Medicina Tradicional.</p> <p>Fomento de implementación de farmacias con medicinas naturales.</p> <p>Atención de parto con criterios interculturales</p>	<p>Débil avance de perfiles socioculturales</p> <p>No se cuenta con instrumentos para el abordaje de la atención a nivel individual, familiar y comunitario con pertinencia cultural y los aplica en las comunidades.</p>
<p>Equidad de Género</p>	<p>Progresivamente mediante las visitas domiciliarias el personal de salud ha sensibilizado al hombre para que participe en acciones de salud, como el parto.</p>	<p>Personal de salud no cuenta con instrumentos, ni capacitación sobre Enfoque de Género.</p>
<p>Vigilancia en salud socio cultural</p>	<p>Empoderamiento de algunas comunidades mediante la participación social.</p> <p>Los Agentes Comunitarios se han convertido en un gran soporte de apoyo para el personal de salud y lograr el seguimiento oportuno de</p>	<p>Ausencia de estrategias para sensibilizar a población evangélica, testigos de jehová y adventista. Personal de salud considera que constituyen una amenaza para el logro de sus intervenciones.</p> <p>No se cuenta con instrumentos y sistemas de información estructurados para</p>

	<p>los riesgos en salud y facilitar el acceso de las intervenciones extramurales con la población.</p> <p>Personal de salud y comunidad conocen de los síndromes culturales.</p>	<p>realizar la vigilancia socio cultural.</p>
Sistema de Información	<p>SISFAC les permite identificar los riesgos en salud. Así como el seguimiento oportuno de las familias.</p> <p>Se analiza la información en el primer nivel de atención y se toman decisiones sobre la implementación de las acciones prioritarias en base a los datos de los servicios de salud del primer nivel de atención.</p>	<p>Se emplea mucho tiempo en realizar informes físicos y virtuales.</p> <p>Débil comunicación de información a la comunidad y autoridades sobre el análisis de los datos producidos en los servicios de salud del primer nivel de atención</p> <p>Personal de salud realiza mucho llenado físico y virtual de producción mensual.</p> <p>El sistema HIS MINSA no cuenta con codificación para varias actividades de promoción de salud. Por ende personal de salud no registra varias actividades y procesos que le ha conllevado emplear buen tiempo en su ejecución extramural.</p>

CAPITULO V: LECCIONES APRENDIDAS

Nivel Normativo- Programático

En relación al componente Dirección y Gestión de Recursos Humanos

- El liderazgo de un funcionario sensibilizado en la atención integral es un aspecto clave en la implementación de los componentes y atributos del modelo en la HP
- El personal operativo con el enfoque de la atención integral, basada en el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, contribuye al trabajo en equipo y al avance en la implementación de los componentes y atributos del modelo en la HP.

En relación al componente Financiamiento

- El presupuesto para la implementación de los componentes y atributos del modelo de gestión y atención en la HP, es insuficiente, se requiere contar con la logística e insumos que deben estar claramente definidos en la estructura de los programas presupuestales.

- La programación y asignación presupuestal con los responsables de cada etapa de vida y estrategias sanitarias contribuye a optimizar los recursos al asignarse equitativamente las acciones a financiar para implementar el modelo.

En relación a la Organización

- La coordinación y trabajo en equipo a nivel operativo, socializando los problemas encontrados y planteando estrategias conjuntas para la solución de los mismos contribuye a conocer por qué se realizan de las intervenciones a nivel familiar y comunitario y continuar o mantener el avance alcanzado en la implementación del modelo de atención.

En relación al componente Evaluación

- La evolución de las intervenciones sanitarias prioriza los temas recuperativas coordinación entre el equipo a nivel operativo, socializando los problemas encontrados y planteando estrategias conjuntas para la solución de los problemas de salud contribuye a mantener el avance en la implementación del modelo de atención.

Nivel operativo

En relación Multiconcepción integral e incluyente y personal de salud

La cooperación técnica, ha sido un aliado fundamental para el desarrollo de capacidades y fortalecimiento de competencias en el personal de salud sobre el abordaje de la Atención primaria en Salud, concepción y operativización del MAIS BFC bajo el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Esto es reconocido por el personal de salud al manifestar que antes de la intervención de MMN y SSLP priorizaban netamente las actividades recuperativas y si les alcanzaba tiempo realizaban algunas actividades de promoción y prevención. Al entender la importancia del abordaje del Modelo de atención, ejecutan los atributos con los que cuenta el modelo y planifican y organizan mejor su trabajo para ejecutar acciones de promoción y prevención tanto intra como extra muro.

El uso de instrumentos como Carpetas familiares, Fichas familiares, plan de atención familiar, han logrado organizar mejor su trabajo intra y extra mural en los tres niveles de acción (individual, familiar) e identificar oportunamente los Riesgos en Salud y trabajar las visitas domiciliarias.

Las capacitaciones realizadas al personal de salud por MMN y SSLP sobre pertinencia intercultural y participación comunitaria, les ha brindado competencias para trabajar articuladamente con los Agentes de la Medicina Tradicional y Agentes Comunitarios de Salud y han logrado realizar el efecto multiplicador de lo aprendido con el personal de salud de su Establecimiento de Salud e impulsar la formación de personal de salud como “Facilitadores Regionales” en dichas temáticas.

En relación a Integrado

Las alianzas de trabajo articulado entre el Sector Salud y algunos Programas Sociales en la Comunidad (a cargo del Ministerio de Inclusión Social) como: JUNTOS y PENSIÓN 65, ha sido

una oportunidad para que el personal de Salud pueda trabajar acciones conjuntas en Salud con el Sector de Inclusión Social. Como son la realización de controles periódicos en niños, gestantes, y adultos mayores. Debido a que son requisitos indispensables para que el usuario pueda acceder a su beneficio económico. Ahora bien el Compromiso de trabajo y Coordinación entre los responsables de los sectores son elementos fundamentales para el desarrollo y cumplimiento adecuado de las intervenciones y los acuerdos establecidos.

El personal de salud cuenta con capacitaciones sobre la operativización del MAIS- BFC, sin embargo existe una alta rotación de personal que conlleva a volver a capacitar al personal nuevo. Ante esto algunos establecimiento han puesto en práctica la aplicación de los Espacios de Educación Permanente en Salud, que es parte de los productos a realizar como parte del abordaje de la Gestión del Recurso Humano como parte del Componente de Gestión del MAIS BFC.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

A nivel normativo programático:

En relación a la medición de los avances de la implementación de la HP

- Para cada componentes del modelos de gestión Dirección, Planificación, Organización, Gestión de Personal y Financiamiento, resultó en una calificación de baja implementación.
- Para cada atributo de la atención en salud, la aplicación de la escala resultó en una implementación en “Inicio” para los atributos de Integrado, continuo, pertinencia cultural, Equidad de género, vigilancia en sociocultural, y en “Proceso” para los atributos de Multiconcepción, Integralidad, participación Social, Intersectorialidad y Sistemas de Información

En relación a los componentes del modelo de gestión, se evidencia la necesidad de contar con la decisión política para la implementación de la HP en el marco del MAIS-BFC, así mismo contar con un el presupuesto sostenible para lo cual es necesario que el PPR cuente con el enfoque de atención en el individuo, familia y comunidad, así mismo que este financiamiento se incremente progresivamente.

En relación a los atributos del modelo de gestión, se evidencia la necesidad de contar con la normativa que establezca los procesos para la organización de los servicios de salud con atributos de integralidad, integrado, continuo, equidad de género y pertinencia intercultural.

A Nivel Operativo

El avance de los atributos respecto al modelo de atención en el primer nivel de atención y la Horizontalización Programática esta en progreso. Como parte de los atributos que cuentan con mayor avance tenemos: a la Multiconcepción integral e incluyente (destaca el manejo y su implementación por parte del personal de salud), Integral, Participación Social(análisis y seguimiento de acuerdos, trabajo articulado con CONDECOS y Agentes Comunitarios de Salud; y participación en Mesas Intersectoriales) y la pertinencia intercultural (intervenciones de salud con adecuación cultural, espacios de interacción con Agentes de la medicina tradicional). Los atributos más débiles en cuanto avance fueron: La Equidad de Género, seguido de la Continuidad de la atención e Integración de la Atención. Respecto a la Equidad de Género el personal de salud no ha recibido capacitación al respecto, la concepción que presentan sobre Equidad de Género se limita a las atenciones e intervenciones de la mujer, cuando el abordaje implica conocer y generar estrategias sobre una serie de condiciones de género para el logro de la Equidad de género en salud. Como son el abordaje de las relaciones de Género, la participación, acceso a oportunidades, acceso a los servicios de salud, distribución de los recursos, entre otros.

En cuanto a la Continuidad de la atención los factores limitantes encontrados han sido la oportunidad de atención y la referencia, y respecto a la Integrado, las redes, medios y coordinaciones de referencia entre niveles no se establece adecuadamente. Otro aspecto a considerar, es que el desarrollo y los avances de los atributos van a depender de la categoría del establecimiento. Sobre todo la categoría I-1 y I-2 presentan limitaciones de recurso humano para desarrollar actividades integrales, si bien es cierto un aspecto importante es el desarrollo de la polifuncionalidad del personal de salud para lograr desarrollar los paquetes de atención integral; sin embargo no se abastecen para realizar trabajo extramural en todas las comunidades que

pertenecen a la jurisdicción de su establecimiento y cuentan con alta carga administrativa. En cuanto a los Establecimientos con categoría I-3, si bien es cierto disponen de Equipos de Salud, consideran que como parte de las debilidades para poder desarrollar los atributos de la HP están: la alta demanda de atención, lo cual dificulta muchas veces que las atenciones no sean oportunas, integrales y de calidad. A parte de no contar con tiempo, ni recursos suficientes para desarrollar actividades extramurales de participación social y vigilancia socio- cultural.

Los indicadores de producción del personal de salud y por ende obtención la de financiamiento de las estrategias de salud, aún están alineadas en base a atenciones recuperativas y de rehabilitación, mas no prevalecen como parte de la producción la realización de actividades de promoción y prevención en salud. A pesar de ello el personal de los establecimiento la Red Churcampa, que se encuentra sensibilizado y cuenta con competencias fortalecidas para la operativización del MAIS BFC, realiza las actividades extramurales e intramurales que son parte de la ejecución del Modelo de Atención.

Personal de salud que cuenta con buen avance en la operativización del MAIS BFC refiere que, parte de los elementos claves para la ejecución del mismo es el Compromiso del personal de salud, el trabajo en equipo y generar un adecuado espacio de interacción con los actores sociales de la comunidad.

El seguir trabajando en indicadores que no articulan la atención integral perse en los tres niveles de acción (individual, familiar y comunitario) va limitar los avances sobre la HP. Aún en el Perú se siguen priorizando los indicadores de salud recuperativos.

El personal operativo cuenta con una buena sensibilización respecto a la Operativización del MAIS, sin embargo las limitaciones que encuentra para su ejecución como el financiamiento, insuficiente recurso humano, insuficientes medios de transporte y el no contar con codificaciones para registrar los procesos que viene realizando al ejecutar actividades Comunitarias y familiares(en los cuales emplea y dedica varias horas de su producción), genera que presten más énfasis en realizar las intervenciones recuperativas que constituyen la gran parte de los indicadores del prepuesto por resultado a los cuales están inmersos las Estrategias de Salud.

CAPITULO VII: PROPUESTAS O RECOMENDACIONES

A nivel *Normativo –Programático*, en relación a los componentes del modelo de gestión se hacen las siguientes recomendaciones

A nivel de Dirección

1. Es necesario hacer incidencia política para que el MAIS–BFC sea considerado como parte de la Reforma de Salud y un Sistema Único de Salud.

El Modelo de atención requiere de un respaldo político y legal que lo establezca como una política de estado y de cada gobierno, que ampare el trabajo multisectorial y en todos los niveles de gobierno.

El Documento técnico MAIS-BFC, entre tanto no cuente con un respaldo legal, debe darse a conocer y formar parte de la sensibilización a los líderes y políticos de turno en el MINSA y la forma que contribuye a los intereses o mandatos a los cuales se deben los nuevos funcionarios o a las coyunturas del momento a fin de que cuente con un respaldo de alto nivel.

2. Para abordar los determinantes sociales de la salud, es necesario tener presente que no solo el MINSA tiene un rol fundamental, esto es parte del trabajado multisectorial que debe monitorearse en el marco de las competencias de cada Ministerios y de un trabajo conjunto.

3. A nivel de Gobiernos Locales, se debe asumir la responsabilidad para mejorar la salud. Existen experiencias de trabajo de DIRESAS con Gobierno Local, con interesantes iniciativas motivados por el presupuesto que destina el MEF como incentivos municipales, sin embargo debiera ser parte del trabajo que debe realizar el Gobierno local y no solo un tema motivado por un incentivo presupuestal o el trabajo de organizaciones cooperantes.

A nivel de componente Organización

4. Es necesario contar con la normatividad sobre las Redes Integradas de Atención Primaria (RIAPS), los procesos para una Gestión Territorial que sienten las bases para su implementación. Así mismo con las normativas que establezcan los procesos operativos de organización de los servicios a nivel individual familiar y comunitario y en cada nivel: nacional, regional y local.

5. Es necesario contar con un Diagnóstico de la situación de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención, conocer las necesidades de mejora de Infraestructura, de los recursos humanos, para implementar su mejora y que se trabaje en condiciones adecuadas y las que necesita el personal para brindar atención integral.

6. La organización del trabajo independientemente de la estructura orgánica del MINSA debe ser enmarcada en el modelo de atención integral, no trabajar como oficinas o direcciones sino identificando las acciones que deben articularse entre etapas de vida y estrategias sanitarias considerando las acciones de promoción, prevención y recuperación en la persona, la familia y la comunidad y desde las funciones de las distintas instancias establecer las acciones de forma coordinada a fin de sumar esfuerzos.

A nivel de Planificación

7. Es necesaria una Planificación Estratégica a nivel país, con los otros MINISTERIOS, para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, liderados o conducido desde la Presidencia de Consejo de Ministros, y el monitoreo de su implementación a nivel Regional y Local.

8. La planificación y presupuesto debe considerar mejorar las condiciones de trabajo: la infraestructura, el equipamiento, insumos para una adecuada organización de los servicios de salud que oferten los paquetes de atención individual, intervenciones familiares y en la comunidad, en función de sus necesidades de salud que demandan atención principalmente de prevención del daño.

A nivel de Evaluación

9. En los planes se debe tener en cuenta el tema de los indicadores, si bien los indicadores de impacto, o resultados son aquello que dan cuenta del avance de la salud de la población tales como las coberturas o las tasas, también es necesario tener en cuenta aquellos indicadores de proceso y resultado o de índole cualitativos, que están relacionados al trabajo de promoción de la salud y con la comunidad, que es parte del abordaje de los determinantes sociales, que deben monitorearse y evaluarse pues contribuyen con la mejora de los indicadores de cobertura y las tasas. Al no evaluarse estos procesos, muchas veces se dejan de lado o se descontinúa el trabajo.

10. La evaluación de los resultados sanitarios de las prioridades sanitarias deben considerar no solo las intervenciones individuales sino aquellas en la familia y comunidad que no son parte de la evaluación actual. Considerar indicadores no solo cuantitativos o de impacto, sino también aquellos cualitativos y de proceso.

11. La evaluación en relación a los indicadores sanitarios que son de impacto y resultado debe contemplar no solo cifras de coberturas o tasas, sino otros aspectos del proceso que son importantes para el abordaje de determinantes sociales, como el trabajo con familias y comunidades, incluso datos de aspecto cualitativo que deben considerarse parte de la evaluación.

A nivel de Gestión de Recursos Humanos

12. Es necesario mejorar las brechas de recursos humanos existentes tanto en dotación y distribución de los recursos humanos, si bien los equipos operativos son multifuncionales existe la necesidad de cerrar progresivamente las brechas existentes con una sólida política de recursos humanos.

13. Es necesario fortalecer la capacidad técnica en las regiones, la asistencia técnica del MINSA es esporádica, se necesita una mayor constancia en el acompañamiento técnico en las normas incluido en PPR. Un taller de asistencia técnica queda insuficiente muchas veces.

14. Es necesaria la sensibilización constante para el trabajo en la familia y la comunidad, puesto que el personal de salud tiene una formación para la atención del daño y no en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

A nivel de Sistema de Información

15. Se requiere un sistema de información práctico, para la toma de decisiones, que se articule con los otros sectores, subsistemas y niveles de atención, que brinde información a nivel individual, familiar y comunitario a las Diresas; Gobiernos Regionales, Locales y Ministerios.

A nivel de Financiamiento

16. Es necesario un Financiamiento sostenible basado en el modelo de atención, que se contemple en la estructura presupuestal actual, y describa claramente donde programar las acciones de implementación del modelo y de la HP.

17. El PPR debe contar con el enfoque individual, familiar y comunitarios y evaluar la pertinencia de considerar presupuesto de proyectos de inversión y de recursos humanos o ser parte de otro mecanismo de financiamiento con un monitoreo y evaluación de calidad de gasto diferenciada.

18. El presupuesto es insuficiente y se prioriza la atención del daño, es necesario incrementar progresivamente el presupuesto y brindar equitativamente los recursos tanto a las intervenciones recuperativas y a las de perención de la enfermedad y promoción de la salud.

Nivel Operativo

19. Reorientar la currícula de pregrado en las universidades que forman a los profesionales de salud. Según lo manifestado por nuestros entrevistados aún sigue siendo evidente la formación centrada en acciones e intervenciones recuperativas en salud. Esto último se refleja sobre todo al trabajar con profesionales de salud recién egresados, que realizan como parte de su primer año de trabajo profesional el Servicio rural, urbano marginal- SERUMS. Los mencionados profesionales al llegar al Establecimiento de Salud tienen que adaptarse y pasar por un proceso de formación in situ para desarrollar las actividades de Atención Primaria bajo el Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad.

20. Realizar un diagnóstico social sobre las condiciones de género en las comunidades, para realizar intervenciones adecuadas e oportunas que fomenten la Equidad de Género en Salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Marfil y Piazza. (2007). *Investigación en Gerencia Social II. Material del curso a distancia de la Maestría en Gerencia Social de la PUCP*. Obtenido de < <http://cariari.ucr.ac.cr/~oscarf/polisoc.htm>>
- Giovanella L, E. S. (2008). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Medicus Mundi Navarra. (2013). *Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina. Bolivia, Guatemala y Perú: tres experiencias, una sola acción integral e incluyente en atención primaria de salud*.
- Medicus Mundi Navarra. (2016). *Protocolo de Sistematización "Avances de la Horizontalización Programática en 4 países latinos"*.
- Medicus Mundi Navarra. (2016). *Protocolo de Estudio "Avances de la Horizontalización Programática en cuatro países de Latinoamérica"*.
- Ministerio de Salud. (2011). *Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad*.
- Ministerio de Salud. (2011). *Modelo de Atención integral de salud basado en familia y comunidad*.
- MMN y SSLP. (2012). *Documento Técnico Nacional de Aportes para la Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y comunidad*. Obtenido de <http://www.saludintegralincluyente.com/ftp/saludintegralincluyente/DOCUMENTOS/PDF/DTN%20países/Documento%20T%C3%A9cnico%20Per%C3%BA.pdf>
- MMN, SSLP y Dirección de Salud de Huancavelica. (2013). *Primeros avances de la Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad(MAIS-BFC) en la provincia de Churcampá, Huancavelica- Perú*. Huancavelica.
- Morales, Lidia et al. (2013). *Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina*. Guatemala.
- Navarra, M. M. (2016). *Protocolo de Sistematización "Avances de la Horizontalización Programática en 4 países Latinos "*.
- OMS, OPS. (2007). *La renovación de la Atención Primaria de Salud en la Américas*. Obtenido de http://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf
- OMS/OPS. (2007). *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Obtenido de http://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf
- OMS/OPS. (2008). *Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Obtenido de . Recuperado de <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>

OMS/OPS. (2008). *Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Obtenido de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>

OMS/OPS. (2008). *Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Obtenido de [http://bvsmms.saude.gov.br\(bvs/publicacoes/](http://bvsmms.saude.gov.br(bvs/publicacoes/)

OPS/OMS. (2008). *Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Obtenido de [http://bvsmms.saude.gov.br\(bvs/publicacoes/](http://bvsmms.saude.gov.br(bvs/publicacoes/)

OPS/OMS. (2008). *Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Obtenido de [http://bvsmms.saude.gov.br\(bvs/publicacoes/](http://bvsmms.saude.gov.br(bvs/publicacoes/)

Verdugo, JC (2002). *Guatemala Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Bases y lineamientos*.

WHO. (Mayo de 2008). *Integrated health services – what and why?*

ANEXOS

ANEXO N° 01: GUÍA TEMÁTICA DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS NIVEL NORMATIVO PROGRAMÁTICO

Propósito: La guía temática de este instrumento pretende ser simplemente una referencia de preguntas abiertas que sirve para indagar si se aplican las políticas, normas, si existe la apropiación, el compromiso político y conocimiento de los informantes clave para aplicar las normas.

Dinámica del instrumento: Se inicia haciendo un análisis y distribución de preguntas en base al perfil del informante clave, haciendo una revisión detallada de la escala de medición de manera que se garantice la indagación de la totalidad de los elementos por un lado y dirigiendo las preguntas en base al perfil del informante. De esta manera se pueden llevar a cabo entrevistas más ágiles y acotadas, evitando preguntar a varios informantes de forma repetitiva, la información que nos puede proporcionar el informante cuyo perfil se ajusta mejor a la pregunta en cuestión. Luego habrá preguntas que será necesario hacer a todos los informantes por su relevancia a evaluar aspectos como conocimiento del atributo, compromiso político, etc. Para esto es importante contar con un listado depurado de informantes clave para cada nivel, de manera que se puedan ajustar las entrevistas a los mismos.

Por otro lado, dado el nivel de interrelación e interdependencia entre atributos y componentes por un lado, y la escasa disponibilidad de tiempo de los informantes clave de este nivel, se requiere de una indagación sistémica. Por ejemplo, mientras el entrevistado habla de la multiconcepción integral e incluyente del proceso salud-enfermedad, puede expresar elementos clave para indagar sobre algunos elementos del atributo de pertinencia intercultural, o sobre el liderazgo como elemento del componente de Dirección, etc. etc. Esto permite aprovechar el flujo natural de la entrevista para ir evaluando varios elementos de atributos y componentes de manera simultánea. Reduciendo así, el número de preguntas y por ende acotando el tiempo de la entrevista. Por otro lado, es importante estar atentos a aquellos elementos relevantes del atributo sobre el que se está indagando y que el entrevistado no ha mencionado, o sobre el cual no tenemos aún suficiente información para valorarlo, de tal manera que se pueda orientar el flujo de la entrevista hacia ese lugar.

Para facilitar este proceso, la escala de medición del nivel normativo programático se usará como guía temática y valoración simultánea. Así la tabla permite mantener en “el radar” los elementos clave a indagar de cada variable (utilizando la columna de “consolidado” en el caso de los atributos y “muy alto” para los componentes), al mismo tiempo permite una valoración inicial inmediata. Es importante grabar cada una de las entrevistas para su transcripción y análisis cualitativo posterior, esto permite, además, confirmar las respuestas y comprobar la coherencia con la evaluación inmediata.

A. .Modelo de Atención

1. Atributos
2. Multiconcepción integral e incluyente del proceso salud enfermedad
 - ¿Cómo define Ud. el concepto de salud enfermedad?
 - ¿Cuáles considera que son sus elementos más importantes?
 - ¿Conoce el Modelo Incluyente de Salud?

→ Si la respuesta es positiva:

- ¿Cómo se aborda el concepto de salud- enfermedad en el Modelo Incluyente de salud?
- ¿Qué aspectos se deben considerar, al afrontar el proceso salud-enfermedad, según el Modelo de Salud?
- En caso de que no exista normativa donde se integre el atributo (en base a la revisión documental previa): ¿Existe algún proceso/propuesta de reforma en marcha para integrar el atributo en la norma?
- En caso de que exista la norma que incluye el atributo: ¿Cuáles son los procesos establecidos para el seguimiento de la implementación y cumplimiento de la norma?

3. Integral

- ¿Qué entiende por salud integral?
- ¿Cuáles son las intervenciones a nivel individual o paquetes de atención por etapa de vida?
- ¿Cómo se integran los programas de salud en el primer nivel de atención?
- →De ser su respuesta negativa:
- ¿por qué consideran que no se integran?
- En caso de que no exista normativa donde se integre el atributo (en base a la revisión documental previa): ¿Existe algún proceso/propuesta de reforma en marcha para integrar el atributo en la norma?
- En caso de que exista la norma que incluye el atributo: ¿Cuáles son los procesos establecidos para el seguimiento de la implementación y cumplimiento de la norma?

4. Integrado

- ¿Cómo es la coordinación de las actividades para la atención integral en los diferentes niveles de atención?
- ¿Cómo se encuentran/ organizados los servicios para brindar la atención integral a nivel: Individual, familiar y comunitario en el primer nivel de atención?

- En caso de que no exista normativa donde se integre el atributo (en base a la revisión documental previa): ¿Existe algún proceso/propuesta de reforma en marcha para integrar el atributo en la norma?
- En caso de que exista la norma que incluye el atributo: ¿Cuáles son los procesos establecidos para el seguimiento de la implementación y cumplimiento de la norma?

5. Continuo

- ¿Existen algunas estrategias o procesos definidos para la continuidad de la atención? Podría citarme ejemplos
- ¿Podría mencionar algunos mecanismos establecidos de comunicación entre los diferentes niveles de salud para asegurar el seguimiento de las personas y las familias?
- ¿Existe un sistema de referencia y contra referencia (retorno) entre los diferentes niveles de atención? ¿Podría dar un ejemplo?
- **En caso de que no exista normativa donde se integre el atributo (en base a la revisión documental previa): ¿Existe algún proceso/propuesta de reforma en marcha para integrar el atributo en la norma?**
- **En caso de que exista la norma que incluye el atributo: ¿Cuáles son los procesos establecidos para el seguimiento de la implementación y cumplimiento de la norma?**

6. Participación Social

- ¿Cómo describe usted la participación social para mejorar la atención en los servicios de salud?
- ¿Cuáles son las estrategias para la participación social?
- **En caso de que no exista normativa donde se integre el atributo (en base a la revisión documental previa): ¿Existe algún proceso/propuesta de reforma en marcha para integrar el atributo en la norma?**
- **En caso de que exista la norma que incluye el atributo: ¿Cuáles son los procesos establecidos para el seguimiento de la implementación y cumplimiento de la norma?**

7. Intersectorialidad

- ¿Se cuenta con un plan estratégica que contemple la implementación del Modelo de atención Integral ?

Si: ¿ la formulación de la planificación se hace con la convocatoria de todos los actores involucrados?

No: Por qué no?

- **En caso de que no exista normativa donde se integre el atributo (en base a la revisión documental previa): ¿Existe algún proceso/propuesta de reforma en marcha para integrar el atributo en la norma?**
- **En caso de que exista la norma que incluye el atributo: ¿Cuáles son los procesos establecidos para el seguimiento de la implementación y cumplimiento de la norma?**

8. Pertinencia Intercultural

1. ¿En qué consiste la integración de la pertinencia intercultural en los servicios de salud? ¿tiene algún valor agregado? citarse algunos ejemplos o experiencias

- En caso de que no exista normativa donde se integre el atributo (en base a la revisión documental previa): ¿Existe algún proceso/propuesta de reforma en marcha para integrar el atributo en la norma?
- En caso de que exista la norma que incluye el atributo: ¿Cuáles son los procesos establecidos para el seguimiento de la implementación y cumplimiento de la norma?

9. Equidad de Género

¿Cómo se aborda la equidad de género y cuál es su relevancia en los servicios de salud? citarse algunos ejemplos o experiencias

- **En caso de que no exista normativa donde se integre el atributo (en base a la revisión documental previa): ¿Existe algún proceso/propuesta de reforma en marcha para integrar el atributo en la norma?**
- **En caso de que exista la norma que incluye el atributo: ¿Cuáles son los procesos establecidos para el seguimiento de la implementación y cumplimiento de la norma?**

10. Vigilancia Socio Cultural

- ¿Cómo se llevan a cabo las acciones de vigilancia intercultural del modelo?

- **En caso de que no exista normativa donde se integre el atributo (en base a la revisión documental previa): ¿Existe algún proceso/propuesta de reforma en marcha para integrar el atributo en la norma?**
- **En caso de que exista la norma que incluye el atributo: ¿Cuáles son los procesos establecidos para el seguimiento de la implementación y cumplimiento de la norma?**

11. Sistema de Información

- ¿Se realiza en análisis de los datos o información sanitaria, y luego como se utiliza el análisis para la toma de decisiones? citar algunas experiencias.
- ¿Cuál es su opinión sobre el sistema de información utilizado y los instrumentos operativos?
- En caso de que no exista normativa donde se integre el atributo (en base a la revisión documental previa): ¿Existe algún proceso/propuesta de reforma en marcha para integrar el atributo en la norma?
- En caso de que exista la norma que incluye el atributo: ¿Cuáles son los procesos establecidos para el seguimiento de la implementación y cumplimiento de la norma?

B. Componentes

Dirección

¿Cuáles son los nudos críticos para la implementación del modelo? y que recomendaciones plantea.

¿Explique de forma breve cuál es su visión sobre el sistema de salud quisiera ver en Bolivia/El Salvador/Guatemala/Perú de aquí a 20 años? (mencione 3 ó 4 elementos centrales)

- ¿Según su criterio, cuáles son las 3 principales necesidades de la población en salud y sus determinantes?
- ¿Qué piensa del desempeño de la rectoría actual del Ministerio de Salud?
- ¿Qué papel juegan los Consejos de Gestión de la Salud?
- En caso de que no exista normativa donde se integre el componente (en base a la revisión documental previa): ¿Existe algún proceso/propuesta de reforma en marcha para integrar el componente en la norma?
- En caso de que exista la norma que incluye el componente: ¿Cuáles son los procesos establecidos para el seguimiento de la implementación y cumplimiento de la norma?

1. Planificación

2. ¿Cómo se lleva a cabo la planificación estratégica de los servicios de salud basada en el modelo de salud?

- ¿Cuáles son los principales elementos de la planificación estratégica?
- ¿Quiénes son los actores clave en la planificación?
- En caso de que no exista normativa donde se integre el componente (en base a la revisión documental previa): ¿Existe algún proceso/propuesta de reforma en marcha para integrar el componente en la norma?
- En caso de que exista la norma que incluye el componente: ¿Cuáles son los procesos establecidos para el seguimiento de la implementación y cumplimiento de la norma?

2. Organización

3. ¿Cuáles son los elementos clave de la organización actual de los servicios de salud basados en el modelo?

- ¿Cómo se lleva a cabo la organización entre el nivel normativo/programático y el operativo/instrumental?
- En caso de que no exista normativa donde se integre el componente (en base a la revisión documental previa): ¿Existe algún proceso/propuesta de reforma en marcha para integrar el componente en la norma?
- En caso de que exista la norma que incluye el componente: ¿Cuáles son los procesos establecidos para el seguimiento de la implementación y cumplimiento de la norma?

3. Evaluación

4. ¿Podría mencionar la finalidad y los mecanismos del proceso de evaluación a nivel normativo/programático?

- En caso de que no exista normativa donde se integre el componente (en base a la revisión documental previa): ¿Existe algún proceso/propuesta de reforma en marcha para integrar el componente en la norma?
- En caso de que exista la norma que incluye el componente: ¿Cuáles son los procesos establecidos para el seguimiento de la implementación y cumplimiento de la norma?

4. Gestión de Recursos Humanos

5. ¿Cuáles son los elementos centrales de la gestión de los recursos humanos dentro del modelo?

- En caso de que no exista normativa donde se integre el componente (en base a la revisión documental previa): ¿Existe algún proceso/propuesta de reforma en marcha para integrar el componente en la norma?

- En caso de que exista la norma que incluye el componente: ¿Cuáles son los procesos establecidos para el seguimiento de la implementación y cumplimiento de la norma?

5. Financiación

6. ¿Existen políticas específicas que apunten hacia el financiamiento público sostenible del sector salud?

7. ¿Cuáles son los procedimientos y criterios para la asignación presupuestaria dentro del modelo de Salud?

- En caso de que no exista normativa donde se integre el componente (en base a la revisión documental previa): ¿Existe algún proceso/propuesta de reforma en marcha para integrar el componente en la norma?
- En caso de que exista la norma que incluye el componente: ¿Cuáles son los procesos establecidos para el seguimiento de la implementación y cumplimiento de la norma?

Preguntas Finales:

- ¿Cuál es el cambio más significativo desde su experiencia de trabajo relacionado con la prestaciones de los servicios de salud bajo el enfoque del MAIS? (por favor ilustrarlo con una experiencia concreta).
- ¿Cuál es el obstáculo más grande desde su experiencia de trabajo relacionado con la prestaciones de los servicios de salud bajo el enfoque del MAIS? (por favor ilustrarlo con una experiencia concreta).
- ¿Cuál es el/los desafíos más grande/s desde su experiencia de trabajo relacionado con las prestaciones de los servicios de salud bajo el enfoque del MAIS?
- ¿Cuáles serían sus recomendaciones para mejorar la implementación prestaciones de los servicios de salud bajo el enfoque del MAIS ?

ANEXO N°02: GUÍA DE ENTREVISTA A NIVEL OPERATIVO- PERÚ

II. ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS NIVEL OPERATIVO INSTRUMENTAL

Propósito: La guía temática de este instrumento pretende ser simplemente una referencia de preguntas abiertas que sirve para indagar si se aplican los instrumentos, protocolos, si existe la apropiación, el compromiso político y conocimiento de los informantes clave para brindar los servicios en base a los modelos (la Reforma de Salud de El Salvador, el MAIS FC de Perú, el SAFCI de Bolivia y el MIS de Guatemala) y con estos datos lograr determinar los avances de la HP en el primer nivel de atención.

Dinámica del instrumento: Se inicia haciendo un análisis y distribución de preguntas en base al perfil del informante clave, haciendo una revisión detallada de la escala de medición de manera que se garantice la indagación de la totalidad de los elementos por un lado y dirigiendo las preguntas en base al perfil del informante. De esta manera se pueden llevar a cabo entrevistas más ágiles y acotadas, evitando preguntar a varios informantes de forma repetitiva, la información que nos puede proporcionar el informante cuyo perfil se ajusta mejor a la pregunta en cuestión. Luego habrá preguntas que será necesario hacer a todos los informantes por su relevancia a evaluar aspectos como conocimiento del atributo, etc. Para esto es importante contar con un listado depurado de informantes clave para cada nivel, de manera que se puedan ajustar las entrevistas a los mismos.

Por otro lado, dado el nivel de interrelación e interdependencia entre atributos y componentes por un lado, y la escasa disponibilidad de tiempo de los informantes clave, se requiere de una indagación sistémica. Por ejemplo, mientras el entrevistado habla de la multiconcepción integral e incluyente del proceso salud-enfermedad, puede expresar elementos clave para indagar sobre algunos elementos del atributo de pertinencia intercultural, o sobre el liderazgo como elemento del componente de Dirección, etc. etc. Esto permite aprovechar el flujo natural de la entrevista para ir evaluando varios elementos de atributos y componentes de manera simultánea. Reduciendo así, el número de preguntas y por ende acotando el tiempo de la entrevista. Por otro lado, es importante estar atentos a aquellos elementos relevantes del atributo sobre el que se está indagando y que el entrevistado no ha mencionado, o sobre el cual no tenemos aún suficiente información para valorarlo, de tal manera que se pueda orientar el flujo de la entrevista hacia ese lugar. Para facilitar este proceso, la escala de medición del nivel Operativo Instrumental será utilizada como guía temática o tabla de referencia y valoración ya que contiene los elementos clave a indagar de cada atributo y componente en base a los elementos de la escala de medición que se pueden evaluar específicamente con este instrumento. Así la tabla permite mantener en “el radar” los elementos clave a indagar de cada variable (utilizando la columna de “consolidado” en el caso de los atributos y “muy alto” para los componentes), al mismo tiempo permite una valoración inicial inmediata. Es importante grabar cada una de las entrevistas para su transcripción y análisis cualitativo posterior, esto permite además, confirmar las respuestas y comprobar la coherencia con la evaluación inmediata.

A. Modelo de Atención

Pregunta de Entrada:

- **¿Cuáles son las prestaciones (atenciones) de salud que se brindan a la población?**
- **¿Qué es el MAIS y ¿cuál es la finalidad de aplicar el MAIS?**
- ¿Cuáles son las características del MAIS?
- ¿Cuáles son los elementos claves para la implementación del MAIS?

Ej: Capacitación, tácticas, rectoría de los niveles de salud, participación comunitaria y social

ATRIBUTOS

Multiconcepción integral e incluyente del proceso salud enfermedad

- ¿Cómo define Ud. el concepto de salud enfermedad según el MAIS?
- ¿Qué aspectos se deben considerar al abordar la salud -enfermedad?

Integral

- ¿De qué manera realizan la prestación de los servicios de salud en función al MAIS?
 - ¿Se realiza la prestación de los servicios de acuerdo a las etapas de vida?
- Si responde afirmativo ¿De qué manera?
- Sí responde negativo ¿por qué no se realiza?
- ¿A quién o a quienes se realiza la prestación de los servicios de salud según el MAIS?
 - ¿Cómo realiza la prestación de los servicios según los programas de la salud?
 - Describan ¿Cómo realizan la atención a las familias?
 - ¿Cómo se realiza las intervenciones en salud en la Comunidad?

Integrado

- ¿Cuándo una persona necesita un procedimiento o una atención de mayor complejidad, a donde lo conducen?,¿cuál es el procedimiento que siguen? y ¿cómo está funcionando este procedimiento?
 - ¿Cómo se establece la coordinación con los otros niveles de atención (I II y III)?
 - ¿Cómo trabajan con los otros establecimientos de su Red (del primer nivel)?
 - ¿Trabajan con los establecimientos del primer nivel del sector Essalud? I-4 y I-3
- Si responde afirmativo: ¿De qué manera o cómo trabajan?
- Sí responde negativo ¿por qué no se trabaja con ellos?
- ¿Cómo se integran la atención individual, familiar y comunitaria?
 - ¿Trabajan con las personas que practican la Medicina tradicional en la Comunidad?
- Si responde afirmativo: ¿De qué manera o cómo trabajan?
- Sí responde negativo ¿por qué no se trabaja con ellos?

Continuo

- ¿Cómo se realiza el seguimiento de las atenciones de acuerdo a etapa de vida?
- ¿Cómo (se garantiza) aseguran la continuidad de la atención de la persona a lo largo de su ciclo de vida?

(¿Qué días y en que horario funciona el puesto de salud/Centro de Salud? ¿Qué pasa cuando hay una emergencia durante la noche y los fines de semana?)

- ¿Existen mecanismos establecidos de comunicación y coordinación entre los diferentes niveles de salud para asegurar el seguimiento de las personas y las familias?

-Si responde afirmativo: ¿De qué manera o cómo trabajan?

- Sí responde negativo ¿por qué no se coordina con ellos?

- ¿Existe un sistema de referencia y contra referencia (retorno) entre los diferentes niveles de atención?

-Si responde afirmativo:

¿Cómo está funcionando?

¿De qué manera asegura la continuidad de atención luego de una referencia? ¿ Y cuando los contra refieren?

- Sí responde negativo: ¿por qué cree que no se establece?

Participación Social (Integral, utilitaria)

- ¿Cómo la Comunidad participa para resolver sus problemas de salud?
- ¿Existe un espacio de diálogo y toma de decisiones, con las organizaciones comunitarias?

Si: ¿Cuáles son los espacios en los que participan las personas de las comunidades en los servicios de salud? ¿Esos son todos los que incluye el modelo de atención?

No: ¿Por qué no?

- ¿Cuál es su opinión sobre los espacios y el nivel de participación de la comunidad?

De ser el caso: ¿Ud. cree que se podría mejorar?, ¿Cómo?

- ¿Cómo se trabaja con los agentes comunitarios u otras organizaciones voluntarias de la Comunidad?

Intersectorialidad

- ¿Trabajan con otras instituciones/organizaciones para realizar actividades intersectoriales de salud en su localidad?

- Si la respuesta es afirmativa: ¿De qué manera

-Si la respuesta es negativa: ¿Por qué no?

- ¿Qué acciones de salud que se planifican y realizan con los otros sectores?, ¿De qué manera participan?, ¿Me podría dar un ejemplo concreto de trabajo con otros sectores y organizaciones?

Ej: Se trabaja en coordinación con los gobiernos locales a nivel comunitario y municipal? Trabajan con Gobiernos locales? ¿ Qué acciones de salud se planifican y realizan con ellos?

- ¿En qué instrumentos/ y protocolos de atención se plasma la intersectorialidad?

Pertinencia Intercultural (Creencias- prácticas, Terapeutas de la Medicina Tradicional- Agentes de la Medicina Tradicional)

- ¿Cómo se trabaja la pertinencia cultural en los servicios de salud que ofrecen a las comunidades?

¿Podrían dar un ejemplo específico de todas las actividades que se coordinan con las personas que realizan actividades de medicina tradicional (ej. terapeutas y comadronas)?

- ¿Se registran las actividades?

Si su respuesta es sí: ¿cómo? Ejemplo

Si su respuesta es negativa: ¿Por qué no?

- ¿Trabajan con Agentes de la medicina tradicional (parteras, hueseros, jubiadores, chacheros, etc)?

Si su respuesta es afirmativa: ¿De qué manera?

Si su respuesta es negativa: ¿Por qué no?

- ¿En qué instrumentos/ y protocolos de atención se plasma la pertinencia intercultural?
- ¿Su establecimiento de salud tiene implementado sus servicios con pertinencia intercultural?

Si su respuesta es afirmativa: podría ejemplificarnos

Si su respuesta es negativa: ¿Por qué no?

- ¿Qué problemas de salud atendidos son atendidos por los agentes de medicina tradicional o terapeutas tradicionales, se vigilan y analizan? ¿me da un ejemplo?

Equidad de Género

- ¿Quiénes acuden más al servicio de salud y por qué?,
- ¿Planean alguna acción para los que no acuden? Ejemplifiquen que tipo de acciones realizan, ¿Qué opinión tienen al respecto?
- ¿En sus servicios y actividades contemplan la equidad de género? Cómo así lo aplican, pueden citar ejemplos.
- ¿En qué instrumentos/ y protocolos de atención se plasma la equidad de género?

Vigilancia Socio Cultural Síndromes culturales (socio cultural)

- ¿Qué síndromes culturales conocen, que síndromes culturales están atendiendo con el terapeuta, si eso se vigila o no?

- ¿Se realizan acciones conjuntas con los agentes de la medicina tradicional o terapeutas tradicionales, como se hace seguimiento?

¿Qué problemas de salud atendidos por terapeutas tradicionales se vigilan y analizan? ¿me da un ejemplo? ¿Me puede compartir un ejemplo de cómo se lleva a cabo la vigilancia socio cultural y como usa esta información en su trabajo?

- ¿En qué instrumentos/ y protocolos de atención se plasma la vigilancia socio cultural?

Sistema de Información

- Existe un sistema de información normado, que capte datos de la atención a la persona, la familia y la comunidad. ¿Cuáles son? y como operan?
- ¿Para qué sirve esta información? ¿Cómo utiliza esta información? ¿podría citar un ejemplo específico?

Componentes

Dirección

¿Se dan asistencia técnica y acompañamiento a sus actividades?

¿Se analizan a tiempo el progreso de los indicadores?

¿De qué manera o como se promueve el trabajo en equipo?

¿Qué opinión tiene sobre el liderazgo y la conducción de su EEES?

¿Cuál es su opinión sobre las personas que conducen su EEES?

Planificación

¿Cómo se lleva a cabo la planificación de las actividades de salud?

¿Me podría dar un ejemplo de cómo planifican las acciones en salud que brindan a las comunidades?, ¿Quiénes participan en la planificación?, ¿Hay espacios de planificación con otros sectores, organizaciones? ¿Cómo?

¿Qué instrumentos utilizan para planificar sus actividades?

Organización

- ¿Cómo se organizan los equipos de salud para la intervención, intramural, y extramural?
- ¿Cómo se coordinan las intervenciones a nivel de su EEES y a nivel de otros establecimientos de mayor complejidad para el cumplimiento de las actividades planificadas?
- ¿Cómo se conforman los equipos de trabajo para llevar los servicios de salud a las comunidades?

Evaluación

- ¿Cómo se lleva a cabo la evaluación de los servicios de salud del primer nivel de atención? ¿Con que frecuencia? ¿Quiénes participan en la evaluación de los servicios de salud?

- ¿Para qué sirven las evaluaciones? ¿Podría dar un ejemplo específico?
- ¿Qué se evalúa en los servicios de salud?

Gestión de Recursos Humanos (Fortalecimiento de capacidades)

- ¿Cuándo fue la última vez que recibió una evaluación del desempeño? ¿Hubo algo que le sirvió de este proceso?, ¿podría dar un ejemplo específico?
- ¿Cómo se desarrolla el fortalecimiento de capacidades del personal
- ¿Cómo se evalúa el desempeño?
- ¿Los roles a cumplir son claros y están bien normados?

Financiación

- ¿Cómo se financian las actividades que desarrollan?
- ¿Cuenta con recursos necesarios para desarrollar sus intervenciones y porque creen que no es suficiente?
- Opinión sobre la distribución del presupuesto de salud

Preguntas Finales:

- ¿Cuál es el cambio más significativo desde su experiencia de trabajo relacionado con las prestaciones de los servicios de salud bajo el enfoque del MAIS? (por favor ilustrarlo con una experiencia concreta).
- ¿Cuál es el obstáculo más grande desde su experiencia de trabajo relacionado con las prestaciones de los servicios de salud bajo el enfoque del MAIS? (por favor ilustrarlo con una experiencia concreta).
- ¿Cuál es el/los desafíos más grandes desde su experiencia de trabajo relacionado con las prestaciones de los servicios de salud bajo el enfoque del MAIS?
- ¿Cuáles serían sus recomendaciones para mejorar la implementación prestaciones de los servicios de salud bajo el enfoque del MAIS ?

ANEXO N°03: GUIA DE GRUPOS FOCALES CON AGENTES COMUNITARIOS

Dirigido a: Agentes Comunitarios de la Comunidad (ACS) e Integrantes del Consejo de Desarrollo Comunal (CONDECO).

PREGUNTA DE ENTRADA

1. ¿Qué es para Uds. la salud y la enfermedad?
2. ¿En qué consiste su cargo o función como ACS o CONDECO?
3. ¿De qué manera promueven aspectos de salud de su comunidad?
4. ¿Realizan actividades o trabajan en conjunto con el personal de salud?

Si la respuesta es sí:

¿De qué manera trabajan con el personal de salud?

¿Qué actividades coordinan? Me podría citar un ejemplo de la manera que trabajan.

¿Registran sus actividades o llevan un registro de sus actividades?

Si la respuesta es negativa: ¿Por qué no?

5. ¿Qué síndromes culturales conocen?

6. ¿Qué problemas de salud son atendidos por los agentes de medicina tradicional o terapeutas tradicionales, estos se vigilan o hacen seguimiento? ¿me da un ejemplo?

7. ¿Se realizan acciones conjuntas con los agentes de la medicina tradicional o terapeutas tradicionales?

Si su respuesta es afirmativa: ¿Qué actividades se realiza?, ¿registran estas actividades?, ¿Cómo usa esta información en su trabajo?

Si su respuesta es negativa: ¿Por qué creen que no se realizan actividades conjuntas con los Agentes de la Medicina Tradicional?

8. ¿Consideran que las atenciones que realizan los Agentes tradicionales de salud y el personal de salud se integran?

Si su respuesta es afirmativa: ¿De qué manera se integran o se unen?

Si su respuesta es negativa: ¿Por qué no?

9. ¿Uds. participan para lograr esta integración?

Si su respuesta es afirmativa: ¿cuál es su función para lograr esta integración?

Si su respuesta es negativa: ¿Por qué no?

10. ¿Han recibido capacitaciones por parte del personal de salud?

Si su respuesta es afirmativa: ¿Qué temas han tratado?, ¿qué les ha parecido?

Si su respuesta es negativa: ¿Por qué no?

11. ¿Consideran que en la atención en los servicios de salud respetan sus creencias o costumbres culturales?, ¿Cómo se trabaja la pertinencia intercultural en establecimiento de salud, tiene implementado sus servicios con pertinencia intercultural?

Si su respuesta es afirmativa: ¿Podrían citar un ejemplo?

Si su respuesta es negativa: ¿Por qué no?

12. Quiénes acuden más al Establecimiento de Salud: hombres o mujeres? , ¿por qué creen que acuden más los....

13. ¿El personal de salud o Uds. planean alguna acción para los que no acuden?

Si su respuesta es afirmativa: ¿podrían citar ejemplos?

14. ¿Ustedes trabajan con las familias?

Si su respuesta es afirmativa: ¿De qué manera trabajan con las familias?

15. ¿Existe un espacio de diálogo y toma de decisiones, con las autoridades locales?

Si su respuesta es afirmativa: ¿podrían citar ejemplos?

Si su respuesta es negativa: ¿Por qué cree que no se dan espacios de diálogo?

16. ¿De qué manera se da la participación comunitaria?

17. En su Comunidad se promueve la participación de hombres y mujeres en el cuidado de la salud familiar?, ¿qué tipo de actividades realizan?, ¿Cómo?, ¿Por qué?

18. ¿De qué manera participan para que los pobladores de su comunidad reciban una adecuada atención de salud?

19. ¿Cuál es su opinión, como ven el desempeño de los servicios de salud, sobre el trabajo con las familias?

20. Consideran que las familias en su Comunidad están cambiando a raíz de las actividades de promoción de la salud?

Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué cambios han visto?

Si la respuesta es negativa: ¿Por qué creen que no habido cambios?

21. Su gobierno local se preocupa por la salud de su comunidad?

PREGUNTAS FINALES:

¿Cuál es el cambio más significativo en su vida relacionado con los servicios de salud ofrecidos? (por favor ilustrarlo con una experiencia concreta).

¿Cuál es el obstáculo más grande desde su experiencia con los servicios de salud ofrecidos? (por favor ilustrarlo con una experiencia concreta).

¿Cuáles serían sus recomendaciones o propuestas de mejora para la atención en salud? que pedirían sobre el desempeño de los servicios de salud.

ANEXO N° 04: GRUPO FOCALES CON AGENTES DE LA MEDICINA TRADICIONAL

Dirigidos a: Parteras, Hueseros, Curanderos, Jubiadores, entre otros.

1. Coméntenme, ¿A qué se dedican?, ¿Qué trabajo realizan en beneficio de salud y de la población?
2. ¿Qué es para Uds. la salud y la enfermedad? o ¿Qué es estar sano o estar enfermo?
3. ¿Cuáles son las enfermedades más comunes que ustedes atienden?
4. ¿Ustedes trabajan con el personal de salud?

Si la respuesta es sí:

¿De qué manera trabajan con el personal de salud o con el Establecimiento de Salud?

¿Cómo se generó la confianza entre Uds. y el personal de salud?

¿Qué actividades coordinan con el personal de Salud o con el Establecimiento de Salud? Me podrían citar un ejemplo de la manera que trabajan.

Registran sus actividades o llevan un registro de sus actividades

Si la respuesta es negativa: ¿Porque no?

5. ¿En el Establecimiento de Salud se toman en cuenta y respetan sus costumbres?
6. ¿El personal de salud promueve su participación en aspectos de salud de su comunidad?
7. ¿Han recibido capacitaciones por parte del personal de salud?

Si su respuesta es afirmativa: ¿Qué temas han tratado?

Si su respuesta es negativa, pasar a la siguiente pregunta.

8. ¿Uds. registran sus atenciones?

De ser afirmativo:

¿Dónde lo registran?, ¿Cómo lo registran?

9. ¿Cuándo presentan un paciente grave, qué hacen?

10. ¿Han recibido alguna capacitación sobre algunos temas por parte del personal de salud? ¿Cuáles? (Indagar sobre la equidad de género, acceso a los servicios de los hombres)

11. ¿Ustedes participan en la reuniones de su Comunidad?

12. ¿Quiénes acuden más a sus atenciones hombres o mujeres?, ¿por qué creen que acuden más ellos(as)?, ¿A todos llega atenderlos(as)? ¿Cómo deciden qué casos deben mandarlos a la posta?

13. ¿El personal de salud les manda pacientes para que ustedes los atiendan?

14. El personal de salud toma en cuenta los problemas de salud que Uds. atienden?

15. ¿El personal de salud les pide registros o reportes sobre las atenciones que realizan?

Si la respuesta es afirmativa: ¿que opinión tienen sobre la información que Uds. brindan al personal de salud?, ¿para qué creen que sirve esta información o en qué se usa?

16. Tienen reuniones o coordinaciones con el personal de salud.

Si la respuesta es afirmativa: ¿qué hacen o acuerdan?

Si la respuesta es negativa: ¿Por qué creen que no han tenido reuniones?

ANEXO N°05: GUIA DE GRUPOS FOCALES CON PADRES Y/O MADRES DE FAMILIA

Propósito: Se indagará con un grupo de usuarios de la comunidad sus percepciones sobre los avances de la HP desde su propia mirada. Explorar a través de sus percepciones, si ellos reconocen cambios significativos en su vida relacionados con los avances de la HP. Así mismo se explorará **que es lo que ha funcionado y que es lo que se tendría que mejorar con la implementación de los atributos y componentes de la HP.**

Dinámica del Instrumento: Se recomienda un grupo no mayor de 8 personas usuarias. En una sesión que idealmente dure 1 hora y que no exceda las 2 horas. Se debería de lograr un ambiente de libertad de expresión, y enfatizar la confidencialidad de la información, así como la garantía de que no habrá ninguna repercusión en el acceso y la calidad de los servicios de salud para los participantes.

Sin focalizar, ni coartar la libertad de expresión sobre los aspectos que las personas identificarán, es importante tener en mente los siguientes atributos, que se han identificado como los de mayor oportunidad para recibir las percepciones de la comunidad: 1. Integralidad, 2. Participación Social, 3. Intersectorialidad, 4. Pertinencia Intercultural, 5. Equidad de Género y 6. Vigilancia en Salud. Lo ideal será ir indagando dentro del flujo de las participaciones, elementos relacionados con los atributos antes mencionados.

PREGUNTAS DE ENTRADA:

1. ¿Cuándo ustedes tienen un problema de salud, a donde acude primero para ser atendido?
2. ¿De la familia quién acude con frecuencia a la posta?
3. ¿Cómo, ¿cuándo o de qué manera el personal de salud les informa sobre capacitaciones o las atenciones a las que deben acudir?
4. ¿Qué integrantes de la familia participan en las capacitaciones que brinda el equipo de salud?
5. ¿Han recibido visitas en sus casas por parte del personal de salud? ¿Cómo fue la visita, de que se habló?
6. Uds. sienten que el personal de salud se involucra con las Familias y la Comunidad?
Sí: ¿De qué manera?, ¿Esto se desarrolla igual que antes o del mismo modo?
No: ¿Por qué?
7. ¿El personal de salud al tratarlo a usted o a algún miembro de su familia le ha preguntado qué piensa sobre su problema de salud? ¿Le han preguntado a usted qué piensa del tratamiento?
8. ¿El personal de salud sabe de los problemas que hay en su comunidad? Como así Ud. ¿Podría compartir porque lo dice?
9. ¿Ustedes recomendaría los servicios de salud a un familiar o amigo? ¿Por qué?
10. ¿Ustedes recomendarían los servicios a las personas que utilizan la medicina tradicional? ¿Por qué?
11. ¿Alguien de ustedes ha sido referido con un agente de la medicina tradicional (huesero, yachac o curandero) por parte del personal de salud? ¿Podría compartir su experiencia?
12. ¿Saben o conocen si los agentes de medicina tradicional han recibido personas referidas del personal de salud para su tratamiento?
13. ¿El personal de salud les comunica o rinde informes sobre las acciones de salud y la situación de salud en su comunidad? ¿Quiénes participan?
14. ¿Sus ideas son tomadas en cuenta para hacer actividades de salud en su comunidad? ¿Nos podrían dar un ejemplo? ¿Podría compartir una experiencia?
15. En el EESS respetan las costumbres y creencias de la población?
16. Uds. sienten que con esta forma de hacer salud sienten alguna mejora y en que traducen esta mejora?
17. ¿Sienten que hay apoyo de las otras autoridades, como son los Gobiernos locales, agencia agraria, educación? ¿Sienten que es más que antes?
18. Los acuerdos o citas que se tiene con el personal de salud se cumplen?, ¿Uds. hacen algo para que se cumpla ¿Qué acciones toman para el cumplimiento de ello?

Antes y ahora de la intervención del proyecto.

19. ¿Cuál es el cambio más significativo en su vida relacionado con los servicios de salud ofrecidos? (Por favor ilustrarlo con una experiencia concreta).

20. ¿Cuál es el obstáculo más grande desde su experiencia con los servicios de salud ofrecidos? (por favor ilustrarlo con una experiencia concret

ANEXO N° 06: ESCALA DE MEDICIÓN DE AVANCE DE LA HORIZONTALIZACIÓN PROGRAMÁTICA

ATRIBUTOS	Sub-categorías	(1) No existe	(2) Iniciando	(3) En progreso	(4) Avanzado	(5) Consolidado
Multi-concepción integral e incluyente del proceso salud-enfermedad	Concepto	Modelo Biomédico "occidental": biológico, estático, individual.	Se tiene un conocimiento vago de la multiconcepción del modelo	Se tiene el conocimiento teórico de la multiconcepción del modelo	Existe una clara apropiación y manejo de la multiconcepción del modelo	Se tiene un excelente manejo de la multiconcepción en el modelo
	Implementación	Baja o nula inclusión de otros modelos y escaso enfoque de salud mental.	Existen signos de preparación para iniciar su implementación	En $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud se está implementando la atención individual, familiar y comunitaria	En $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud se está implementando la atención individual, familiar y comunitaria	En $\geq 75\%$ de los servicios de salud se está implementando la atención individual, familiar y comunitaria
	Articulación	Prevalece la implementación de programas verticales en los servicios de salud que se ofrecen en el primer nivel de atención	Se está iniciando con los procedimientos de acceso/articulación de los programas verticales en los servicios de salud que se ofrecen en el primer nivel de atención	Se identifica un procedimiento claro de acceso/articulación de los programas verticales en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud que se ofrecen en el primer nivel de atención	Se identifica un procedimiento claro de acceso/articulación de los programas verticales en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud que se ofrecen en el primer nivel de atención	Se identifica un procedimiento claro de acceso/articulación de los programas verticales en $\geq 75\%$ de los servicios de salud que se ofrecen en el primer nivel de atención
	Instrumentos	No hay evidencia de instrumentos y protocolos de atención en los que	Hay un plan para diseñar instrumentos y protocolos de atención en los que se plasma la	$\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud cuenta con instrumentos y protocolos de atención en	$\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud cuenta con instrumentos y protocolos de atención en	$\geq 75\%$ de los servicios de salud cuenta con instrumentos y protocolos de atención en los que se

		se plasma la multi-dimensionalidad en la atención	multi-concepción en la atención	los que se plasma la multi-concepción en la atención	dimensionalidad en la atención	plasma la multi-concepción en la atención
	Persona l	Se observa un abordaje convencional en los servicios del primer y segundo nivel de atención. No existe ningún proceso de capacitación dirigido a la implementación del modelo incluyente de salud	Está planificada la capacitación del personal para implementar el modelo	$\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ del personal ha recibido capacitaciones para implementar el modelo	$\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ del personal ha recibido capacitaciones para implementar el modelo	$\geq 75\%$ del personal ha recibido capacitaciones para implementar el modelo
Integral	Instru_mentos	Los servicios de salud del primer nivel de atención se centran en la atención de enfermedades,	Se está iniciando la elaboración de instrumentos operativos a nivel individual familiar y comunitario.	Se ha finalizado la elaboración de instrumentos operativos a nivel individual familiar y comunitario	Cuenta con instrumentos operativos a nivel individual familiar y comunitario y se implementan en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de servicios de salud.	Cuenta con instrumentos operativos y se implementan a nivel individual familiar y comunitario en $\geq 75\%$ de servicios de salud.
	Servicio s		Se está diseñando la cartera de servicios a nivel individual, familiar y comunitario	Se ha finalizado el diseño de la cartera de servicios a nivel individual, familiar y comunitario Se está iniciando la implementación del Modelo de atención integral en salud con	Cartera de servicios a nivel individual, familiar y comunitario implementada en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de servicios de salud.	Cartera de servicios a nivel individual, familiar y comunitario implementada en $\geq 75\%$ de servicios de salud

	formas de transmisión o		enfoque familiar y comunitario		
Implementación	<p>grupos prioritarios de población y enfatizan en el individuo. Se refleja la verticalidad en las intervenciones y el énfasis en los aspectos curativos, dejando por fuera de los elementos sustanciales de la atención en el primer nivel los aspectos de promoción, prevención y rehabilitación de la atención.</p>	<p>Se están creando las condiciones y haciendo los preparativos para la implementación del Modelo</p> <p>Existe un proceso de gestión para integrar los programas verticales en acciones horizontales.</p>	<p>Se inicia a implementar los planes operativos en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud contemplando acciones integrales para el logro de metas verticales con acciones horizontales para resolver problemas prevalentes incorporando además acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación a nivel familiar y comunitario considerando el continuo de la atención en el curso de la vida.</p>	<p>Planes operativos en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud, que contemplen acciones integrales para el logro de metas verticales con acciones horizontales para resolver problemas prevalentes incorporando además acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación a nivel familiar y comunitario considerando el continuo de la atención en el curso de la vida funcionando en la mayoría de las comunidades del distrito/sector/etc.</p>	<p>Planes operativos en $\geq 75\%$ de los servicios de salud, que contemplen acciones integrales para el logro de metas verticales con acciones horizontales para resolver problemas prevalentes incorporando además acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación a nivel familiar y comunitario considerando el continuo de la atención en el curso de la vida.</p>
Personal	rehabilitación de la atención.	<p>Se está iniciando la organización y capacitación de equipos comunitarios de salud para que brinden atenciones integrales de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de acuerdo a sus necesidades, a nivel</p>	<p>Equipos Comunitarios de Salud con atenciones integrales de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de acuerdo a las necesidades a nivel individual, familiar y comunitario trabajando en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud</p>	<p>Equipos Comunitarios de Salud con atenciones integrales de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de acuerdo a sus necesidades a nivel individual, familiar y comunitario trabajando en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud</p>	<p>Equipos Comunitarios de Salud con atenciones integrales de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de acuerdo a sus necesidades a nivel individual, familiar y comunitario trabajando en $\geq 75\%$ de los servicios de salud</p>

			individual, familiar y comunitario			
	Redes	No se cuenta con redes integradas de salud.	Se están empezando a conformar las redes de servicios de salud (RISS donde corresponda).	Ya se cuenta con algunos servicios de salud ($\geq 1\%$ y $\leq 50\%$), funcionado en redes (RISS en donde corresponda).	Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario funcionado y operativizándose a través de redes de servicios de salud (RISS en donde corresponda), en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud	Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario funcionado y operativizándose a través de redes de servicios de salud (RISS en donde corresponda) en $\geq 75\%$ de los servicios de salud.
Integrado	Articulación	Prevalece un sistema desintegrado con una especialización marcada de los proveedores de salud. No existe coordinación real entre los niveles de salud desde la comunidad hasta el tercer nivel.	Se está iniciando con un plan para que: - los establecimientos de salud trabajen articuladamente entre los diferentes niveles de atención.	$\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de establecimientos de salud trabajan articuladamente entre los diferentes niveles de atención.	$\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de establecimientos de salud trabajan articuladamente entre los diferentes niveles de atención.	$\geq 75\%$ de establecimientos de salud que trabajan articuladamente entre los diferentes niveles de atención
	Coordinación	Existen altos niveles de	No se cuenta con espacios estables y oficializados de coordinación entre los niveles de atención a través del sistema de referencia y contra referencia (retorno).	Existen algunos espacios puntuales estables y oficializados de coordinación entre los niveles de atención a través del sistema de referencia y contra referencia (retorno) en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud.	En la mayoría de los servicios existen espacios estables y oficializados de coordinación entre los niveles de atención a través del sistema de referencia y contra referencia (retorno) en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud.	Existen espacios estables y oficializados de coordinación entre los niveles de atención a través del sistema de referencia y contra referencia (retorno) en $\geq 75\%$ de los servicios de salud.
	Medios		- Se cuenta con una propuesta para que los	- De manera esporádica y puntual $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de	- La mayoría de los servicios $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de	$\geq 75\%$ de los servicios de salud en los 3 niveles de

	<p>burocracia, hay duplicidad. Las normas y programas giran en gran medida en torno a la atención especializada del nivel hospitalario así como alrededor de programas prioritarios e intervenciones selectivas</p>	<p>niveles de atención, especialmente el primero, cuenta con algunos de los medios que se enlistan:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Medios apropiados para realizar las referencias -Medios de comunicación -Personal para la coordinación e integración entre niveles -Sistema de coordinación de referencias y emergencias -Se cuenta con los instrumentos que demuestran la afluencia de la atención desde la comunidad hasta el tercer nivel de atención -El personal de salud en el primer nivel de atención está enterado y cuenta con la documentación que evidencia el recorrido de las personas que han requerido de otros -niveles de atención. 	<p>servicios del primer nivel de atención cuenta con todos o algunos de los medios que se enlistan:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Medios apropiados para realizar las referencias -Medios de comunicación -Personal para la coordinación e integración entre niveles -Sistema de coordinación de referencias y emergencias -Se cuenta con los instrumentos que demuestran la afluencia de la atención desde la comunidad hasta el tercer nivel de atención -El personal de salud en el primer nivel de atención está enterado y cuenta con la documentación que evidencia el recorrido de las personas que han requerido de otros -niveles de atención. -Se cuenta con documentos que demuestran las referencias 	<p>establecimientos de salud) de los diferentes niveles de atención, especialmente el primero cuenta con la mayoría de los medios que se enlistan:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Medios apropiados para realizar las referencias -Medios de comunicación -Personal para la coordinación e integración entre niveles -Sistema de coordinación de referencias y emergencias -Se cuenta con los instrumentos que demuestran la afluencia de la atención desde la comunidad hasta el tercer nivel de atención -El personal de salud en el primer nivel de atención está enterado y cuenta con la documentación que evidencia el recorrido de las personas que han requerido de otros -niveles de atención. -Se cuenta con documentos que demuestran las 	<p>atención, especialmente el primero cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Medios apropiados para realizar las referencias -Medios de comunicación -Personal para la coordinación e integración entre niveles -Sistema de coordinación de referencias y emergencias -Se cuenta con los instrumentos que demuestran la afluencia de la atención desde la comunidad hasta el tercer nivel de atención -El personal de salud en el primer nivel de atención está enterado y cuenta con la documentación que evidencia el recorrido de las personas que han requerido de otros -niveles de atención. -Se cuenta con documentos que demuestran las referencias y contrareferencia (retornos) de quienes han necesitado
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			-Se cuenta con documentos que demuestran las referencias y contrareferencia (retornos) de quienes han necesitado los otros niveles de atención	y contrareferencia (retornos) de quienes han necesitado los otros niveles de atención.	referencias y contrareferencia (retornos) de quienes han necesitado los otros niveles de atención.	los otros niveles de atención.
	Coordinación entre saberes		Existe un acercamiento inicial entre los proveedores de medicina tradicional y la convencional.	Se ha iniciado en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de servicios de salud, un trabajo coordinado y debidamente documentado entre los proveedores de medicina tradicional y la convencional.	Existe en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud, un trabajo coordinado y debidamente documentado entre los proveedores de medicina tradicional y la convencional	Existe en $\geq 75\%$ de los servicios de salud un trabajo coordinado y debidamente documentado entre los proveedores de medicina tradicional y la convencional.
Continuo	Protocolos	Débil coordinación y comunicación entre los niveles de salud desde la comunidad hasta el tercer nivel.	Se encuentra en fase de diseño y apropiación de los atributos y componentes que serán la base de las guías y protocolos	Se está empezando a implementar el cuidado de la salud de acuerdo a guías o protocolos en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de servicios de salud.	Hay un buen nivel de conocimiento y abordaje del cuidado de la salud de acuerdo a guías o protocolos implementándose en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud.	Conoce y aborda el cuidado de la salud de acuerdo a guías o protocolos y se implementan en $\geq 75\%$ de los servicios de salud
	Evaluación		Empieza a familiarizarse con la necesidad de evaluar la continuidad de la atención o cuidado de la persona y la familia por etapa de vida.	Se ha iniciado la evaluación de la continuidad de la atención o cuidado de la persona y la familia por etapa de vida $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de las comunidades	Evalúa la continuidad de la atención o cuidado de la persona por etapa de vida, de la familia según el ciclo vital en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades del distrito/sector/etc.	Evalúa la continuidad de la atención o cuidado de la persona por etapa de vida, de la familia según el ciclo vital en $\geq 75\%$ de las comunidades.

	Oportunidad y Referencia	Se está en etapa de apropiación de los procesos y oportunidades de: atención, diferimiento de la atención, atenciones con referencia y contra referencias (retorno).	Se ha iniciado el proceso de identificación de oportunidad de atención, diferimiento de la atención, atenciones con referencia y contra referencias (retorno) en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de servicios de salud. .	Oportunidad de atención, diferimiento de la atención, atenciones con referencia y contra referencias (retorno) en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud.	Oportunidad de atención, diferimiento de la atención, atenciones con referencia y contra referencias (retorno) en $\geq 75\%$ de los servicios de salud.
	Plan de desarrollo comunitario	-Se ha elaborado una propuesta de Evaluación de los planes de desarrollo local comunitarios en el tiempo	Se ha puesto en marcha la evaluación de los planes de desarrollo local comunitarios en el tiempo	Evalúa los planes de desarrollo local comunitarios en el tiempo en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades del distrito/sector/etc	Evalúa los planes de desarrollo local comunitarios en el tiempo
	Recursos	Se ha iniciado un proceso de gestión para contar con los medios y recursos, para asegurar la continuidad de la atención, especialmente a nivel de comunidades.	Se cuenta con los medios y recursos, para asegurar la continuidad de la atención, en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de las comunidades.	Se cuenta con los medios y recursos, para asegurar la continuidad de la atención en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades	Se cuenta con los medios y recursos, para asegurar la continuidad de la atención, en la mayoría de las comunidades.
	Registro	Se cuenta con una propuesta para registrar a las personas y sus familias en donde se lleva el control y el historial de quienes han requerido otro nivel de atención	Ya se cuenta con los formatos de registros de los pacientes y sus familias y se ha puesto en marcha el control y el historial de quienes han requerido otro nivel de atención en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de servicios de salud.	Se cuenta con los registros de los pacientes y sus familias en donde se lleva el control y el historial de quienes han requerido otro nivel de atención en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades.	Se cuenta con los registros de los pacientes y sus familias en donde se lleva el control y el historial de quienes han requerido otro nivel de atención) en $\geq 75\%$ de los servicios de salud.

	Instrumentos de referencia y contra-referencia		Existen instrumentos de referencia y contrareferencia (retorno) aunque aún se está preparando su implementación.	Existen instrumentos de referencia y contrareferencia (retorno) en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud	Existen instrumentos de referencia y contrareferencia (retorno) en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud.	Existen instrumentos de referencia y contrareferencia (retorno) en $\geq 75\%$ de los servicios de salud.
Participación social	Instrumentos y Registro	Sin espacios de participación en el primer nivel o bien desde una visión instrumental en función de las necesidades del ámbito institucional. Se manifiesta una concepción paternalista de cara a la participación social. Se percibe a las comunidades como meras receptoras de un servicio focalizado, basado en la	Se encuentra en fase de preparación y capacitación para la implementación de los instrumentos de registro y la puesta en marcha en los servicios de salud.	Recientemente han sido integrados los instrumentos de registro y se han puesto en marcha en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud.	Se cuenta con los instrumentos de registro y se han implementado en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud.	Se cuenta con los instrumentos y registro de participación social y se han implementado en $\geq 75\%$ de los servicios de salud.
			Existe una propuesta para la promoción de la participación social	Promoción de la participación social en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de las comunidades.	Promoción de la participación social en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades	Promoción de la participación social
	Análisis		Se cuenta con una propuesta para la participación en el análisis de la situación de salud, en forma conjunta con las estructuras sociales	Participación en el análisis de la situación de salud, en forma conjunta con las estructuras sociales en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de las comunidades.	Participación en el análisis de la situación de salud, en forma conjunta con las estructuras sociales en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades	Participación en el análisis de la situación de salud, en forma conjunta con las estructuras sociales en $\geq 75\%$ de las comunidades
	Seguimiento		Seguimiento del cumplimiento de las decisiones y tareas acordadas con las organizaciones sociales.	Seguimiento del cumplimiento de las decisiones y tareas acordadas con las organizaciones sociales en	Seguimiento del cumplimiento de las decisiones y tareas acordadas con las organizaciones sociales en	Seguimiento del cumplimiento de las decisiones y tareas acordadas con las organizaciones sociales en $\geq 75\%$ de las comunidades.

		resolución del problema.		≥1% y ≤50% de las comunidades.	≥50% y ≤75% de las comunidades.	
	Interseccionalidad	Hay un abordaje desde arriba hacia abajo, vertical y excluyente.	Participación en reuniones intersectoriales, para considerar los determinantes y condicionantes de la salud Seguimiento del cumplimiento de las decisiones y tareas acordadas en los espacios intersectoriales.	Participación en reuniones intersectoriales, para considerar los determinantes y condicionantes de la salud Seguimiento del cumplimiento de las decisiones y tareas acordadas en los espacios intersectoriales en ≥1% y ≤50% de las comunidades.	Participación en reuniones intersectoriales, para considerar los determinantes y condicionantes de la salud Seguimiento del cumplimiento de las decisiones y tareas acordadas en los espacios intersectoriales en ≥50% y ≤75% de las comunidades.	Participación en reuniones intersectoriales, para considerar los determinantes y condicionantes de la salud Seguimiento del cumplimiento de las decisiones y tareas acordadas en los espacios intersectoriales en ≥75% de las comunidades.
	Organizaciones de base		No Cuenta con organizaciones de base formalizados	Cuenta con organizaciones de base formalizados en ≥1% y ≤50% de las comunidades.	Cuenta con organizaciones de base formalizados en ≥50% y ≤75% de las comunidades	Cuenta con organizaciones de base formalizadas en ≥75% de las comunidades.
	Gestión de salud		Las organizaciones sociales demuestran una débil participación en la gestión de salud	Las organizaciones sociales participan activamente en la gestión de salud en ≥1% y ≤50% de las comunidades.	Las organizaciones sociales participan activamente en la gestión de salud en ≥50% y ≤75% de las comunidades	Las organizaciones sociales participan activamente en la gestión de salud en ≥75% de las comunidades.
	Acciones		Hay escasas acciones o logros basadas en la participación social	Acciones o logros basadas en la participación social en ≥1% y ≤50% de las comunidades.	Acciones o logros basadas en la participación social en ≥50% y ≤75% de las comunidades	Acciones o logros basadas en la participación social en ≥75% de las comunidades.

Intersectorialidad	Rendición de Cuentas		No se cuenta con mecanismos de rendición de cuentas	Cuenta con mecanismos de rendición de cuentas en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de las comunidades.	Cuenta con mecanismos de rendición de cuentas en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades	Cuenta con mecanismos de rendición de cuentas en $\geq 75\%$ de las comunidades.
	Validación		Se cuenta con una propuesta que define mecanismos de validación con participación social	Cuenta con mecanismos de validación con participación social en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de las comunidades.	Cuenta con mecanismos de validación con participación social en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades	Cuenta con mecanismos de validación con participación social en $\geq 75\%$ de las comunidades.
			Hay evidencia clara en la cotidianidad de la prestación de servicios sobre la participación social en los determinantes y condicionantes de la salud	Hay evidencia clara en la cotidianidad de la prestación de servicios sobre la participación social en los determinantes y condicionantes de la salud	Hay evidencia clara en la cotidianidad de la prestación de servicios sobre la participación social en los determinantes y condicionantes de la salud	Hay evidencia clara en la cotidianidad de la prestación de servicios sobre la participación social en los determinantes y condicionantes de la salud
	Personal		Existe un plan de capacitación para el personal de salud sobre la integración de la participación social en el primer nivel de atención	El personal de salud demuestra compromiso y capacitación sobre la relevancia e integración de la participación social en el primer nivel de atención en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud	El personal de salud demuestra compromiso y capacitación sobre la relevancia e integración de la participación social en el primer nivel de atención en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud	-El personal de salud demuestra compromiso y capacitación sobre la relevancia e integración de la participación social en el primer nivel de atención en $\geq 75\%$ de los servicios de salud
	Participación	Persiste una gestión fragmentada y aislada del sector	Se ha iniciado la gestión y las conversaciones para facilitar la participación de los representantes de los gobiernos locales, los consejos de sociedad	Se ha puesto en marcha en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de las comunidades, la participación de los representantes de los gobiernos locales, los	Se cuenta con la participación de los representantes de los gobiernos locales, los consejos de sociedad civil en los espacios de	Se cuenta con la participación de los representantes de los gobiernos locales, los consejos de sociedad civil en los espacios de

	salud. Al mismo tiempo, el sector de la salud carece de los conocimientos necesarios para aprovechar todo lo que otros sectores puedan aportar a la salud	civil en los espacios de planificación estratégica y toma de decisiones intersectoriales	consejos de sociedad civil y se ha logrado su reciente incorporación en los espacios de planificación estratégica y toma de decisiones intersectoriales	planificación estratégica y toma de decisiones intersectoriales en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades.	planificación estratégica y toma de decisiones intersectoriales en $\geq 75\%$ de las comunidades
Acciones	No existen instrumentos operativos para incorporar la intersectorialidad	Se han capacitado a los equipos de salud y han iniciado el acercamiento con otras organizaciones para realizar acciones intersectoriales a nivel local	Los equipos de salud ($\geq 1\%$ y $\leq 50\%$), han iniciado a trabajar con otras organizaciones para realizar acciones intersectoriales a nivel local	$\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los equipos de salud trabajan con otras organizaciones para realizar acciones intersectoriales a nivel local en la mayoría de las comunidades las siguientes actividades:	$\geq 75\%$ de los equipos de salud trabajan con otras organizaciones para realizar acciones intersectoriales a nivel local
Planificación		Existe una propuesta para la implementación de acciones intersectoriales a nivel local	Se ha puesto en marcha el plan intersectorial a nivel local y se han iniciado algunas acciones en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de las comunidades	Planifica y ejecuta acciones intersectoriales a nivel local en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades.	Planifica y ejecuta acciones intersectoriales a nivel local en $\geq 75\%$ de las comunidades
Determinantes		acciones en colaboración con los diferentes sectores para actuar sobre los determinantes de la salud de la comunidad	Se ha creado el espacio con los diferentes sectores para definir acciones en colaboración y así actuar sobre los determinantes de la salud de la comunidad en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de las comunidades	Se definen acciones en colaboración con los diferentes sectores para actuar sobre los determinantes de la salud de la comunidad en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades.	Se definen acciones en colaboración con los diferentes sectores para actuar sobre los determinantes de la salud de la comunidad en $\geq 75\%$ de las comunidades
Promoción		Existe una propuesta para la coordinación de	Se ha puesto en marcha la coordinación de acciones	Se coordinan acciones intersectoriales de	Se coordinan acciones intersectoriales de

	ción y preven_ ción		acciones intersectoriales de promoción y prevención en salud	intersectoriales de promoción y prevención en salud en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de las comunidades	promoción y prevención en salud en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades.	promoción y prevención en salud en $\geq 75\%$ de las comunidades
	Acuerdos		Todavía no se cuenta con acuerdos y compromisos debidamente registrados	Se cuenta con algunos acuerdos y compromisos debidamente registrados en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de las comunidades	Se cuenta con acuerdos y compromisos debidamente registrados en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades.	Se cuenta con acuerdos y compromisos debidamente registrados en $\geq 75\%$ de las comunidades
	Documen_tos		No existe evidencia documental que dé cuenta del cumplimiento de acuerdos y compromisos	Se cuenta con algunos documentos que dan cuenta del cumplimiento de acuerdos y compromisos en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de las comunidades	Se cuenta con documentos que dan cuenta del cumplimiento de acuerdos y compromisos en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades.	Se cuenta con documentos que dan cuenta del cumplimiento de acuerdos y compromisos en $\geq 75\%$ de las comunidades
Pertinencia intercultural	Instru_ mentos	El modelo encontrado se basa en la biomedicina con predominio del enfoque individual y curativo, el cual continúa en la hegemonía, sin establecer un mayor diálogo con otras medicinas y	Se encuentra en fase de preparación y capacitación para la implementación de los instrumentos de registro y la puesta en marcha de la atención a nivel individual, familiar y comunitario con pertinencia	Se ha superado la fase de preparación, capacitación y se ha puesto en marcha la aplicación de instrumentos para el abordaje de la atención a nivel individual, familiar y comunitario con pertinencia cultural en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de las comunidades del distrito, sector, etc..	Cuenta con instrumentos para el abordaje de la atención a nivel individual, familiar y comunitario con pertinencia cultural y los aplica en en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades del distrito/sector/etc.	Cuenta con instrumentos para el abordaje de la atención a nivel individual, familiar y comunitario con pertinencia cultural y los aplica en $\geq 75\%$ de las comunidades
	Perfil socio cultural		Se cuenta con perfiles epidemiológicos socio-culturales	Se cuenta con perfiles epidemiológicos socio-culturales	Se cuenta con perfiles epidemiológicos socio-culturales	Se cuenta con perfiles epidemiológicos socio-culturales

	Espacios de interacción	modelos de atención alternativos que poseen conocimientos y prácticas que podría aportar a	Reuniones de coordinación a igualdad de niveles, entre el personal del sistema de salud oficial y los diferentes actores de la medicina tradicional	Reuniones de coordinación a igualdad de niveles, entre el personal del sistema de salud oficial y los diferentes actores de la medicina tradicional	Reuniones de coordinación a igualdad de niveles, entre el personal del sistema de salud oficial y los diferentes actores de la medicina tradicional	Reuniones de coordinación a igualdad de niveles, entre el personal del sistema de salud oficial y los diferentes actores de la medicina tradicional
	Atención del parto	soluciones más integrales ante la creciente	Atención del parto con criterios interculturales	Atención del parto con criterios interculturales	Atención del parto con criterios interculturales	Atención del parto con criterios interculturales
	Farmacias	complejidad de los problemas de salud.	Farmacias con productos naturales y medicamentos de la medicina tradicional	Farmacias con productos naturales y medicamentos de la medicina tradicional	Farmacias con productos naturales y medicamentos de la medicina tradicional	Farmacias con productos naturales y medicamentos de la medicina tradicional
	Sistema de referencia y contra referencia (retorno)		Se está iniciando la integración de un sistema de referencia y contra referencia (retorno) e interconsulta entre modelos de salud	Se ha puesto en marcha un sistema de referencia y contra referencia (retorno) e interconsulta entre modelos de salud	Se cuenta con un sistema de referencia y contra referencia (retorno) e interconsulta entre modelos de salud en la mayoría de las comunidades del distrito/sector/etc.	Se cuenta con un sistema de referencia y contra referencia (retorno) e interconsulta entre modelos de salud
Equidad de género	Implementación	que cuestione relaciones de poder entre los sexos, se reproducen relaciones de discriminación en	Se cuenta con una propuesta para aplicar un abordaje con equidad de género	En las intervenciones se ha puesto en marcha el abordaje con equidad de género en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud del primer nivel de atención.	En las intervenciones se aplica el abordaje con equidad de género en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud del primer nivel de atención.	En las intervenciones se aplica el abordaje con equidad de género en $\geq 75\%$ de los servicios de salud del primer nivel de atención.

	Instru- mentos	<p>el personal y hacia la población que busca servicios</p> <p>Se enuncia el género pero no se cuenta con mecanismos de operativización a nivel de las intervenciones en salud.</p>	<p>Se encuentra en fase de preparación y capacitación para la implementación de los instrumentos de registro y la puesta en marcha de la atención a nivel individual, familiar y comunitario con equidad de género</p>	<p>Se ha superado la fase de preparación y capacitación y se ha puesto en marcha la implementación de los instrumentos de registro y la atención a nivel individual, familiar y comunitario con equidad de género en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud del primer nivel de atención.</p>	<p>Cuenta con instrumentos para abordar las intervenciones individuales, familiares y comunitarias con equidad de género y los aplica en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud del primer nivel de atención.</p>	<p>Cuenta con instrumentos para abordar las intervenciones individuales, familiares y comunitarias con equidad de género y los aplica en $\geq 75\%$ de los servicios de salud del primer nivel de atención.</p>
	Capaci- tación	<p>Prevalen estructuras patriarcales en el sistema de salud, es decir, órdenes que establecen</p>	<p>Los equipos gerenciales y operativos del primer nivel han iniciado o han terminado recientemente su capacitación en equidad de género</p>	<p>Los equipos gerenciales y operativos del primer nivel están capacitados en equidad de género en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud del primer nivel de atención.</p>	<p>$\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los equipos gerenciales y operativos del primer nivel están capacitados en equidad de género</p>	<p>$\geq 75\%$ de los equipos gerenciales y operativos del primer nivel están capacitados en equidad de género</p>
	Accione s	<p>jerarquías de poder distintas para hombres y mujeres en detrimento de éstas últimas.</p> <p>No se evidencia un compromiso claro en pro de la Equidad de Género en el primer nivel de atención.</p>	<p>Se cuenta con un plan para la promoción de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La participación igualitaria de la mujer en las acciones de participación de la comunidad -Esta participación puede basarse en el Feminismo Comunitario u otra forma 	<p>Se ha puesto en marcha en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios del primer nivel de atención la promoción de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La participación igualitaria de la mujer en las acciones de participación de la comunidad 	<p>$\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios del primer nivel de atención se promueve:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La participación igualitaria de la mujer en las acciones de participación de la comunidad -Esta participación puede basarse en el Feminismo 	<p>$\geq 75\%$ de los servicios del primer nivel de atención se promueve:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La participación igualitaria de la mujer en las acciones de participación de la comunidad -Esta participación puede basarse en el Feminismo

			de participación equitativa -Llevar a cabo actividades de intercambio de conocimientos en torno a la equidad de género, en todos los niveles etarios y agrupaciones comunitarias	-Esta participación puede basarse en el Feminismo Comunitario u otra forma de participación equitativa Se llevan a cabo actividades de intercambio de conocimientos en torno a la equidad de género, en todos los niveles etarios y agrupaciones comunitarias	Comunitario u otra forma de participación equitativa Se llevan a cabo actividades de intercambio de conocimientos en torno a la equidad de género, en todos los niveles etarios y agrupaciones comunitarias	Comunitario u otra forma de participación equitativa Se llevan a cabo actividades de intercambio de conocimientos en torno a la equidad de género, en todos los niveles etarios y agrupaciones comunitarias
Vigilancia en salud socio cultural	Instrumentos	Se evidencia un sistema de vigilancia epidemiológica convencional. Se consideran	Se encuentra en fase de preparación y capacitación para la implementación de los instrumentos de registro y sistema de información de vigilancia socio cultural	Se ha superado la fase de preparación y capacitación y se han puesto en marcha los instrumentos y sistema de información para vigilancia socio cultural en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud	Cuenta con instrumentos y sistema de información para vigilancia socio cultural y se aplican en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades del distrito/sector/etc.	Cuenta con instrumentos y sistema de información para vigilancia socio cultural y se aplican en $\geq 75\%$ de los servicios de salud.
	Determinantes	Se consideran simplemente los factores biológicos, desde el abordaje individual y centrado a la enfermedad.	Existe una propuesta para identificar los factores determinantes de salud, y en su caso plantear soluciones.	Se identifican los factores determinantes de salud, y se plantean soluciones en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud.	Se identifican los factores determinantes de salud, y se plantean soluciones en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud.	Se identifican los factores determinantes de salud, y se plantean soluciones en $\geq 75\%$ de los servicios de salud.
	Conocimiento		Existe una propuesta para conocer las enfermedades socioculturales, su análisis con los médicos	Conocimiento de las enfermedades socioculturales, su análisis con los médicos tradiciones y toma de	Conocimiento de las enfermedades socioculturales, su análisis con los médicos tradiciones y toma de decisiones en	Conocimiento de las enfermedades socioculturales, su análisis con los médicos tradiciones y toma de

			tradiciones y toma de decisiones.	decisiones en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud.	$\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud.	decisiones en $\geq 75\%$ de los servicios de salud.
	Coordinación		Se cuenta con un plan para promover el trabajo conjunto con la medicina tradicional, comunidad y otros sectores	Promover el trabajo conjunto con la medicina tradicional, comunidad y otros sectores en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud.	Promover el trabajo conjunto con la medicina tradicional, comunidad y otros sectores en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud	Promover el trabajo conjunto con la medicina tradicional, comunidad y otros sectores en $\geq 75\%$ de los servicios de salud.
	Perfiles		Están terminados los instrumentos para el acceso, análisis y toma de decisiones en base a los perfiles epidemiológicos socioculturales en el primer nivel de atención	Acceso, análisis y toma de decisiones en base a los perfiles epidemiológicos socioculturales en el primer nivel de atención en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud.	Acceso, análisis y toma de decisiones en base a los perfiles epidemiológicos socioculturales en el primer nivel de atención en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud	Acceso, análisis y toma de decisiones en base a los perfiles epidemiológicos socioculturales en el primer nivel de atención en $\geq 75\%$ de los servicios de salud.
	Sala Situacional		Se ha diseñado el mecanismo para llevar a cabo salas situacionales o espacios de análisis epidemiológicos	Salas situacionales o espacios de análisis epidemiológicos en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud.	Salas situacionales o espacios de análisis epidemiológicos en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud	-Salas situacionales o espacios de análisis epidemiológicos en $\geq 75\%$ de los servicios de salud.
Sistema de Información	Instrumento	Se evidenció un sistema de información en salud orientado exclusivamente a los datos individuales con	Se ha iniciado la preparación y la capacitación para implementar un sistema de información que permite recabar datos para generar información a nivel individual, familiar y comunitaria	Se ha superado la fase de preparación y capacitación y se han puesto en marcha los instrumentos del sistema de información que permite recabar datos para generar información a nivel individual, familiar y comunitaria en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de	Existe un sistema de información que permite recabar datos para generar información a nivel individual, familiar y comunitario en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de las comunidades del distrito/sector/etc.	Existe un sistema de información que permite recabar datos para generar información a nivel individual, familiar y comunitaria en $\geq 75\%$ de los servicios de salud.

	énfasis en la enfermedad como hecho aislado y puntual.		salud del primer nivel de atención		
Análisis 1er nivel	No existe registro de los datos de actividades de promoción, prevención y rehabilitación. No existe adscripción poblacional real a un servicio de salud que parta de un censo y de la generación de códigos individuales y familiares	Se cuenta con los instrumentos para iniciar el análisis de la información en el primer nivel de atención y se toman decisiones sobre la implementación de las acciones prioritarias en base a los datos	Se analiza la información en el primer nivel de atención y se toman decisiones sobre la implementación de las acciones prioritarias en base a los datos en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud del primer nivel de atención	Se analiza la información en el primer nivel de atención y se toman decisiones sobre la implementación de las acciones prioritarias en base a los datos en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud del primer nivel de atención	Se analiza la información en el primer nivel de atención y se toman decisiones sobre la implementación de las acciones prioritarias en base a los datos en $\geq 75\%$ de los servicios de salud del primer nivel de atención
Registros para el nivel central		Se cuenta con el instrumento para registrar la atención horizontal, que responda a los requerimientos de los programas verticales del nivel central	Registros de la atención horizontal, que responda a los requerimientos de los programas verticales del nivel central en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud del primer nivel de atención	Registros de la atención horizontal, que responda a los requerimientos de los programas verticales del nivel central en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud del primer nivel de atención	Registros de la atención horizontal, que responda a los requerimientos de los programas verticales del nivel central en $\geq 75\%$ de los servicios de salud del primer nivel de atención
Producción de la información		Todavía no se cuenta con una producción oportuna, adecuada y confiable de la información	Producción oportuna, adecuada y confiable de la información en $\geq 1\%$ y $\leq 50\%$ de los servicios de salud del primer nivel de atención	Producción oportuna, adecuada y confiable de la información en $\geq 50\%$ y $\leq 75\%$ de los servicios de salud del primer nivel de atención	Producción oportuna, adecuada y confiable de la información en $\geq 75\%$ de los servicios de salud del primer nivel de atención
Registro Medicina		Se tiene lista la propuesta para el registro de las	Lleva registro de las actividades de la medicina tradicional en $\geq 1\%$ y	Lleva registro de las actividades de la medicina tradicional en $\geq 50\%$ y	Lleva registro de las actividades de la medicina tradicional en $\geq 75\%$ de los

	Tradicio – nal/pop ular	actividades de la medicina tradicional	≤50% de los servicios de salud del primer nivel de atención	≤75% de los servicios de salud del primer nivel de atención	servicios de salud del primer nivel de atención
	Comuni – cación	Se cuenta con un plan que incluye el cómo informar a la comunidad y autoridades sobre el análisis de la información producida	Informar a la comunidad y autoridades sobre el análisis de los datos producidos en ≥1% y ≤50% de los servicios de salud del primer nivel de atención	Informar a la comunidad y autoridades sobre el análisis de los datos producidos en ≥50% y ≤75% de los servicios de salud del primer nivel de atención	Informar a la comunidad y autoridades sobre el análisis de los datos producidos en ≥75% de los servicios de salud del primer nivel de atención
	Toma de decision es	Existe una propuesta por niveles de dependencia para analizar la información del nivel dependiente y se apoya en la toma de decisiones para mejorar la situación	Por niveles de dependencia se analiza la información del nivel dependiente y se apoya en la toma de decisiones para mejorar la situación en ≥1% y ≤50% de los servicios de salud del primer nivel de atención	Por niveles de dependencia se analiza la información del nivel dependiente y se apoya en la toma de decisiones para mejorar la situación en ≥50% y ≤75% de los servicios de salud del primer nivel de atención	Por niveles de dependencia se analiza la información del nivel dependiente y se apoya en la toma de decisiones para mejorar la situación en ≥75% de los servicios de salud del primer nivel de atención

ANEXO N°08: CRONOGRAMA DE TRABAJO DE CAMPO

CRONOGRAMA DE TRABAJO DE CAMPO (ETAPA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN)						
NOVIEMBRE						NOV- DICIEMBRE
FECHAS	Lunes 14	Martes 15	Miércoles 16	Jueves 17	Viernes 18	
HORARIO						
5 am – 8am						
9 am a 11 am		Grupos Focales con Autoridades, Agentes Comunitarios e Integrantes del Consejo de Desarrollo Comunal	Revisión Documentaria y Observación Participativa en EESS (Red Churcampa)	Grupos Focales y/o Taller de discusión con Personal de Salud de los Establecimientos de Salud I-1 Y I-2 que cuentan con una buena experiencia sobre el desarrollo la aplicación del MAIS-BCF y ven con mayor claridad la HP de la Red Churcampa	Entrevista a Ex - Responsable de la Estrategia de Salud Familiar de la Red Tallacaja, Entrevistas a personal de salud del Establecimientos de Huaribamba y Salcabamba	

11am -1pm		Focus Group con Terapeutas tradicionales			Entrevistas a actores del Nivel Político-Programático de la DIRESA Huancavelica	ENTREVISTAS NIVEL PROGRAMÁTICO
2:30 pm a 5:30pm	Entrevista al Coordinador de Trabajo de Campo del Proyecto Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad - MAIS- BFC.	Trabajo de Revisión Documentaria y Observación Participativa en EESS (Red Churcampa)	Entrevistas a Responsables de la Estrategia de Salud Familiar y del Programa de Promoción de Salud, de la Red de Salud Churcampa y Revisión Documentaria.	En dos ambientes en simultáneo se realizarán los Grupos Focales con: 1. El personal de los Establecimientos de Salud de las categorías I-1, I-2 que no cuentan con una buena experiencia sobre el desarrollo la aplicación del MAIS- BCF. 2. El personal de los Establecimientos de Salud de la categoría I 3 que cuentan con una buena experiencia sobre el desarrollo la aplicación del MAIS-BCF y ven con mayor	(Encargados del MAIS, Coordinadora Regional de Salud Familiar y Director Ejecutivo de Promoción de Salud, Directora e Servicios de Atención Integral de Salud)	

				claridad la HP de la Red Churcampa		
6:8pm		Focus Group con Madres de Familia	Focus Group con Padres de Familia			
LUGARES	CHURCAMPA	CHURCAMPA	CHURCAMPA	CHURCAMPA	HUANCAVELICA	
