# INFORME DE EVALUACION"MODELO INTEGRAL E INCLUYENTE BAJO UN CONCEPTO DE DERECHO A LA SALUD"

# PERU

Consultores:

Oscar Feo

Katherine Tobar

*Agradecimiento especial a todos los informantes que participaron con sus valiosas opiniones y observaciones sobre la implementación del Proyecto en el Perú*

# CONTENIDO


I. RESUMEN EJECUTIVO ..... 4

II. INTRODUCCION ..... 11

III. DESCRIPCION DE LA INTERVENCION EVALUADA ..... 19

IV. RESULTADOS DE LA EVALUACION ..... 22

PERTINENCIA ..... 23

EFICIENCIA ..... 26

EFICACIA ..... 27

IMPACTO ..... 32

VIABILIDAD ..... 35

APROPIACION ..... 38

REPLICABILIDAD ..... 41

V. CONCLUSIONES ..... 43

VI. RECOMENDACIONES ..... 47

VII. LECCIONES APRENDIDAS ..... 49

VIII. ANEXOS ..... 50

# LISTADO DE ABREVIATURAS

| | |
|---|---|
| ALS | Autoridad local de salud |
| AMT | Agentes de Medicina Tradicional |
| APS | Atención Primaria en Salud |
| APS-R | Atención Primaria en Salud Renovada |
| ASC | Agente de Salud Comunitaria |
| ASIS | Análisis de Situación de Salud |
| AUS | Aseguramiento Universal de Salud. MINSA. |
| CLS | Comité local de salud |
| DIRESA | Dirección Regional de Salud |
| DCA | Desnutrición Crónica del Adulto |
| HISS | Sistema de Información del MINSA. |
| IRAS | Infecciones respiratorias agudas |
| ISIS | Instituto de Salud Incluyente Guatemala |
| MAIS-BFC | Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad |
| MMN | Medicus Mundi Navarra |
| MMNP o MMN Perú | Medicus Mundi Navarra – Delegación Perú |
| MIIGAS | Modelo Integral e Incluyente de gestión y atención en Salud |
| MINSA | Ministerio de Salud del Perú |
| MULTIPAIS | Proyecto Bolivia, Guatemala y Perú objeto de la presente evaluación |
| ONGs | Organizaciones no gubernamentales |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PAIFAM | Plan de Atención Integral a la Familia |
| PIE | Plan de Implementación Escalonada |
| POA | Plan Operativo Anual |
| PROFAM | Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria |
| RIAPS | Redes Integradas de Atención Primaria de Salud |
| RISS | Redes Integradas de Servicios de Salud |
| SIS | Seguro Integral de Salud |
| SSLP | Salud Sin Límites Perú |
| SNIS | Sistema Nacional de Información |
| SISFAC | Sistema de Información de la Salud Familiar y Comunitaria |
| TT | Terapeutas Tradicionales |
| UORSCH | Unidad Operativa de la Red de Salud Churcampa |

# I. RESUMEN EJECUTIVO

La evaluación del "Modelo Integral e Incluyente bajo un concepto de derecho a la salud", llamado a partir de ahora "proyecto multipaís", "proyecto" o "la acción", se realizó en el Perú a solicitud de Medicus Mundi Navarra (MMN) entre el 26 de mayo y el 12 de octubre, con un trabajo de campo realizado del 13 al 20 y el 24 de julio de 2014.

El objetivo de la evaluación fue analizar el avance logrado en la implementación de la política pública de salud "Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad" (MAIS-BFC) en las zonas piloto de la provincia de Churcampa, Departamento de Huancavelica, donde su implementación se ha dado en la Unidad Operativa de la Red de Salud Churcampa UORSCH, con el apoyo del MMNP.

Se pretende identificar los aportes del proyecto multipaís, como "modelo integral e incluyente", al fortalecimiento del sistema público de salud, y al desarrollo de los ejes ordenadores y los valores de la Atención Primaria en Salud (APS) renovada.

El proyecto multipaís ha sido desarrollado por Medicus Mundi Navarra (MMN) y sus socios locales de Guatemala, Perú y Bolivia, y se concibe como un modelo para fortalecer el primer nivel de atención, promoviendo la transformación y fortalecimiento del sistema de salud, y se construye desde una perspectiva que tiene como ejes ordenadores al concepto de salud como derecho universal para toda la población, en el marco de una comprensión integral del proceso salud-enfermedad, incorporando los enfoques de género, pertinencia intercultural y armonía con el medio ambiente. Asume además, los valores y principios de la Atención Primaria en Salud Renovada (APS-R) y los atributos de las redes integradas de salud.

Desde el punto de vista operativo el proyecto multipaís reconoce tres niveles de acción: Individuo, Familia y Comunidad; en los cuales trata de actuar sobre los determinantes sociales, económicos, culturales, geográficos y políticos de la salud y la enfermedad. Esas acciones se ordenan en tres programas de atención con tácticas operativas claramente definidas e internalizadas garantizando la atención integral, realizando acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación en forma complementaria, en todos y cada uno de los ciclos de vida.

Durante el trabajo de campo se realizó visita a los establecimientos de salud de ocho (8) localidades: Occopampa, Paccay, El Carmen, La Merced, Manzanayocc, Anco, Carhuanco y Coris, todas pertenecientes a la Red de Salud de Churcampa. Se realizaron 4 grupos focales, 6 visitas familiares, 32 entrevistas a personal local de salud, 13 entrevistas a directivos de los niveles local y departamental, además, se realizaron 16 entrevistas a profundidad con personal directivo del Ministerio, cooperantes, organizaciones sociales y entes académicos, para un total de 129 informantes.

Se utilizó una metodología ampliamente participativa, y básicamente cualitativa, donde los actores del sistema de salud y comunidades fueron los informantes claves. Se dio particular importancia a la información proveniente de las poblaciones y comunidades participantes, así como a las autoridades de salud. Los criterios de análisis fueron: Pertinencia, Eficiencia, Eficacia, Impacto, Viabilidad, Apropiación y Replicabilidad.

Para el procesamiento y análisis de información se elaboró una Matriz de Análisis que vinculó los Criterios de Análisis, Preguntas Claves, Indicadores, Fuente de datos, nivel de análisis, unidad de análisis, instrumento de

recolección de datos; metodología de análisis de datos e identificación de documentación secundaria a recolectar. La evaluación se realizó sin percances, cumpliendo todos los objetivos planteados.

Es necesario señalar, como parte del contexto político, la existencia de una controversia en relación al papel del MAIS-BFC en el seno de la Reforma de Salud impulsada por el MINSA, ya que los directivos del Ministerio entrevistados la reconocen como uno de los pilares fundamentales de las políticas de salud, pero la opinión de los otros expertos consultados señala que "*la reforma se ocupa básicamente del aparato prestador, de la medicina reparativa, y está dirigida a la atención a la enfermedad y no a la salud*", señalando críticamente que el MAIS-BFC "*se queda mucho en el discurso y poco en la práctica*", ya que se repite el hecho observado en otros países, del predominio de un modelo de atención centrado en la enfermedad, fragmentado, con predominio de programas verticales orientados a problemas específicos, o grupos específicos de población, de baja capacidad resolutiva, con escasa participación social, y con un enfoque epidemiológico muy tradicional dirigido al daño más que a la salud de la población.

**SINTESIS DE LOS RESULTADOS**

Para hacer la evaluación de los aportes del proyecto multipaís al desarrollo de la política MAIS-BFC en el marco de los valores y principios de la APS-R se revisó la amplia bibliografía existente sobre la materia y la documentación proporcionada por MMN y sus socios locales.

A partir de esa revisión nuestra primera opinión es que el proyecto multipaís y el MAIS-BFC parten de las mismas premisas teóricas, y que en la práctica se comportan como modelos equivalentes, absolutamente sinérgicos y complementarios, siendo modelos bien diseñados, que incorpora las categorías presentes en el debate mundial sobre desarrollo de sistemas de salud, recogen el planteamiento de la Atención Primaria en Salud Renovada y de los Redes Integrados de Servicios de Salud, formulados por la OPS/OMS, y que satisfacen los componentes de las políticas y prioridades del gobierno peruano, así como las expectativas y necesidades de la población.

**PERTINENCIA**

El apoyo del proyecto multipaís al desarrollo del Modelo de Atención integral de salud basado en familia y comunidad MAIS-BFC responde con certeza a las políticas y prioridades de salud del gobierno del Perú y satisface las expectativas y necesidades de la población, más aun, la sinergia proyecto multipaís-MAIS-BFC incorpora valores agregados al enriquecer e incorporar elementos que optimizan su desarrollo.

Las entrevistas realizadas con los diferentes actores, permiten indicar que la implementación del proyecto ha contribuido a satisfacer las necesidades de la población. La asistencia técnica brindada por MMNP en la zona piloto ha sido fundamental para cumplir con las estrategias del modelo y facilitado el levantamiento de censo, identificación y análisis de determinantes sociales de la salud, mejora de las fichas familiares y otros instrumentos. Con ello se ha fortalecido al personal de salud permitiéndole un mejor conocimiento de la realidad y elevando su capacidad de responder con estrategias y herramientas adecuadas.

Podemos señalar que la aplicación del modelo MAIS-BFC con el apoyo del proyecto multipaís se corresponde y satisface las premisas de la APS renovada, y los atributos de la propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la OPS, que en el Perú se vienen diseñando con el nombre de Redes Integradas de Atención Primaria de Salud – RIAPS.

Como lo señala claramente un ex ministro de salud, la intervención de MMNP incorpora un valor agregado de gran importancia en la garantía del derecho a la salud, al reconceptualizar la APS como "*cuidado integral ala salud para todos y por todos*" y al dar mayor fuerza a los conceptos de pertinencia intercultural y género, no claramente expresados en los principios de la APS Renovada de OPS.

La visita a los centros y puestos de salud, las entrevistas con los trabajadores de salud y representantes de las comunidades, permitió identificar un modelo de atención que funciona bien, cumpliendo en la práctica con los planteamientos del modelo teórico.

**EFICIENCIA**

En las zonas de desarrollo del MAIS-BCF observamos centros y puestos de salud bien organizados, con infraestructura y dotación adecuadas, personal sanitario entrenado, con mística y compromiso, además, con comunidades satisfechas y participando activamente.

La gestión de los recursos humanos es adecuada, tanto de los responsables de la DIRESA y la Red; quienes se encargan de la capacitación, supervisión y evaluación de desempeño. En relación a este último punto, si bien se disponen de indicadores y metas en los establecimientos de salud, la capacidad de análisis debe ser fortalecida mediante una adecuada retroalimentación.

**EFICACIA**

La implementación del modelo MAIS-BFC pareciera tener un impacto muy positivo en la vida y la salud de la comunidad. A pesar de no contar con instrumentos cuantitativos que permitan medir ese impacto, fue posible observar niveles significativos de participación, y el reiterado señalamiento de que ha mejorado su salud y que se han reducido las patologías y problemas que afectaban tradicionalmente a esas áreas.

En las zonas visitadas, el desarrollo de la política MAIS-BFC garantiza el derecho a la salud ya que por la situación socio-económica el 100% de la población está incluido en el SIS lo cual asegura la atención de salud, la cual es considerada disponible, accesible, y de calidad. La población percibe los servicios de salud como eficientes e integrales. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados y los avances en las zonas de intervención de MMNP, a nivel general, el modelo no garantiza plenamente el derecho a la salud y el acceso universal gratuito al primer nivel de atención a toda la población, ya que la política nacional de salud no garantiza la gratuidad sino a las personas afiliadas al SIS, el resto de la población debe pagar, lo que constituye un obstáculo económico que contradice el concepto de derecho y los principios de universalidad del modelo propuesto. En esta perspectiva y tomando la experiencia de Churcampa, para hacer efectivo el derecho a la salud a nivel nacional, sería necesario eliminar los cobros directos, y genera mecanismos de inclusión de la población no SIS a los esquemas de una atención integral con gratuidad.

Como comentario adicional, el MAIS-BFC es un modelo de atención coherente, con gran consistencia en sus aspectos teórico conceptuales, sin embargo, se requiere revisar y profundizar operativamente la implementación de los conceptos de pertinencia intercultural, género y medio ambiente, así como las estrategias dirigidas al continuo de vida, ya que se notan algunas inconsistencias en su operativización, que deben ser superadas. Ello puede deberse a una inadecuada comprensión de esas categorías, las que a veces son asumidas con criterios reduccionistas, lo que dificulta su concreción en las estrategias y tácticas del modelo.

**IMPACTO**

La conjunción del proyecto multipaís con el MAIS-BFC ha contribuido al fortalecimiento del Sistema de Salud en el primer nivel de atención, sin embargo, el trabajo aún no está finalizado y la Red de Churcampa requiere acompañamiento técnico y operativo para garantizar que el modelo logre alcanzar su madurez, ganar sustentabilidad y sea percibido como modelo nacional a desarrollar en el marco de las políticas de salud y no solamente como una estrategia operativa.

El aporte de MMN al diseño de un modelo integral y transformador de salud para el primer nivel de atención es significativo. Las coberturas de atención en los centros piloto han crecido incidiendo positivamente en mayor prevención de enfermedades y en los resultados en morbilidad y mortalidad. El trabajo realizado por MMNP ha contribuido al fortalecimiento del Sistema de Salud.

Es evidente que el desarrollo del proyecto multipaís ha contribuido a alcanzar impactos positivos en el derecho y nivel de salud de la población. La cobertura de atención en los centros piloto ha mejorado incidiendo positivamente en mayor prevención de enfermedades y en los resultados en morbilidad y mortalidad.

**VIABILIDAD**

La propuesta de operativización del MAIS-BFC implementada en las áreas piloto es viable técnicamente. Los trabajadores de la salud están capacitados y motivados para la aplicación del MAIS-BFC, pero existe siempre el riesgo de la frecuente rotación de personal que atenta contra la viabilidad del proyecto.

Desde el punto de vista financiero se requiere para su operativización un financiamiento adicional, al menos del 10% del presupuesto para la Red, que permita complementar las estrategias individual, familiar y comunitaria del MAIS-BFC. A nivel de Red de salud el per cápita estimado es de 205 soles (US$ 73) y para operativizar el MAIS BFC se dispone aproximadamente de 173 (US$ 62), por tanto, la brecha sería de 32 soles (US$ 11). En el estudio de "Estimación inicial de la unidad per cápita del primer nivel de atención Perú, elaborado por MINSA y OPS en 2011-2012 "el cálculo per cápita fue de 184,12 soles (US$ 65,7).

El nudo crítico para la implementación del modelo lo constituyen las tensiones existentes entre un modelo integral e incluyente para el primer nivel, y una reforma marcada por propuestas centradas en la atención a la enfermedad en el resto de los niveles. Por lo tanto es necesario hacer una revisión más detallada del impacto de esa reforma en la integralidad y universalidad del modelo diseñado para la atención primaria, y un mayor compromiso del nivel central para el impulso real del MAIS-BFC a nivel local.

**APROPIACION**

Los grados de apropiación de los diferentes actores involucrados en la implementación del MAIS-BFC es más alta en los niveles locales, municipales, redes y regionales, que en el nivel nacional. Todos los actores regionales y locales conocen y valoran la propuesta.

La cooperación internacional y los expertos entrevistados están satisfechos y convencidos que el MAIS-BFC es un modelo exitoso que debería extenderse a nivel nacional por ser más ventajoso para la salud de la población, pero comparten la preocupación por las tensiones generadas por una reforma que pareciera ir más dirigida al mercado que a la salud de las personas.

Las instituciones formadoras de recursos humanos e instancias de salud que participaron en la capacitación del MAIS-BFC y su operativización se sienten satisfechos y plantean que salieron fortalecidos en cuanto a una mejor comprensión conceptual de los modelos de atención y gestión, consideran de gran utilidad los materiales diseñados, y reiteran su disposición para continuar capacitando.

**REPLICABILIDAD**

Los resultados del piloto para el desarrollo el MAIS-BFC permiten recomendar su replicabilidad en todo el Perú; y pudiera ser útil y generar lecciones interesantes para otros países interesados en el desarrollo de modelos de atención integrales e incluyentes.

Siendo la conjunción proyecto multipaís/MAIS-BFC un modelo exitoso, sin duda pudiera y debiera aplicarse a nivel nacional. Por supuesto ello requeriría un fuerte compromiso político, un sólido trabajo de sensibilización y capacitación del personal, profundizar el reordenamiento territorial y adecuar la infraestructura de atención. Otro nudo crítico para la implementación adecuada del MAIS-BFC a nivel nacional lo constituye la necesidad de superar el carácter parcial no universal del SIS, y remover los obstáculos económicos para el acceso a los servicios, constituidos fundamentalmente por el cobro a la población no SIS.

**EN RELACION A LOS POSTULADOS INTERNACIONALES**

Como fue señalado, la aplicación del modelo MAIS-BFC con el apoyo del "proyecto multipaís" se corresponde y satisface las principales premisas de la APS renovada, y los atributos de la propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la OPS, y le da mayor fuerza al incorporar los conceptos de pertinencia intercultural, género y armonía con la naturaleza, no claramente expresados en los principios de la APS-R.

El MAIS-BCF ha logrado desarrollar en las zonas piloto un modelo de atención que combina los enfoques teóricos de la APS-R con un enfoque que se expresa en los diversos espacios de la vida social: la familia, la comunidad y el propio individuo. Pero así como el enfoque de la APS requiere ser complementado y enriquecido con los enfoques de género, pertinencia intercultural y armonía con el ambiente, igualmente el MAIS-BFC, que contienen esos elementos en su marco conceptual, debe hacer esfuerzos en su operativización, sobre todo en los componentes de pertinencia intercultural, género y armonía con el ambiente.

El MAIS-BFC satisface y enriquece el planteamiento de APS renovada y tiene un doble aporte: uno de tipo político conceptual al asumir la renovación de la atención primaria en el marco de un modelo de atención integral que busca transformar el sistema de salud, y el segundo de tipo práctico donde puede mostrar experiencias de formación de personal, manuales operativos, protocolos de acción y de atención y territorios donde el derecho a la salud se convierte en realidad concreta.

**RECOMENDACIONES**

1. Uno de los problemas que confronta el desarrollo de un modelo de atención integral e incluyente es la inadecuada comprensión de los conceptos de integralidad y universalidad, que muchas veces se confunden y contradicen con concepciones ni universales ni integrales, tales como la prestación de paquetes básicos con un número limitado de prestaciones, o la atención basada en el aseguramiento individual y no en el derecho ciudadano a la salud. Por ello sería interesante promover un debate conceptual, en el cual la difusión del texto **"Claves para la transformación de los Sistemas de Salud en**

**América Latina"** de MMN pudiera ser de gran importancia. Pudimos constatar que dicho texto no es suficiente conocido por algunos actores claves del proceso, por lo que su más amplia difusión pudiera ser de utilidad.

2. Uno de los grandes determinantes de la salud y la enfermedad es el trabajo, esa categoría es poco visible en el modelo MAIS-BFC y no aparece en la historia familiar ni en las fichas comunitarias, y cuando aparece en la historia individual se confunde con la variable "ocupación" como atributo individual; por ello se recomienda incorporar en el análisis de los determinantes de la salud los elementos de la economía local y su vinculación con las formas de producción y consumo.

3. Un obstáculo importante para el desarrollo de políticas incluyentes e integrales en un sistema de salud, es la existencia de cobros o tarifas en el momento de la atención, ya que se convierten en una barrera al acceso.

4. En relación a la pertinencia intercultural y la complementariedad de la "medicina tradicional originaria" con la "medicina occidental académica" es necesario dar mayor énfasis a este componente en el modelo MAIS-BFC, ya que muchas veces queda reducido a la adecuación de los servicios, particularmente para el parto, lo cual si bien es importante, es solo uno de los componentes de la interculturalidad.

5. Así mismo, es necesario dar mayor énfasis a las estrategias dirigidas al componente de género y medio ambiente, ya que notamos algunas debilidades e incomprensiones en el manejo de esos enfoques. El de género muchas veces queda restringido a las tradicionales estrategias de salud sexual y reproductiva con énfasis en la atención materna sin confrontar la cultura patriarcal y machista muy presente en la población y el personal sanitario.

6. Se sugiere hacer de los centros y puestos de salud de los municipios intervenidos "espacios de demostración de un modelo exitoso", que puedan ser visitados por actores políticos y sociales de otros municipios o provincias para motivar su extensión.

7. Dada la dificultad de acceso geográfico a las zonas intervenidas sería importante dotar a los equipos de trabajo de MMNP con recursos para la movilidad que les facilite el trabajo de acompañamiento al desarrollo de la experiencia.

8. Desde el punto de vista financiero, se recomienda que la Red efectúe gestiones de movilización de fondos para garantizar la implementación del MAIS-BFC, para lo cual se estima requerir un 10% adicional de su presupuesto actual para complementar las estrategias individual, familiar y comunitaria.

**REFLEXION FINAL**

Es evidente que el encuentro y conjunción del proyecto Multipaís con el MAIS-BFC ha sido sinérgica y positiva, ha logrado concretar las perspectivas de derecho a la salud, y con menor grado la pertinencia intercultural, el género y el enfoque medioambiental, pero a pesar de ello, es un modelo pertinente, eficiente y con impacto, quizás no sólo para Perú, sino que puede ser ejemplo para otros países de la región.

El apoyo de MMN al MINSA ha sido de gran importancia para el desarrollo y la implementación del modelo MAIS-BFC. Existe amplio reconocimiento de esta participación.

Se reafirman los componentes conceptuales desarrollados por MMN en el sentido de que las estrategias sanitarias verticales, los apoyos a un solo componente de los modelos de atención a la salud, la focalización en determinados grupos de población, no logran tener un impacto suficiente en las condiciones de vida de las poblaciones ni tampoco mejoran la calidad y cobertura de los servicios. Por lo tanto para resolver los problemas de fondo de los sistemas de salud y superar las inequidades, logrando el cumplimiento efectivo del derecho a la salud, es necesario el trabajo desde modelos universales, integrales e incluyentes.

Sin duda, es conveniente mantener las líneas de trabajo emprendidas, ya que son pertinentes con la política nacional, satisfacen las expectativas y necesidades de la población, su organización es adecuada, existe un personal comprometido y dispuesto a trabajar por la salud de su población, es eficiente, y tiene un impacto positivo sobre la salud. Además las comunidades lo quieren y lo defienden.

**La lección más importante que deja la experiencia peruana de MMN con el MAIS-BFC es que demuestra que es posible desarrollar un modelo de atención integral e incluyente que universaliza el Derecho a la Salud.**

# II. INTRODUCCION

*Personal de Centro Salud Anco – Red Churcampa - Perú*

*Personal de Puesto Salud El Carmen – Red Churcampa - Perú*

## 1.1. ANTECEDENTES

El proyecto multipaís **Un modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud",** que también se denomina "proyecto multipaís" ha sido desarrollada por Medicus Mundi Navarra (MMN) y seis socios locales[1], y financiada por la Unión Europea (bajo el contrato DCI-NSA/2011/240-166) y otros donantes como el Gobierno de Navarra de España, desarrollándose entre el 1 de abril de 2011 y el 31 de mayo de 2014 en Bolivia, Guatemala y Perú.

La Acción parte de la experiencia acumulada a través de un trabajo previo de más de 20 años, desarrollado por MMN -con sus socios locales- en cooperación al desarrollo en el sector salud, tanto en Guatemala como en Bolivia y Perú.

MMN junto a los socios locales de esta propuesta, y otros actores de cada uno de los tres países, ha desarrollado acciones en materia de atención y gestión en los servicios de salud con visión de integralidad e inclusión de colectivos marginados.

Después de estos años de trabajo se reconoce que las estrategias sanitarias verticales, los apoyos a un solo componente de los modelos, la focalización en determinados grupos de población, no logran tener un impacto importante en las condiciones de vida de las poblaciones ni tampoco mejoran la calidad y cobertura de los servicios.

Por lo tanto para resolver los problemas de fondo de los sistemas de salud y superar las inequidades, logrando el cumplimiento efectivo del derecho a la salud, es necesario el trabajo desde modelos universales, integrales e incluyentes.

La Acción partió de tres premisas:

i) si las deficiencias en salud son similares en los tres países, las soluciones no pueden ser tan diferentes;
ii) si los determinantes de la salud son sociales, las soluciones a los problemas de salud también deben serlo;
iii) los tres países están desarrollando procesos similares en torno a modelos de salud que, aunque a velocidades diferentes y en distinto momento, tienen el mismo objetivo.

La concepción multipaís de la acción ha permitido un rico intercambio y enriquecimiento mutuo, con lecciones aprendidas en cada uno de los tres países. Sin embargo, los avances, prioridades y oportunidades dependen de cada contexto nacional, y por tanto se debe enfatizar que el desarrollo de las actividades no ha sido lineal ni equivalente en cada uno de los países. De hecho el Modelo tiene una experiencia previa más avanzada en Guatemala, a través del Modelo Incluyente de Salud, constituyéndose en el "alumno más aventajado" y la cual fue recientemente evaluada.

En esa perspectiva, MMN como parte de su protocolo de seguimiento y evaluación, contrató la evaluación de la Acción en Bolivia y el Perú, para conocer si se ha conseguido fijar las bases para la mejora de las políticas públicas sanitarias existentes en ambos países, a través del modelo de salud familiar, comunitaria,

[1] ISIS, CEDEC, ASI, SSL, MMNP, MMNB

intercultural (SAFCI) en Bolivia, y del Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) del Perú.

El presente informe contiene la evaluación realizada en el Perú sobre el desarrollo del modelo MAIS-BFC en las zonas pilotos de la Red Churcampa-Huancavelica, donde ha intervenido MMNP.

## 1.2. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Analizar el avance logrado en la implementación de la política pública de salud delPerú (MAIS-BFC), en los pilotos seleccionados, como elementos destinados a fortalecer el sistema de salud peruano, teniendo como ejes ordenadores los enfoques de dicha política y los valores de la Atención Primaria en Salud (APS) renovada.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

Sistematizar la experiencia concreta de modelos de atención y gestión en salud integral e incluyente, con una visión individual, familiar y comunitaria, basado en un enfoque de derechos, con perspectiva intercultural, de género y protección del medio ambiente.

Analizar el involucramiento de los principales actores sociales y políticos en la definición e implementación de la política de salud, tomando en consideración la participación de actores que representan colectivos tradicionalmente marginados en el diseño e implementación de políticas públicas.

Conocer el nivel de implicación y capacitación de los recursos humanos del sector salud logrados en las experiencias piloto.

Valorar la integración entre las autoridades (nacionales, departamentales/regionales y locales) de salud y los actores no estatales en la implementación de estrategias y normativas de atención y gestión de salud propuestas por el modelo de salud vigente.

Evaluar los avances logrados en el cumplimiento de los principios de la política pública nacional vigente en materia de salud (MAIS-BFC en Perú)

Analizar la coherencia de las políticas implementadas con los principios de la APS renovada, principalmente en materia de determinantes sociales y políticos de la salud, promoción de la salud y funcionalidad de las Redes de Salud.

## 1.3. ALCANCE DE LA EVALUACION

El alcance de la evaluación consideró los siguientes aspectos:

i. Se analizó la situación del Perú ya que Bolivia y Guatemala cuentan con evaluaciones desarrolladas en 2013 y 2014.
ii. No se realizó un análisis global las políticas públicas del Perú sino se revisó su desarrollo en las zonas pilotos contenidas en el contrato con la Unión Europea.
iii. El análisis se desarrolló en cuatro perspectivas: el derecho a la salud, la pertinencia intercultural, la equidad de género y el medio ambiente, explorando cómo estas perspectivas se han integrado y hecho operativas.
iv. El análisis consideró los tres programas de salud: el individual, el familiar y el comunitario, indagando sobre el grado de desarrollo de esos programas, y si en su horizontalización hacen operativas las prioridades de los programas verticales del Ministerio de Salud.
v. La participación comunitaria en la gestión del sistema de salud.
vi. La integración de la pertinencia intercultural en la propuesta, y su verificación operativa
vii. La intersectorialidad del modelo, que no se centra en los servicios de salud sino que abarca todos los actores implicados en la determinación de la salud-enfermedad de la población.
viii. La integralidad reconoce en las personas un carácter multidimensional, inmerso en un sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas. Esto implica que la atención en salud debe abordar las necesidades y condiciones de los colectivos y personas. La integralidad también supone que la atención debe ser continua en todos los niveles de complejidad.
ix. Los instrumentos innovadores generados por el proyecto multipaís, su nivel de utilización en lo local y su difusión en las instancias nacionales y regionales, y como estos responden a las necesidades del Modelo.
x. El ordenamiento y la organización territorial de acuerdo a las características poblacionales: socioculturales, geográficas, climática, medios de comunicación y transporte.
xi. Un modelo de formación y gestión específico del personal sanitario, con su respectiva planificación, organización, control y dirección

## 1.4. METODOLOGIA

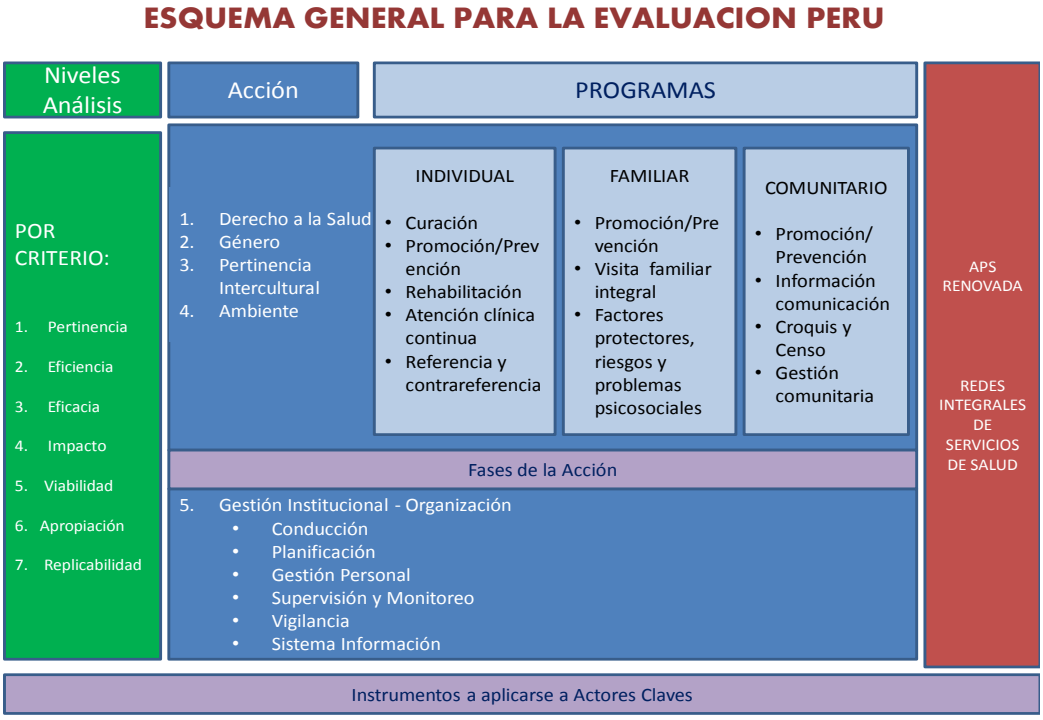
La evaluación fue realizada con una metodología de carácter participativo, en el sentido que los ejecutores y actores implicados fueron considerados informantes claves y parte del proceso de evaluación.

La evaluación se centró en analizar si el proyecto multipaís en el Perú consiguió mejorar la implementación de las políticas públicas sanitarias existentes (MAIS-BFC) a partir del modelo de salud integral e incluyente.

La evaluación se centró en el análisis de procesos y actividades, debido a que "la acción" ha tenido solamente 2 años de implementación, lo cual no permite evaluar impactos a nivel de resultados.

El enfoque general de la Evaluación aplicado se observa en el siguiente gráfico. (Mayores detalles en el Anexo No.1: Producto 1)

**Gráfico No. 1**
**Enfoque general de Evaluación Acción Perú**




Elaboración: evaluadores

## 1.5. CRITERIOS DE EVALUACION

La evaluación se centró en los siguientes criterios:

**Pertinencia:** Determinar si las actividades desarrolladas por el proyecto multipaís se ajustan a las políticas y prioridades en salud del Gobierno del Perú, así como los gobiernos de ámbito descentralizado (regional/local), y responde a las necesidades de la población beneficiaria.

Se incluye en este criterio el análisis del cumplimiento de los valores, principios y elementos esenciales de la **Atención Primaria en Salud renovada** y la aplicación de los atributos contenidos en la propuesta de la OPS relativa a **Redes Integradas de Servicios de Salud**.

**Eficiencia:** Relación entre las actividades desarrolladas y productos obtenidos con el proyecto y el costo para obtenerlos; lo cual permitirá tener un estimado del costo de la implementación de la política MAIS- BFC.

**Eficacia:** Analizar el grado de avance de sus fases de implementación en el marco de una concepción integral e intersectorial de la salud y los servicios.

**Impacto:** El periodo de implementación real en las zonas piloto es de dos años, por lo que, no es viable analizar ni impacto ni efectos; se analiza si las actividades que está generando el Proyecto están encaminadas a lograr impactos y efectos positivos.

**Viabilidad**: Identificar los diferentes componentes del modelo que puedan ser soportados en el presupuesto actual de los Ministerios de Salud y/o autoridades competentes (a saber, gobiernos regionales, departamentales, provinciales o municipales).

**Apropiación**: Explorar la aceptabilidad y apropiación de la propuesta del Modelo por parte de los diferentes involucrados (usuarios, trabajadores de salud, gestores del sistema de salud, líderes comunitarios, indígenas, políticos, de organizaciones de mujeres y otros). Incluye análisis de mecanismos para facilitar la apropiación en relación a la planificación y gestión de los servicios de salud.

**Replicabilidad**: Se refiere a la sistematización de lecciones aprendidas en una doble perspectiva: a) determinar si es conveniente mantener, modificar o abandonar las líneas de trabajo emprendidas; b) identificar propiedades que permitan su extensión a otros países y/o a territorios con similares características.

## 1.6. INSTRUMENTOS APLICADOS

Durante el trabajo de campo de la Evaluación se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. **Entrevistas a directivos de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) HUANCAVELICA**.
2. **Entrevistas a nivel Red**: a personal de salud y técnicos de la Red de Salud de Churcampa.
3. **Entrevistas a Personal de Centros y Puestos de Salud**: Se realizaron entrevistas a personas de los equipos de salud de los centros y puestos de: El Carmen, La Merced de Chupas, Carhuancho, Coris, Anco, Manzanayoc, Paccay y Occopampa.
4. **Visitas a familias:** Según lo programado se efectuó en Churcampa la visita a 6 familias de las áreas del proyecto, en las áreas de Paccay, El Carmen y Carhuancho.
5. **Grupos Focales en las comunidades**: Se realizaron según lo programado grupos focales con la participación de personas de la comunidad, representantes de los Consejos Comunitarios, parteras y médicos tradicionales, líderes comunitarios, delegada de escuelas e iglesia y población en general. Los grupos focales se realizaron en La Merced de Chupas, Coris, Manzanayoc y Occopampa.
6. **Entrevistas a Equipo Socios Locales o equipo del proyecto**: Durante el trabajo de campo se realizaron entrevistas y talleres con el equipo de MMN Perú y Salud sin Límites.
7. **Entrevistas autoridades Ministerio de Salud a nivel central**: Se realizaron entrevistas a profundidad a funcionarios del Ministerio de Salud, lo cual incluye una entrevista a la Ministra de Salud del Perú.
8. **Entrevistas a Cooperantes y Agencias**: Las entrevistas se efectuaron a 2 agencias: OPS-OMS y ORAS CONHU.
9. **Entrevistas a Universidades:** Se entrevistó a la vicerrectora académica de la Universidad de San Cristóbal de Huamanga.
10. **Entrevistas otros actores clave:** Según la programación se entrevistó a personas relevantes del Perú, entre ellos, ex Ministros de Salud, y directivos de ALAMES y Forosalud.

En relación a la data secundaria recolectada, su detalle se incluyó en el producto 2 (Anexo No. 2).

## 1.7. PARTICIPANTES DE LA EVALUACION

El enfoque de Evaluación cumplió su carácter participativo al involucrar a 129 personas, lo cual se resume en la siguiente tabla, en la que se puede observar el cumplimiento de la programación, y un aumento de participantes significativo en relación a lo planificado, especialmente se entrevistó más personal de los puestos de salud, personal de salud de la Red de Churcampa y participaron en mayor medida las personas de las comunidades (54 personas participaron y se programaron 40).

**Tabla No. 1**
**Participantes en la Evaluación**

| PAIS | CENTROS/ PUESTOS DE SALUD | | GRUPO FOCAL | | ENTREVISTA PERSONAL SALUD | | FAMILIAS | | NIVEL CENTRAL | | NIVEL DEPARTAMENTAL/RED/ MUNICIPAL | | EQUIPO PROYECTO | | OTROS (agencias, Universidad, actores clave | | TOTAL PERSONAS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | planificado | realizado | planificado | realizado | planificado | realizado | planificado | realizado | planificado | realizado | planificado | realizado | planificado | realizado | planificado | realizado | planificado | realizado |
| PERU | 8 | 8 | 4 | 4 | 16 | 32 | 6 | 6 | 13 | 10 | 3 | 13 | 4 | 8 | 6 | 6 | 88 | 129 |

Fuente: evaluadores

## 1.8. CONDICIONANTES Y LIMITES DEL ESTUDIO

En la Matriz de Análisis para la Evaluación aprobada se incluyó la Pregunta de Evaluación 15: Hacer un análisis de costos para conocer si los planes de implementación escalonada son viables en el contexto político económico en el cual se insertan. Dicha pregunta se incorporó con la premisa previa de que tendría dificultades en obtener la información y se analizó la prioridad de dicha pregunta en el contexto que los pilotos son implementados bajo los modelos de salud de los países. En este sentido, luego del trabajo de campo realizado en el Perú, se confirmaron las limitaciones para obtener datos de costos, debido a que el sistema de presupuesto del Ministerio de Salud se organiza por Programas[2], tanto a nivel nacional como en las redes, y por tanto, en la Red Churcampa, no existe un rubro específico para financiar el modelo MAIS-BFC. Sin embargo, se recolectó información en la Red Churcampa, seguro integral de salud, en los centros de salud y MMNP-SSL que permitió efectuar un costeo estimado de lo que se requeriría para el funcionamiento de la Red con MAIS-BFC.
Hubo una visita y grupo focal programada en la localidad de Chachaspata, que no pudo realizarse por problemas de tiempo, acceso y movilidad, sin embargo se sustituyó por un grupo focal homogéneo, con trabajadores de salud en la localidad de ANCO.

### Data Primaria

En relación a la data primara, no existió ninguna limitación en el levantamiento de datos provenientes de los socios locales y de las diferentes entrevistas realizadas a autoridades de salud, personal de salud de los centros y puestos, representantes de las comunidades, Cooperantes, otros informantes clave.

[2]Entrevista realizada con responsable de planificación del MINSA en Lima

### Anonimato y Confidencialidad

Cumpliendo con la cláusula de Anonimato y Confidencialidad contemplada en los términos de referencia, la evaluación respeta el derecho de las personas a proporcionar información asegurando su anonimato y confidencialidad; por tanto, quedan en custodia del equipo evaluador la totalidad de los instrumentos aplicados y las respuestas y data obtenidas.

## 1.9. EQUIPO DE EVALUACION

El equipo evaluador estuvo conformado por:

- Oscar Feo Istúriz. Médico venezolano, especialista en Salud Pública, con Maestría en la Universidad de McGill, Canadá. Profesor Titular de Salud Pública de la Universidad de Carabobo, Venezuela. Ha desempeñado diversos cargos de Dirección en su país, entre otros la Dirección de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo, la Dirección General del Ministerio de Salud, la Dirección de la Escuela de Salud Pública, y la Coordinación de la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional Constituyente de 1999. Fue Consultor de Políticas y Sistemas de Salud de la OPS en Washington, Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud con sede en Lima, Perú, y Consultor del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) de UNASUR. Es coordinador alterno de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES).

- Katherine Tobar, economista, máster en Gerencia en Proyectos, más de 12 años de experiencia en monitoreo y evaluación, especialmente en el sector salud. Ha elaborado sistemas de M&E en el área Andina y Centroamérica. Efectuado evaluaciones de proyectos en el área Andina y Centroamérica. Profesora de monitoreo y evaluación en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

# III. DESCRIPCION DE LA INTERVENCION EVALUADA

Grupo Focal en Puesto Salud Merced de Chupas – Perú

En el año 2001 se emite en Perú una norma sobre atención integral a la salud, basada en un modelo de atención integral de salud (MAIS), que con altibajos ha ido evolucionando hasta convertirse en el año 2011en el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad conocido como MAIS-BFC, que pasa a ser parte de las políticas nacionales de salud.

Sin embargo, existe una controversia en relación al papel del MAIS-BFC en el seno de la Reforma de Salud impulsada por el MINSA a partir del año 2013, ya que los directivos del Ministerio entrevistados la reconocen como uno de los pilares fundamentales de las políticas de salud. Pero la opinión de otros expertos consultados señalan que "*la reforma se ocupa básicamente del aparato prestador, de la medicina reparativa, y está dirigida a la atención a la enfermedad y no a la salud*", señalando críticamente que el MAIS-BFC "*se queda mucho en el discurso y poco en la práctica*", ya que se repite el hecho observado en otros países, del predominio de un modelo de atención centrado en la enfermedad, fragmentado, con predominio de programas verticales orientados a problemas específicos, o a grupos delimitados de población, de baja capacidad resolutiva, con escasa participación social, y con un enfoque epidemiológico muy tradicional dirigido al daño más que a la salud de la población.

La intervención de MMNP en el marco del proyecto multipaís consiste en contribuir a superar esas limitaciones apoyando el desarrollo del MAIS-BFC como política de salud, con un modelo de atención integral e incluyente, que incorpora los ejes transversales de enfoque de derecho, integralidad, interculturalidad, enfoque de género, y armonía con el medio ambiente, para actuar sobre los determinantes sociales de la salud y que además, incorpora la Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida.

Para el desarrollo del proyecto se implementó una experiencia piloto ubicada en la provincia de Churcampa del Departamento de Huancavelica, en los valles interandinos centrales del Perú, con pisos ecológicos que van desde los 2000 a los 4200 m.s.n.m, donde habitan un estimado de 44.900 personas, distribuidos en 11 distritos y unos 150 centros poblados, con cerca del 77% de la población rural dispersa, 70% en condiciones de extrema pobreza, siendo mayoritariamente población quechua hablante.

El proyecto se ha desarrollado con la Unidad Operativa de la Red de Salud Churcampa (UORSCH) que cuenta con dos micro redes, cinco centros de salud, 29 puestos de salud, y 222 trabajadores de salud. Cabe resaltar que la red de servicios de salud confronta serios problemas de accesibilidad geográfica, en el marco de una diversidad cultural que se convierte en determinante de importantes inequidades en salud.

Como elemento de gran importancia el desarrollo del Modelo parte de una nueva definición de la salud, que se asume como "*un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza. La enfermedad es el resultado de la interrupción en el equilibrio y armonía de esa relación*".

Así mismo, para su operativización se parte de un Plan de Implementación Escalonada (PIE) que planteaba llegar en tres años a la totalidad de los establecimientos de salud de la red. Una de las primeras acciones fue la conformación en la UORSCH de un Comité Técnico Impulsor del MAIS-BFC y el desarrollo de un Diplomado de Atención Integral de Salud con Enfoque de Familia y Comunidad, que se convierte a partir del segundo año en el Programa de Formación continua en Salud Individual, Familiar y Comunitaria extraído del PROFAM, dirigido a la formación del personal de salud, líderes, organizaciones de la comunidad y autoridades locales.

El desarrollo del MAIS-BFC en la UORSCH ha tenido los siguientes componentes:

- Educación Permanente en Salud
- Sectorización Concertada
- Codificación Familiar
- Censo Comunal
- Carpeta Familiar
- Sistema de Información de la Salud Familiar y Comunitaria (SISFAC)
- Polifuncionalidad
- Programa intra y extramural
- Plan de Atención Integral a la Familia (PAIFAM)
- Visión y Plan de Salud Familiar
- Participación Comunitaria
- Organización del Servicio de Salud con Pertinencia Intercultural
- Sala Situacional con Énfasis en Salud Familiar
- Atención Integral e Integrada
- Sistema de Referencia y Contra referencia
- Articulación de la Medicina Tradicional y Académica

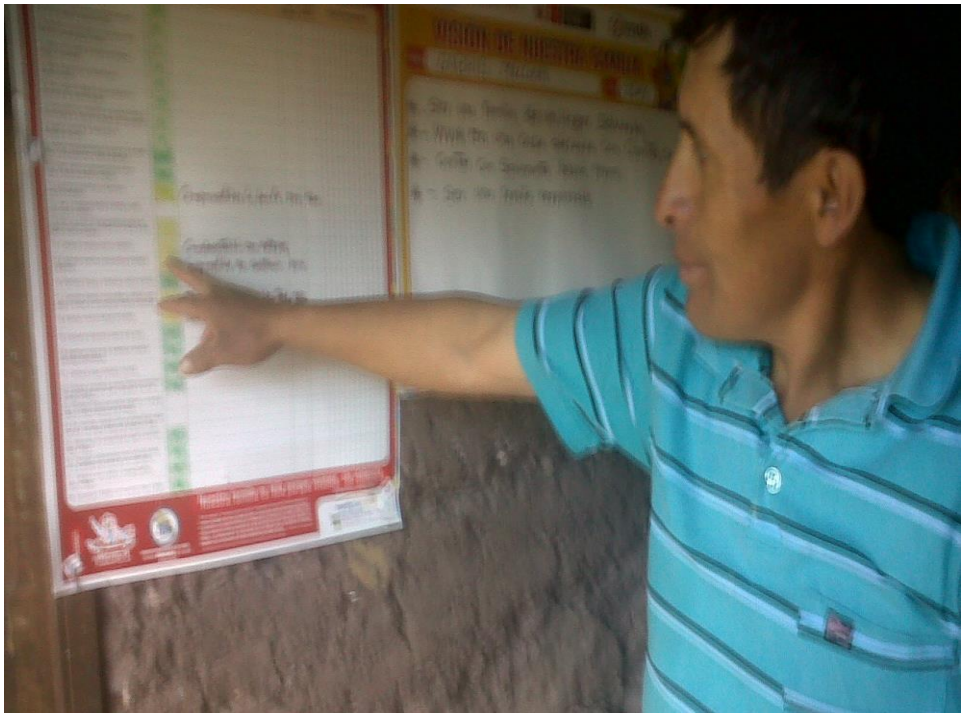
Una característica fundamental es que el diseño de estas estrategias y propuestas de intervención se ha dado con la participación de diversos actores sociales y políticos, particularmente la población rural y las mujeres, generando condiciones para el empoderamiento de sus derechos y la responsabilidad de sus obligaciones, superando una de las mayores debilidades previas: la escasa participación de actores claves del sector.

Otra característica central del proceso ha sido la Formación, como ya señalamos se asumió el modelo de Formación en Salud Familiar y Comunitaria PROFAM, trabajando en conjunto a la Dirección de Recursos Humanos del MINSA, y estableciendo un convenio con la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga en Ayacucho. El PROFAM iba dirigido a vencer las frecuentes resistencias a los cambios en los modelos de atención y gestión que pudiera tener el personal de salud. La implementación de cualquier modelo de atención y gestión pasa por implicar a los profesionales y académicos del sector en el diseño de los mismos y capacitarles para una eficaz y correcta implementación, en aras del cumplimiento efectivo del derecho a la salud que beneficie al conjunto de la población.

Por otro lado, el proyecto se ha nutrido de las experiencias de Guatemala y Bolivia, que han permitido sensibilizar a las autoridades y compartir criterios técnicos sobre las dificultades en el desarrollo del proyecto, y se ha promovido la interacción entre las autoridades de salud y los actores no estatales en los tres países para el intercambio en la definición e implementación de políticas, estrategias y normativas de atención en salud.

En resumen, la intervención como modelo de atención que asume a la salud como derecho de la población y promueve el fortalecimiento del sistema de salud partiendo del primer nivel de atención, y el desarrollo del modelo en los tres niveles de acción: Individuo, Familia y Comunidad, permite que se identifique y actúe sobre los determinantes sociales, económicos, culturales, geográficos y políticos de la salud y la enfermedad, garantizando la integralidad de la atención con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, que se articulan en forma complementaria.

# IV. RESULTADOS DE LA EVALUACION



*Visita familiar en Red Churcampa - Perú*

## RESULTADOS

Para el procesamiento y análisis de información se elaboró una Matriz de Análisis que vinculó los Criterios de Análisis, Preguntas Clave, Indicadores, Fuente de datos, unidad de análisis, e instrumento de recolección de datos. A partir de esa matriz y del conjunto de preguntas que guiaron esta evaluación, se obtuvieron los siguientes resultados.

## PERTINENCIA

### 1. ¿Cumple el Proyecto las prioridades determinadas por el Gobierno de Perú en materia de Salud?

El Proyecto cumple con las prioridades en salud determinada por el Gobierno de Perú, permitiendo la operativización del modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) en las áreas piloto del proyecto en la Red Churcampa.

Ese cumplimiento fue reconocido a todos los niveles, pero principalmente a nivel regional, en la red y los centros/puestos de salud; en estos niveles se destaca el aporte del proyecto en materializar el carácter integral e integrador del MAIS-BFC y su incidencia sobre los determinantes sociales de la salud.

Alguien dijo: "*El MAIS es 100% preventivo y promocional con énfasis en atención integral; con el proyecto que entra en 2011 ayuda enormemente en los procesos operativos y aborda los determinantes sociales*"

La DIRESA Huancavelica (Perú) menciona: "*Hay diferencias con las otras redes, en Churcampa se habla de la atención integral de salud, y hay más integración con las autoridades…..Si pudiese extender a las otras redes lo haría, es un interés regional el potenciar el primer nivel atención*"

Los mandos medios del Ministerio de Salud del Perú conocen y valora la importancia del proyecto para implementar el modelo MAIS-BFC, especialmente destacan la relación con la familia y la comunidad.

Es de hacer notar que paralelamente al desarrollo del modelo MAIS-BFC, el Ministerio de Salud viene impulsando una Reforma que tiene como objetivo la "cobertura universal de salud" con un paquete básico para las personas pobres y grupos prioritarios de 0 a 5 años, gestantes, escolares de inicial y primaria, y pequeños contribuyentes, a través de un proyecto de aseguramiento individual llamado Seguro Integral de Salud (SIS), de carácter asistencialista y dirigido a la atención a la enfermedad.

Sin embargo, el proyecto cumple y contribuye al desarrollo del modelo MAIS-BFC, siendo su enfoque más amplio que el propuesto a nivel central, donde se prioriza una atención de primer nivel solo a unos grupos, y por tanto, se debilita la institucionalidad pública.

### 2. ¿Responde el Proyecto a las prioridades y necesidades de la población beneficiaria? En qué grado?

El equipo técnico de la Red de Salud de Churcampa opina que las necesidades y demandas de salud de la población de las áreas del proyecto son atendidas por cuanto se ha reorganizado la prestación de servicios, ha mejorado el acceso y cobertura, aplicado la integralidad de la atención y se ha

incrementado la cantidad y calidad del personal en el primer nivel de atención, acercando los servicios de salud a las familias y comunidades mediante la aplicación de la estrategia familiar y comunitaria.

Uno de los responsables de Red indicó: *"En el 2010, el personal de salud se dedicaba a ver con enfoque individual, poco personal médico y enfermeras. Pero ahora el personal tiene que ver su sector, sus familias, vigilar y programar actividades extramurales"*…."La comunidad trabajaba sola sin enlace con salud, ahora ya está articulada"

El personal de salud entrevistado concuerda que su trabajo está dando respuesta a las necesidades de la población, para lo cual el proyecto ha acompañado y orientado en la implementación del censo y llenado de las fichas familiares, elaboración de croquis por comunidad, realización de diagnósticos participativos para conocer la realidad de la población, elaboración de planes de salud comunitarios, para esto último ha habido un gran esfuerzo en involucrar a las autoridades locales. Todo lo mencionado ha permitido a los equipos de los centros y puestos de salud comprender la respuesta de salud con carácter integral de la atención, con acciones de promoción, prevención y atención curativa y mejorar el desempeño en problemas de salud como EDAS, IRAS, desnutrición, parasitismo (principales causas de morbilidad en las áreas del proyecto).

Un personal de salud mencionó: "*Si bien el MAIS ya existía, solo se atendía individualmente, pero ahora hay atención familiar y se capacita para que vengan al puesto, se atiendan y haya menos riesgos de enfermarse…..el objetivo es que toda la población sea atendida*" "*Las personas han aumentado su afluencia*"

Los representantes de las comunidades reafirman que la atención de los centros y puestos de salud corresponden a sus necesidades. Indicaron que ha mejorado el trato del personal de salud y se respeta las prácticas sanitarias con los terapeutas tradicionales y parteras, articulando con el personal de salud. Sin embargo, existe en parte del personal de salud resistencia a aceptar esta integración.

En conclusión, las entrevistas realizadas con los diferentes actores, permite indicar que la implementación del proyecto ha permitido contribuir a satisfacer las necesidades de la población, a través de la asistencia técnica brindada a las áreas piloto relacionadas al levantamiento de censo, identificación y análisis de determinantes sociales de la salud, mejora de la fichas familiares y otros instrumentos que permiten al personal de salud fortalecer su conocimiento de la realidad de la población y responder con las estrategias y herramientas adecuadas.

**3. ¿La política pública del país (MAIS-BFC) en su aplicación en el primer nivel de atención se corresponde con las principales premisas de la APS renovada, y con atributos de la propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la OPS? ¿Ofrece el Modelo algún valor agregado a la APS en materia de garantía del derecho a la salud, pertinencia intercultural y equidad de género?**

La OMS ha venido promoviendo la Atención Primaria de Salud (APS) desde los años setenta y luego de la Conferencia Mundial de Alma Ata (1978) adopta ese enfoque como estrategia para conseguir la "Salud Para Todos", que se plantea como un gran objetivo mundial para el año 2000.

En el 2003 con ocasión de los 25 años de la reunión de Alma Ata y siendo evidente que no había sido posible conseguir la meta de "Salud para Todos", la OPS/OMS promovió un análisis y evaluación de la APS, para revisar las experiencias desarrolladas y hacer un balance que permitiera extraer lecciones

aprendidas en esos 25 años. Como resultado de ese proceso se elaboró una propuesta que hoy se conoce como APS renovada y que incorpora la propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud y Sistemas de Salud basados en la APS.

Esa mirada crítica a los primeros veinticinco años de la APS permitió renovar el concepto para responder mejor a las necesidades de salud de la población. Múltiples razones justificaron la renovación de la APS, entre ellas: la complejización de los perfiles epidemiológicos, la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias de enfoques de APS ampliamente divergentes, el desarrollo de conocimientos e instrumentos sobre prácticas a ser asimilados para incrementar su efectividad y el reconocimiento de que la APS es una herramienta para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades.

A partir de esa revisión de conceptos y componentes la OPS/OMS propone un conjunto de valores, principios y elementos esenciales para construir Sistemas de Salud basados en la APS, que se señalan en la tabla 1 y que se complementan y articulan perfectamente con los planteamientos del modelo integral e incluyente desarrollado por MMN en el marco del proyecto multipaís, y que se expresa en el Perú en la acción sinérgica MAIS-BFC y "PROYECTO".

**Tabla No.1**

**VALORES, PRINCIPIOS Y ELEMENTOS DE LA PROPUESTA DE APS RENOVADA (OPS/OMS) Y DE LA PROPUESTA DEL MODELO DE SALUD INTEGRAL E INCLUYENTE MAIS-BFC**

| | APS renovada OPS/OMS | Modelo Integral e Incluyente |
|---|---|---|
| **VALORES** | • Derecho al mayor nivel de salud posible<br>• Equidad<br>• Solidaridad | El modelo incorpora en su marco conceptual esos valores, y los convierte en guía de acción para el diseño de intervenciones. |
| **PRINCIPIOS** | • Dar respuesta a las necesidades de salud de la población<br>• Servicios orientados hacia la calidad<br>• Respuesta y rendición de cuentas del gobierno<br>• Justicia Social<br>• Sostenibilidad<br>• Participación<br>• Intersectorialidad | Incorpora y satisface plenamente esos principios. |
| **ELEMENTOS** | • Cobertura y acceso universales<br>• Primer contacto<br>• Atención integral, integrada y continua<br>• Orientación familiar y comunitaria<br>• Énfasis en la promoción y prevención<br>• Cuidados apropiados<br>• Mecanismos de participación activa<br>• Marco político, legal e institucional sólido<br>• Políticas y programas pre equidad<br>• Organización y gestión optimas<br>• Recursos Humanos adecuados | Como se podrá comprobar en esta evaluación, el modelo satisface con creces esos elementos.<br>Además enriquece el enfoque de la APS-R al incorporar el enfoque de género y la pertinencia intercultural. |

Elaboración: Evaluadores

La intervención de MMN, dirigida a fomentar la universalización del derecho a la salud, ha contribuido a operativizar un modelo de atención que combina los enfoques de la APS renovada, enriqueciéndolo con la incorporación de las categorías de género e interculturalidad, con un enfoque de ciclo vital que se expresa en los diversos espacios de la vida social: la familia, la comunidad y el propio individuo.

En conclusión, podemos señalar que la aplicación del modelo MAIS-BFC con el apoyo "del proyecto" se corresponde y satisface las principales premisas de la APS renovada, y los atributos de la propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la OPS. Como lo señala claramente un ex ministro de salud, la intervención de MMN incorpora un valor agregado de gran importancia en la garantía del derecho a la salud, al reconceptualizar la APS como "*cuidado integral a la salud para todos y por todos*" y al dar mayor fuerza a los conceptos de pertinencia intercultural y género, no claramente señalados en los principios de la APS Renovada de OPS.

## EFICIENCIA

**4. En la línea de los Recursos Humanos diseñados para la implementación del Modelo (MAIS BFC), ¿Es eficiente la distribución y gestión de los mismos?**

Para la planificación de recursos humanos en la Red de Salud de Churcampa se elabora un plan anual que contempla la cantidad de recursos humanos necesarios, este Plan es presentado y negociado con el Gobierno Regional para su financiamiento. A su vez el Gobierno Regional negocia con el Ministerio de Economía para la obtención de recursos fiscales/públicos necesarios.

En las áreas de la acción el personal de salud es completamente financiado por recursos fiscales. Dependiendo del nivel del establecimiento de salud se distribuyen los recursos humanos; pero existen al menos 2 personas por puesto: 1 técnica enfermería y 1 enfermera. La actual distribución permite cumplir con las actividades programáticas coordinadas entre la Red y proyecto (atención individual, familiar y comunitaria), señalando que aquellas actividades extramuros requieren más tiempo y capacidad de movilización.

En relación a la evaluación de desempeño del personal de salud, la responsabilidad es asumida por la Red de Salud Churcampa, y se realiza cada trimestre en base a los indicadores del SIS y otros priorizados, esta instancia establece las metas para cada año. En los establecimientos visitados el personal de salud no contaban con un informe de cumplimiento de todos los indicadores alcanzados ni de la retroalimentación recibida; sin embargo, mencionaron que existen reuniones trimestrales en la Red Churcampa para evaluar los resultados.

El personal de salud de los establecimientos visitados manifestó que el proyecto les ha permitido comprender el modelo de salud y la manera de hacerlo operativo, una enfermera señalo "*Antes el personal de salud solo atendía el daño y nada más, ahora atienden el entorno familia y comunidad*".

En conclusión, en las áreas del proyecto la gestión de los recursos humanos es adecuada, tanto de los responsables de la DIRESA y la Red, quienes se encargan de la capacitación, supervisión y evaluación de desempeño. En relación a este último punto, si bien se disponen de indicadores y metas en los establecimientos de salud, la capacidad de análisis debe ser fortalecida mediante una adecuada retroalimentación

## EFICACIA

**5. ¿La política MAIS-BFC consideran estrategias sanitarias que garantizan el derecho a la salud en base a criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad?**

La población de las comunidades visitadas tienen la percepción del derecho a la salud como la garantía a las consultas y servicios que se ofrecen en los establecimientos de salud, sin embargo, señalan la diferencia entre el derecho que tienen las personas afiliadas al Seguro Integral de Salud, contra las que no lo tienen y deben pagar por la consulta; también señalan que las acciones de promoción y prevención que se realizan en las comunidades se incluye a todos los habitantes.

La población de las áreas del proyecto valora que la atención es brindada en el idioma local respetando las apreciaciones que la población tiene sobre sus procesos de salud y enfermedad. Están satisfechos con los servicios que prestan el personal de salud, la confianza y consejería que se presta cuando asisten. La población reconoce que la atención puede ser brindada todos los días y durante las 24 horas.

En conclusión: la política MAIS-BFC en el área del Proyecto garantiza el derecho a la salud y a que por la situación socio-económica el 100% de la población está incluido en el SIS (seguro para población pobre) lo cual les asegura la atención de salud, la cual es considerada disponible, accesible, y de calidad. Sin embargo, a nivel general, es evidente la existencia de una contradicción entre una concepción de salud como derecho humano y social, y una práctica de cobro por la atención, que introduce un elemento de mercantilización evidente.

**6. ¿La implementación del MAIS-BFC en las zonas seleccionadas garantiza una cobertura universal gratuita en el primer nivel de atención?**

La población en los diferentes grupos focales indicó que para el caso de Churcampa la atención no tiene costo para las personas aseguradas al SIS e indicaron que en caso de personas no afiliadas que acuden al centro de salud se busca la forma de atenderlas sin costo. Esto expresa una adecuada comprensión por parte del personal de salud de lo que significa el derecho a la salud y de la necesidad de obviar os costos o tarifas por la atención.

En relación a medicamentos, la población manifestó que la mayoría de las veces se proporciona el tratamiento sin costo alguno a los asegurados, aunque en algunas oportunidades la población manifestó que no existen los medicamentos, por problemas de desabastecimiento. Esto último de acuerdo a la información del personal de salud será superado porque en los últimos meses les han dado la autorización para compra de medicamentos con dinero del SIS.

En relación a los servicios que prestan los equipos de salud a las familias y en la comunidad no tienen costo, pero se coordina con las autoridades locales para financiar insumos en actividades comunitarias de limpieza y mejoras de la comunidad. Ejemplo la junta de agua cobra un sol para cubrir el cloro. El personal de salud manifestó que algunos costos operativos que financiaba el proyecto no han sido cubiertos pero que actualmente cuentan con la autorización para financiar con recursos del SIS.

En conclusión: en las zonas del proyecto donde se aplica el MAIS-BFC se garantiza la cobertura universal y gratuita en el primer nivel de atención para toda la población, porque es población asegurada al SIS.

## 7. Valorar si la estrategia utilizada en la operativización del MAIS-BFC es la adecuada

De las entrevistas realizadas se desprende que una de las mayores contribuciones del proyecto es el apoyo a la operativización del MAIS-BFC. La estrategia utilizada por el proyecto a través de planes de implementación escalonada (progresiva) ha sido adecuada para avanzar en la operativización de los modelos, así como la incidencia realizada para contar con acuerdos con las autoridades de salud en los niveles regionales, provinciales y en las redes de salud.

En relación a la estrategia programática utilizada en su parte operativa e instrumental es definitivamente adecuada porque permite la concreción de la integralidad en la práctica cotidiana, al construir acciones operativas en las que se reflejan enfoques teóricos, tales como las perspectivas de género, pertinencia intercultural y medio ambiente, con estrategias de acción en sus diversas expresiones: promoción, educación, prevención o curación.

La estrategia/programa individual ha sido fortalecida con el apoyo de la asistencia técnica del proyecto y el trabajo coordinado con la Red de salud.

El programa familiar y comunitario ha tenido una significativa implementación por la existencia de la Estrategia familiar y comunitaria dirigida desde nivel central del Ministerio de Salud y sus contrapartes en la DIRESA Huancavelica y Red Churcampa, lo cual fue comprobado en las visitas.

En cambio, la operativización de la perspectiva de pertinencia intercultural es menos evidente, el trabajo con los médicos tradicionales y su coordinación con el personal de salud no es significativo aún.

En relación a la perspectiva de género se encuentra cierta debilidad, ya que muchas veces se reduce a los problemas de violencia doméstica y salud sexual y reproductiva, que si bien son temas importantes de abordar, no son los únicos componentes de esa perspectiva.

En cuanto a los ciclos de vida, el avance es significativo, en las áreas del proyecto la atención es por paquetes que cubren todo el ciclo de vida y cuentan con instrumentos para cada ciclo.

El personal de salud entrevistado indicó: "*el MAIS era desorganizado pero ahora se trabaja mejor y se dedica los días sábados para ir a la comunidad y hacer atención según riesgo*". En la red de Churcampa se recalcó: "*si vamos a un establecimiento ya no se gestiona por historia clínica sino por ficha familiar*"

En conclusión la estrategia utilizada en la operativización del MAIS-BFC es adecuada pero la perspectiva de pertinencia intercultural, género y medio ambiente deben fortalecerse.

## 8. En relación con la situación anterior, ¿Se han logrado avances con la actual política para generar servicios de salud, equitativos, eficientes e integrales?

Es evidente que en las zonas piloto intervenidas hay logros significativos que permiten avanzar hacia servicios de salud más equitativos, eficientes e integrales. Los puestos y centros de salud visitados están muy bien organizados y dotados, con un personal que muestra mucha mística y vocación de servicio.

El personal entrevistado opina que los servicios de salud son equitativos porque permiten que todos los habitantes independientemente de su ciclo de vida tengan acceso a servicios de salud integrales tanto en el puesto de salud como a partir de las visitas familiares y el programa comunitario. Dicen: "*se atiende a todos, ya se dejó de atender solo según horario y solamente en el puesto de salud*".

Sin embargo, la dinámica del sistema público hace que los únicos servicios gratuitos son los cubiertos por el SIS, el resto de la población debe pagar. Esa existencia de cobro es un obstáculo contra la universalidad y la equidad.

Como aspecto relevante hay que señalar que existe consciencia de esa situación y el personal de salud muchas veces omite los cobros para garantizar la atención a toda la población, lo cual además ha sido reforzado por la presencia del proyecto.

Todas las entrevistas realizadas a nivel local muestran una opinión favorable al modelo, señalando que responde a las expectativas técnicas y que satisface las necesidades y exigencias del nivel local.

En conclusión el modelo ha contribuido significativamente en las zonas de intervención a que los servicios de salud sean más equitativos, eficientes e integrales.

## 9. ¿La estrategia operativa garantiza la integralidad e integración de los servicios de salud?

Los entrevistados, tanto del personal de salud como de la comunidad, opinan que los servicios que presta el modelo son integrales, porque atienden a todas las personas, en todos los ciclos de la vida, respetando la cultura y el idioma local y tanto en los puestos y centros de salud comoen la comunidad, donde se desarrollan actividades de promoción, prevención y atención individual.

Los gerentes de salud opinan que los servicios que se prestan en las zonas piloto mejoran sustancialmente la producción de servicios establecidos en los planes y programas nacionales y permite resolver en el nivel local la mayor parte de morbilidad disminuyendo el gasto que genera el traslado de pacientes a otros niveles de atención.

En conclusión, el modelo es integral porque combina acciones de promoción, prevención y atención, para todos los ciclos de vida, hombres y mujeres, incluyendo intercambios educacionales tanto en el servicio como en las visitas familiares, incorporando las creencias y prácticas populares.

## 10. ¿La política desarrollada tiene coherencia interna entre sus aspectos teóricos, operativos e instrumentales? Si se detectan incoherencias y falta de cohesión entre las mismas, ¿Cuáles serían las medidas correctivas que podrían tomarse?

El MAIS-BFC muestra consistencia en sus aspectos teórico conceptual y han logrado un nivel de implementación con programas y acciones operativas que se articulan entre sí garantizando dicha coherencia.

Sin embargo se detectó en el personal de salud un limitado acercamiento a los médicos tradicionales, incluso en los grupos focales cuando se preguntaban si se atendían con médicos tradicionales había temor en las respuestas. En un centro de salud observamos en uno de los murales que la presencia del "curandero" era considerado como una "amenaza". La pertinencia intercultural y su alcance deben ser analizados en el contexto social del área del proyecto y recapacitar al personal de salud.

Adicionalmente existen costos menores que eran financiados por el proyecto para realizar acciones en las comunidades, como una forma de estímulo no monetario (ej: refrigerios) que una vez que el proyecto finalizó se dejaron de brindar. Se sugiere analizar e identificar incentivos similares, en caso se decida incorporarlos, incluirlos en el presupuesto del centro de salud.

## 11. ¿Cuál es la relación del trabajo y la complementariedad de MMN en materia de la implementación de la política pública del país (SAFCI y MAIS BFC) con los organismos regionales de cooperación en salud y otras entidades de la sociedad civil?

En general, las entrevistas con los donantes muestran conocimiento y felicitan los resultados alcanzados en las áreas del proyecto. En el caso del ORAS CONHU la relación se da por el tema de salud intercultural que dicha entidad contempla en el Plan Andino.

OPS Perú mencionó que MMN Perú ha dado un fuerte apoyo al MINSA y valora su incidencia en la implementación del MAIS-BFC, "*He tenido la suerte de conocer el modelo de Churcampa, es un cambio abismal y muestra un gran avance*"

En el caso de ALAMES y Forosalud existe un importante reconocimiento del trabajo realizado por MMNP y al liderazgo de sus impulsores, sin embargo, existe una perspectiva crítica en relación a la reforma de salud impulsada por el MINSA, y señalan que el MAIS-BFC se queda mucho en teoría ya que no es parte prioritaria de dicha reforma. Esa opinión es compartida por uno de los ex ministros entrevistados.

En conclusión, la cooperación internacional tiene conocimiento del aporte del proyecto a la implementación del modelo en las áreas priorizadas, hay un convencimiento que el MAIS-BFC debería extenderse al resto del país de forma más acelerada y recomiendan continuar con la incidencia a las alta autoridades de los Ministerios de Salud y niveles regionales.

## 12. Cuál es el grado de avance de las fases de implementación?

**Vigilancia socio cultural de la salud y sistema de información:** En las áreas del proyecto se ha realizado el 100% de diagnósticos comunitarios lo cual ha permitido al personal de salud comprender las necesidades sociales de la población, analizar la data obtenida y definir su respuesta frente a estos contextos. El proyecto ha contribuido con la implementación del Sistema de Información de Salud Familiar y Comunitaria SISFAC que permite a los establecimientos del área del priorizada tener información oportuna para tomar decisiones sanitarias de familias y comunidades. El sistema emite alertas cuando una familia ingresa en una situación de riesgo, automatiza los planes integrales de salud familiar – PAIFAM y las visitas de salud familiar integral. El personal está capacitado en las áreas de proyecto para uso del sistema, lo usa y conoce sus beneficios; sin embargo, se notaron debilidades en la actualización y análisis de la data obtenida.

Durante las visitas a los establecimientos de salud se constató que tienen una serie de formatos exigidos para diferentes usuarios, su llenado resulta un trabajo excesivo para el personal de salud.

**Capacitación del personal de salud:** El proyecto realizó en convenio con la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga la primera diplomatura descentralizada en salud familiar y comunitaria (PROFAM), la cual fortaleció las competencias de los equipos de salud del primer nivel de atención. Participaron 26 trabajadores de salud, 22 de establecimientos de salud y 4 de la UORSCH.

En base a la experiencia del PROFAM, el equipo técnico de la UORSCH y el proyecto diseñaron una malla curricular más ajustada a la operativización del MAIS-BFC con cinco módulos: Introducción a la salud individual, familiar y comunitaria; módulo Salud familiar; módulo Gestión y organización; módulo salud individual integral e integrada; y el módulo de salud comunitaria. Dicha capacitación fue respaldada por Resolución del MINSA. En las entrevistas realizadas al personal de salud que participó en esta capacitación mencionan su satisfacción porque les ha permitido materializar lo aprendido sobre el modelo MAIS-BFC en su trabajo diario.

En total se han capacitado entre el 2013 y 2014 un total de 236 profesionales y técnicos de salud; lo cual representa un aporte importante del proyecto. Sin embargo existe una alta rotación de personal que conlleva volver a capacitar al personal nuevo, aunque se espera que el recurso humano movilizado a otra zona multiplique lo aprendido.

**Utilización de la carpeta familiar:** En las áreas piloto se ha completado el 100% de llenado de las carpetas familiares, lo cual es reconocido por el personal de salud como su instrumento para conocer el nivel de salud y sus determinantes en la población. Las carpetas familiares incluyen las historias clínicas individuales de cada miembro de la familia, la Ficha familiar y el Plan de Atención Integral a la Familia (PAIFAM). Durante las visitas familiares se pudo constatar la aplicación y uso del PAIFAM por parte del personal de salud y el conocimiento del Plan de salud familiar por los jefes de hogar.

**Censo poblacional:** En las áreas del proyecto se ha realizado el 100% del censo poblacional que incluye: datos generales, riesgos, problemas y determinantes sociales de salud de cada familia; al momento de la evaluación el personal de los puestos visitados aún no contaban con los indicadores consolidados del censo para análisis de línea de base.

**Croquis poblacional y numeración de viviendas:** Se ha efectuado el 100% de croquis que se evidencian en los establecimientos de salud, así como la numeración de viviendas.

**Comprensión dinámica y multidimensional del proceso salud enfermedad**: se constató durante las entrevistas con el personal médico y técnicos de DIRESA, Red Churcampa y personal de salud el cambio en su comprensión de salud-enfermedad, (esto fue reconocido en muchas entrevistas). El modelo les permite hacer el análisis de salud de la población a partir del análisis de los determinantes sociales, de los ciclos o continuos de vida y responder adecuadamente mediante las tácticas operativas de los programas individual, familiar y comunitario.

**Trabajo con Agentes de salud, terapeutas tradicionales, organizaciones de salud en la comunidad:** En las áreas del proyecto se evidenció participación y conocimiento de los agentes comunitarios de salud que formaron parte de los grupos focales, y especialmente su involucramiento con las actividades comunitarias que coordinan con el personal de salud.

En relación a los terapeutas tradicionales su participación fue muy limitada. Como ya se ha mencionado anteriormente, ese trabajo debe ser fortalecido de acuerdo al contexto de las áreas del proyecto

El trabajo para impulsar y conformar la participación de las organizaciones de salud en la comunidad es ampliamente reconocido y comprendido por el personal de salud y técnico de las áreas del proyecto. El proyecto ha promovido la participación de los integrantes del Consejo de Desarrollo Comunal CONDECO en las actividades de salud que se programan en las comunidades.

**Interacción con medio ambiente y comunidad**: en las áreas del proyecto se muestra el esfuerzo realizado por el personal de salud mediante actividades de mejora del medio ambiente con la participación de las comunidades. Dicho trabajo es una respuesta a los diagnósticos realizados, conocimiento de la problemática de las comunidades y soluciones dadas por la comunidad.

La intervención de MMNP ha permitido potenciar el MAIS-BFC al implementar la carpeta familiar como instrumento operativo que permite el seguimiento del riesgo individual, familiar y comunitario, ha desarrollado indicadores y adecúa la política nacional los manuales de organización y funciones, el seguimiento familiar, el desarrollo de un sistema informático, los instrumentos de supervisión y monitoreo, y el levantamiento de la línea de base para medir el impacto de los indicadores del Modelo Incluyente y la ampliación del área de intervención para consolidar la institucionalización de la propuesta.

En conclusión, las fases y procesos establecidos para la operativización del modelo MAIS-BFC en las áreas del proyecto han alcanzado un desarrollo significativo acordes al tiempo de duración del proyecto. Solo se nota una débil comprensión de la importancia de algunas de las características de la pertinencia intercultural, género y medio ambiente que deben profundizarse. En particular, fue evidente la escasa y a veces conflictiva relación del personal de salud con los terapeutas tradicionales de las comunidades.

## IMPACTO

**13. ¿El trabajo que están desarrollando los socios locales indicados en la Acción está contribuyendo a alcanzar el objetivo global propuesto?**

Definitivamente el trabajo realizado por Medicus Mundi Navarra con su representación en Perú y Salud sin Límites han logrado contribuir significativamente a la transformación del Sistema de Salud del Perú en sus áreas de acción mediante la operativización del MAIS-BFC. Ello es reconocido por los diferentes actores en los diferentes niveles: central, regional, redes, municipios y centros de salud.

Ese trabajo fue reconocido en el proceso de evaluación en los lugares visitados. Se destaca la asistencia técnica a las diferentes instancias para comprender el modelo y la forma como materializarlo, principalmente a través del apoyo en la mejora, diseño e implementación de instrumentos de las estrategias individual, familiar y comunitario.

Así mismo ha sido importante la formación permanente al personal de salud, no solo se ha ofrecido el programa presencial de capacitación sino se ha realizado por parte de los equipos de socios locales, capacitaciones in situ en cada visita que realizan a las áreas del proyecto.

El esfuerzo realizado se hace evidente en las siguientes declaraciones en las diferentes instancias:

Ministerio Central Perú en relación a MMN Perú: "*Han hecho trabajo a nivel central del Gobierno, del Ministerio de Salud, se ha sensibilizado a nivel del Congreso de la República presentando el modelo……Hay incidencia en todas las direcciones necesarias para visibilizar la estrategia familiar…..han apoyado al fortalecimiento de los recursos humanos*"

En la RED Churcampa Perú indicaron: "*Sobre MMNPerú su apoyo ha sido enorme….el personal de MMNP va a los sitios y hace asistencia técnica, para el personal de la Red es una limitante viajar…..la coordinación es estrecha*"

El personal de salud de la Red Churcampa coincide en manifestar que la capacitación "*fue interesante desde primer módulo, fue más direccionado a identificar los riesgos en la salud….ahora le dan más importancia al CODECO y saben la importancia de su apoyo para hacer las gestiones en la comunidad…..aprendieron a involucrarse en los problemas comunitarios y como apoyar*"

En conclusión, el trabajo realizado por los socios locales ha contribuido al fortalecimiento del primer nivel de atención del Sistema de Salud del Perú mediante la operativización del MAIS-BFC. Pero el trabajo aún no está finalizado, requiere acompañamiento técnico y operativo para garantizar que el modelo logre alcanzar su madurez, ganar sustentabilidad y sea percibido como modelo nacional a desarrollar en el marco de las políticas de salud y no solamente como una estrategia operativa.

## 14. ¿Se están realizando actividades para lograr un impacto positivo en el derecho y nivel de salud de la población beneficiaria en base a las metas sanitarias del MINSA y las necesidades identificadas por la población?

La estrategia acertada del proyecto ha sido el trabajo coordinado con los niveles central, regional y redes en el marco del MAIS-BFC. Por tanto, las actividades realizadas por el proyecto fueron encaminadas al cumplimiento de las metas sanitarias del país y de las necesidades de la población del área del proyecto.

Las actividades implementadas durante el proyecto en las áreas piloto fueron encaminadas hacia el logro de impactos positivos en el derecho y nivel de salud de la población objetivo.

Las principales actividades por área temática que fueron evidencias durante la evaluación son:

**Atención de salud:**

- Asesoría técnica para la incorporación del uso de historias y/o carpetas familiares
- Asesoría técnica para la aplicación de hojas guía de integralidad en la consulta a demanda en el puesto de salud, de acuerdo a etapas de vida
- Asesoría técnica para desarrollar la sectorización, censo, diagnóstico y plan de intervención familiar y comunal.
- Apoyar la adecuación intercultural básicamente en la adecuación del parto
- Elaboración de propuesta para la vigilancia de enfermedades socioculturales.
- Generación de huertos de plantas tradicionales en establecimientos de salud.

**Gestión de salud:**

- Implementar un sistema de información funcional a los paquetes de atención por etapas de vida y tipo de familia en el marco MAIS-BFC
- Diseño de instrumentos de registro, reportes e instructivos del sistema de información (si bien el proyecto ha apoyado en el diseño está pendiente la racionalización de los formatos, son demasiados y desgastan al personal de salud)
- Capacitación a personal del sector a nivel local, regional y nacional en el sistema de información

**Participación ciudadana**

- Identificación de organizaciones de la sociedad civil
- Fortalecimiento de capacidades en atención integral y salud familiar
- Fortalecimiento de Consejos o autoridades de las comunidades de los establecimientos de salud
- Elaboración de planes de vida comunitario y familiar con énfasis en salud
- Asesoría y acompañamiento a representantes de la sociedad civil en temáticas de salud en los espacios municipales de decisión política y presupuestal.

**Liderazgo de gobiernos locales**

- Capacitación a autoridades de los gobiernos locales sobre salud integral, familiar, comunitaria e intercultural y su vinculación con la gestión municipal del desarrollo.
- Fortalecimiento de los procesos de presupuesto participativo para la incorporación de los perfiles de proyecto en salud gracias a la participación activa de la sociedad civil organizada

En la evaluación se destaca lo manifestado por la alta autoridad de DIRESA Huancavelica: *"el fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos con apoyo del proyecto sirven de modelo para réplica en otros establecimientos"*

En la Red de Churcampa manifestaron: *"tenemos disminución en desnutrición crónica en 7 puntos de 51% a 46%, si bien ha bajado no son alentadoras, la meta es al 10%, pero con el modelo lo lograremos …en mortalidad materna ya tenemos 3 años consecutivos en cero"*

En la comunidad se pudo evidenciar el trabajo realizado por el personal de salud con el apoyo del proyecto, cuando representantes manifestaron: *"El personal de salud ha visitado casa y han llenado las carpetas con nuestra información*". Además en los talleres con la población se ratificó que participaron en la elaboración de los planes de salud comunitaria, indicaron que *"hay cosas que se han hecho y otras no"*

En conclusión se evidenciaron actividades realizadas como parte del proyecto que sin duda contribuyen a alcanzar impactos positivos en el derecho y nivel de salud de la población objetivo. Las coberturas de atención en los centros piloto han crecido aceleradamente incidiendo positivamente en mayor prevención de enfermedades y en los resultados en morbilidad y mortalidad. Si bien la ampliación de la red de servicios ha mejorado algunos indicadores de salud el esfuerzo resulta todavía insuficiente para controlar las principales causas de enfermedad y muerte. Sin embargo se nos señaló una importante disminución de las muertes maternas, a partir de las experiencias de parto intercultural y casas de apoyo.

## VIABILIDAD

**15. ¿Es la propuesta implementada por la Acción, una alternativa viable, técnica y financieramente, para el desarrollo del sistema de salud en el primer nivel de atención en Perú?**

La DIRESA Huancavelica y el personal de la UORSCH coinciden que el modelo y su operativización es viable técnica y financieramente para el primer nivel de atención porque el presupuesto requerido proviene de recursos fiscales.

Un técnico de red Churcampa manifestó que*: "en los municipios donde se trabajó con el proyecto ya está el personal pagado por la DIRESA, pero reconoce que faltan para movilización a las comunidades"*.

Los equipos de salud de los establecimientos opinan que los respectivos modelos de salud son viables técnica y financieramente para el primer nivel de atención, "*lo están desarrollando y ha permitido mejor el acceso de la población, a familias y comunidades*".

Del análisis realizado podemos señalar que el MAIS-BFC es completamente viable desde el punto de vista técnico y financiero; el modelo aporta elementos de gran valor agregado, explicamos a continuación:

- Desde el punto de vista conceptual: el modelo de atención responde a una renovación del concepto de salud, rompiendo con la tradicional perspectiva de un modelo médico individual y biologicista, centrado en la enfermedad y no en la salud de la población y es capaz de combinar y llevar a la práctica enfoques teóricos básicos para la construcción real y concreta de la integralidad: los enfoques de Derecho, Determinación Social, Género, Pertinencia Intercultural y Reproducción Social. La renovada perspectiva teórica se expresa en todos los espacios de la vida social: el individual, el familiar y el comunitarios, dando lugar a los tres programas que integran los modelos: de atención individual, atención familiar y de atención a la comunidad. Atienden integralmente a todos los ciclos de vida, desde su inicio con el embarazo y el nacimiento hasta su fin pasando por todas las edades de la vida.

- Desde el punto de vista práctico: el MAIS-BFC está diseñado de forma que permite su implementación. En las áreas del proyecto se ha logrado construir y desarrollar una propuesta que horizontaliza los tradicionales programas verticales de los Ministerios de Salud, que diseña estrategias de intervención y tácticas operativas y las acompaña con un proceso de formación y sensibilización de personal, que es dotado a su vez, de normas y manuales de procedimientos que permiten en forma fácil y sencilla aplicar el modelo.

- El MAIS-BFC tiene un doble aporte: uno de tipo político conceptual al permitir la renovación de la atención primaria en el marco de un modelo de atención integral que busca transformar el sistema de salud y el segundo, de tipo práctico donde pueden mostrar experiencias de formación de personal, de manuales operativos, de protocolos de acción y de atención, y de territorios donde el sueño de salud para todos se convierte en realidad concreta. El modelo ha sido diseñado con base a prioridades nacionales de salud, las normas de atención y los protocolos del Ministerio de Salud.

- Para el financiamiento del MAIS-BFC se dispone de dos fuentes de financiamiento: Presupuesto por Resultados y Sistema Integral de Salud, lo cual aporta a la viabilidad financiera del modelo

- En el cuadro siguiente se ha estimado la inversión y costos de mantenimiento anual para implementar el MAIS-BFC en una Red (34 establecimientos). Si bien el financiamiento del presupuesto por resultados y del SIS cubrirían el 84%, la diferencia requiere movilizar recursos de diferentes fuentes para cubrir especialmente lo relacionado a capacitación del personal de salud, aplicación de censo, aplicación de planes familiares, asesoría técnica para implementar las estrategias individual, familiar y comunitaria, costos operativos, acciones in situ de las comunidades.

| COSTOS E INVERSIONES PARA IMPLEMENTAR MAIS-BFC EN UNA RED (estimado) | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rubro | TOTAL COSTOS | Recursos Humanos | gestión administrativa | aplicación instrumentos (LB, Sisinfor) | supervisión | medicamentos | capacitación | Mantenimiento Red | acciones comunitarias | Mantenimiento EESS |
| Presupuesto por Resultados RO | 3.602.591 | 3.164.391 | 438.200 | | | | | | | |
| SIS Seguro integral de Salud | 2.968.791 | | 89.064 | | | 296.879 | | 1.989.090 | | 593.758 |
| DIRESA Huancavelica (1) | 47.712 | | | | 47.712 | | | | | |
| MMN + UE (2) (promedio anual) | 1.226.184 | | 500.804 | 174.752 | 97.219 | | 453.410 | | | |
| EESS para realizar actividades de MAIS | 10.800 | | | | | | | | | 10.800 |
| Comunidad para realizar actividades de MAIS | 1.120 | | | | | | | | 1.120 | |
| **Costo e Inversión estimada para implementar MAIS en 1 RED en soles** | **7.857.198** | **3.164.391** | **1.028.068** | **174.752** | **144.931** | **296.879** | **453.410** | **1.989.090** | **1.120** | **604.558** |
| **Costo e Inversión estimada para implementar MAIS en 1 RED en dólares** | **2.806.142** | 1.130.140 | 367.167 | 62.411 | 51.761 | 106.028 | 161.932 | 710.389 | 400 | 215.914 |
| **% de financiamiento** | **100%** | **40%** | **13,1%** | **2,2%** | **1,8%** | **3,8%** | **5,8%** | **25,3%** | **0,0%** | **7,7%** |
| (1) estimado de un equipo de supervisión<br>(2) Estimado uso de fondos proyectos para operativizar modelo | | | | | | | | | | |

A nivel de Red de salud el per cápita estimado es de 205 soles (US 73) para operativizar el MAIS BFC se dispone aproximadamente de 173 (US$ 62), por tanto, la brecha sería de 32 soles (US$ 12).Es importante indicar que en estudio de "Estimación inicial de la unidad per cápita del primer nivel de atención Perú, elaborado por MINSA y OPS en 2011-2012 "el cálculo de per cápita fue de 184,12 soles (US$ 65,7).

| población asegurada y pér capita | Inversión y Costo Anual Total | Inversión y Costo Anual sin Fuentes externas | Brecha para MAIS BFC |
|---|---|---|---|
| POBLACION ASEGURADA A SIS | 38.294,0 | 38.294,0 | |
| PC en soles | 205,2 | 173 | 32 |
| PC en dólares | 73,3 | 62 | 12 |

En conclusión la propuesta de operativización del MAIS-BFC implementada por el proyecto en las áreas piloto es viable técnicamente. Desde el punto de vista financiero se requiere para la operativización del MAIS-BFC un financiamiento adicional, al menos del 10% del presupuesto (a nivel de Red), para efectuar completamente las estrategias individual, familiar y comunitaria del MAIS-BFC.

**16. ¿Cuáles son las dificultades por las que las autoridades nacionales, regionales o locales desarrollen la política nacional para todo el país?**

Las principales dificultades para desarrollar el MAIS-BFC en todo el territorio se resumen en:

- Nivel de competencias de los recursos humano y el financiamiento para fortalecer sus capacidades en la operativización del modelo. El personal de salud coincide que en la Universidad no ha habido apertura para que modifiquen su pregrado. "*Persistencia del modelo individual, con programas verticales*" y "*rechazo de una parte del mismo personal de salud de cambiar su forma de trabajo, cambio de aptitud*"
- Alta rotación personal tanto de directivos como del personal de salud
- Financiamiento para realizar las acciones operativas, especialmente los rubros para visitas a las familias y las comunidades (incluye medios para que el personal de salud se transporte) y disponibilidad de equipos y software). En Churcampa se ha manifestado que estos valores pueden ser cubiertos con el SIS, lo cual debe ser socializado a los establecimientos de salud.
- Dificultades de acceso y distancias largas, no hay servicio público.

A lo indicado se suma la coyuntura del MINSA sobre la Reforma del Sector Salud que propone ampliar la cobertura, a través afiliar al SIS a las personas pobres de zonas alejadas, priorizar a los grupos de 0 a 5 años y gestantes, escolares inicial-primaria, y afiliar a pequeños contribuyentes sin seguro de salud.

En conclusión, la pregunta de evaluación tiene dos respuestas. La primera es que a pesar que está vigente el MAIS-BFC, los cambios de las máximas autoridades a nivel central no le ha dado continuidad y la fuerza que merezca, ratificando los dramas de las políticas públicas en toda la Región latinoamericana, de alta volatilidad y su impregnación por la diatriba política cotidiana. La segunda respuesta, es que a nivel de las autoridades regionales y en la Red donde se ha implementado la operativización del modelo existe el apoyo político para expandir al resto de sus áreas de competencia pero deben inyectar recursos para fortalecimiento de los recursos humanos y acciones que implica la operativización de los modelos.

**17. A nivel de Recursos Humanos ¿Los profesionales sanitarios de los establecimientos de salud que han desarrollado la Acción están capacitados para asegurar la aplicación de la propuesta una vez finalizado el periodo de ejecución?**

Una de las claves del éxito en la implementación del MAIS-BFC es el entrenamiento al personal técnico y profesional a través de diplomados, talleres, cursos y formación continua para personal de salud.

Las entrevistas al personal de las redes de salud y al personal de los establecimientos de salud demuestran que conocen e implementan sus funciones de manera eficiente. Realizan programación y seguimiento semanal y mensual de sus actividades, con revisión de indicadores de productividad y de gestión de los modelos.

El personal de salud de los establecimientos visitados mostró alta calidad, compromiso con los modelos y mística en su trabajo.

Por otro lado, es importante indicar que existen riesgos que podrían atentar con los modelos en relación a los recursos humanos, tales como: i) la alta rotación del personal debido principalmente a las dificultades de acceso a los establecimientos de salud (distantes a su lugar de origen), adecuación a las temperaturas y los médicos que hacen su práctica anualmente no se quedan sino regresan a su lugar de origen; ii) limitada asignación de ítems o partidas en las redes para personal de salud y iii) la sostenibilidad del programa de capacitación al personal de salud nuevo y reforzamiento-seguimiento al personal ya capacitado

La referente de una Universidad que participó en las capacitaciones mencionó ante la pregunta de evaluación que "*Si están capacitados pero hay que seguir capacitando*"

En conclusión los profesionales sanitarios de los establecimientos están capacitados para asegurar la aplicación del MAIS-BFC, pero existen riesgos como la frecuente rotación de personal que atenta a este logro del proyecto.

## APROPIACION

**18. ¿Cuáles son los grados de apropiación de los involucrados en el proceso de implementación del Modelo? Definir individualmente la apropiación a todos los niveles: personal de salud, líderes/as comunitarios, equipos de apoyo, autoridades municipales, técnicos departamentales/regionales y autoridades/técnicos nacionales de salud.**

A nivel regional y departamental las autoridades de salud concuerdan y manifestaron su voluntad de expandir la implementación del MAIS-BFC en sus áreas de competencia. Reconocen al modelo como la solución para lograr disminución en la mortalidad infantil y materna, facilitar el acceso a otros grupos de población y contar con las estrategias para acercarse y hacer participar a las comunidades en la prevención de salud.

Autoridad de Huancavelica indica: "*Desea que se incorporé en todo la región por lo que está buscando financiamiento*"

A nivel de las Redes de salud enfatizaron su compromiso con la implementación del modelo porque los indicadores de producción han mejorado significativamente en las áreas del proyecto, ha mejorado el acceso y atención en las comunidades y la atención se brinda en el idioma local.

El responsable de Red de Churcampa indica: "*Están completamente apropiados y motivados*"

El personal de los establecimientos de salud indica que ha sido una oportunidad tener herramientas para implementar el modelo MAIS-BFC en las áreas del proyecto en Perú y manifiestan que el modelo permite mejorar la atención a la población y dar respuesta a sus necesidades.

En los centros de salud de Red Churcampa se indicó: "*Consideran que se implemente en todo Perú para que la responsabilidad no solo sea del médico sino de las familias y comunidades*". "*Están comprometidos con el modelo pero les falta hacer más trabajo, solo han avanzado en un sector y valoración de riesgo en el sector centro*"

En los grupos focales realizados el consenso fue que la atención ha mejorado en los establecimientos de salud (área del proyecto), tienen atención las 24 horas, hay personal de salud que habla el idioma local. Representantes de la comunidad de los centros visitados señalaron: "*las actividades de salud en la comunidad han mejorado……asisten al centro de salud porque ahora les ven de mejor manera*". Otra evidencia de la participación de la comunidad se manifestó cuando un delegado dijo: "*En otro puesto de salud no les gustaba como les atendían por eso querían un puesto, lo cual lo solicitaron a la Red de Churcampa y esta les puso el puesto en el 2011….*"

En conclusión los grados de apropiación de los diferentes actores involucrados en la implementación del MAIS BFC es más alta en los niveles locales, municipales, redes y regionales; quienes son realmente los ejecutores; mientras que a nivel central el grado de apropiación es menor por la coyuntura de Reforma de salud en Perú.

**19. ¿Cuáles son los grados de participación de las principales instituciones en la operativización de la propuesta, y qué papel ha jugado MMN en la transmisión de capacidades a estas instituciones?**

Las principales instituciones para la operativización del MAIS-BFC son el Ministerio de Salud a nivel central, DIRESA Huancavelica, Red de Salud Churcampa y Consejo de Desarrollo Comunal CODECO.

El grado de compromiso y de participación de las instituciones a nivel regional, redes, municipios donde se ha implementado el proyecto es significativo; lo cual ha permitido facilitar la implementación del modelo MAIS-BFC. En el caso de Perú se cuenta con la Coordinación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar y Comunitaria con alto grado de compromiso y participación.

Los directivos a nivel regional han participado en la definición de las estrategias de operativización de los modelos y su respectiva capacitación a los niveles inferiores, revisan y aprueban las programaciones, hacen seguimiento dela implementación de las actividades, realizan la elaboración de formatos e instrumentos operativos. En dichas actividades se reconoce la colaboración técnica del equipo del proyecto a través del trabajo de los socios MMN Perú y SSL.

A nivel de las Redes/microredes y responsables municipales de salud participan en la programación detallada de las actividades para la operativización de los modelos en ambos países y, en el seguimiento de las actividades e indicadores de productividad de los establecimientos piloto. De igual manera en dichos niveles se reconoce la estrecha relación y asistencia del equipo del proyecto.

A nivel de las autoridades locales, el proyecto ha apoyado a su inclusión en las actividades de promoción y prevención de salud. Dichas autoridades participan en la planificación y seguimiento de las acciones de salud que suceden en la comunidad junto al personal de salud y son los responsables de informar a la comunidad sobre la administración de los establecimientos de salud.

En conclusión, el diseño del MAIS-BFC incorpora la participación activa de los diferentes actores sociales e institucionales en su operativización. En las áreas del proyecto dicha participación se hace evidente en los distintos niveles. MMN Perú y SSL han logrado transmitir las capacidades técnicas y operativas a dichas instituciones, lo cual ha permitido motivarlos en el proceso de implementación del modelo. Existe amplio reconocimiento de esta transferencia de conocimientos, acompañamiento y guía realizados por MMNP.

**20. ¿Qué capacidades se han generado con la Acción en las instituciones formadoras de recursos humanos sanitarios con las que se ha trabajado en el Perú?**

Las entidades entrevistadas que participaron en las capacitaciones de los profesionales de salud en las áreas del proyecto: Universidad San Cristóbal de Huamanga, DIRESA Huancavelica y Red de Salud Churcampa, manifestaron su satisfacción en contribuir a crear competencias, habilidades y destrezas para la operativización de MAIS-BFC.

La metodología utilizada permitió entre otros objetivos, aplicar los conocimientos en sus puestos de salud, y se destaca los efectos en los médicos, porque los contenidos no los obtienen como parte de su formación universitaria.

Las entidades formadoras fortalecieron sus capacidades al diseñar e implementar los módulos de capacitación. Para diseñarlos tuvieron que comprender el marco conceptual de MAIS-BFC y buscar mecanismos de comprensión para el equipo de salud. Además sirvió para seleccionar un equipo de facilitadores con mística para compartir los conocimientos y con capacidad de movilizarse a los lugares donde se impartieron las capacitaciones.

La Universidad San Cristóbal de Huamanga indicó que dada la valiosa experiencia, tienen programado incluir en el pregrado y en algunos postgrados los temas de promoción y prevención de la salud, trabajo comunitario; para sensibilizar y estimular al equipo médico y de enfermería en dicho práctica.

La delegada expreso: "*Agradezco a MMN porque llegó a contribuir al proceso de implementación del MAIS y por tanto al desarrollo del Perú…….se ha realizado buena alianza y esperan tener mayores oportunidades en la Región y fuera de ella*"

Particularmente, los técnicos de la DIRESA Huancavelica y Red Churcampa, indicaron que sus capacidades se han fortalecido, lo cual les permitió elaborar los módulos de capacitación para el trabajo con los agentes comunitarios de salud y Consejo de desarrollo comunal. Los equipos deestas instancias reconocieron el aporte de MMN en el proceso de fortalecimiento de capacidades y en el diseño de materiales de capacitación.

En conclusión, las instituciones formadoras de recursos humanos e instancias de salud que participaron en la capacitación del MAIS-BFC y su operativización, fortalecieron sus capacidades en lo relacionado a: comprensión conceptual de los modelos, diseño de materiales y facilitadores más empoderados. Además han puesto a disposición sus capacidades para replicar las capacitaciones.

**21. ¿Existe una implicación efectiva de los otros actores internacionales de cooperación en salud con la implementación de la propuesta desarrollada por la Acción?**

Como parte de la evaluación se entrevistó a dos agencias de cooperación: OPS-OMS y ORAS CONHU. Con el ORAS CONHU ha existido una coordinación para la participación de MMN Perú en seminarios y eventos relacionadas al tema de salud intercultural (ej.: Seminario sobre la operativización de modelos para primer nivel de atención, modelos innovadores de salud intercultural en América Latina). Esta instancia reconoce la incidencia de MMN Perú en las altas autoridades del MINSA y de Gobierno, así como el intercambio de información y publicaciones.

En relación a OPS-OMS conoce y valora los aportes del proyecto a la implementación del MAIS-BFC, en especial su incidencia en las diversas instancias y han visitado las áreas del proyecto. La agencia ha apoyado al MINSA para la implementación del MAIS. Uno de los entrevistados indicó: "*He tenido la suerte de conocer el modelo de Churcampa, es un cambio abismal para el avance del modelo*"

La agencia manifestó su preocupación "*porque la Reforma del Sector Salud se ha olvidado de temas importantes como el MAIS……porque el modelo implica fortalecimiento de recursos humanos……es un salto cualitativo de Programas a atención integral*"…."*Está buscando fondos semillas para apoyar a transitar al modelo de atención integral*"

En conclusión, para las Agencias el modelo MAIS BFC es la opción más ventajosa para la salud de la población, por tanto, están involucrados en actividades que los promuevan; especialmente en la socialización, capacitación de temas relacionados a los modelos (cerrar brechas en salud materno infantil y enfermedades olvidadas, salud intercultural) y en búsqueda de financiamiento para apoyar al modelo. Pero también comparten la preocupación sobre la continuidad del modelo frente a la Reforma del Sector Salud en Perú.

## REPLICABILIDAD

### 23. Identificar las propiedades para su extensión a otras partes de los países y/o resto de estados de la Región con similares características

Las propiedades más destacadas del MAIS-BFC que han podido evidenciarse en las áreas del proyecto, y por las cuales se considera pueden ser replicables a otros países y al resto de las áreas de Perú, son las siguientes:

- Marco teórico conceptual que revitaliza la concepción de la salud y de APS, superando los patrones biologicistas y medicalizados que caracterizan al pensamiento dominante e incorporando categorías analíticas y explicativas que tradicionalmente han sido marginadas.
- Formación continua y sensibilización del personal técnico y operativo de salud en los distintos niveles, quienes se han apropiado de los modelos y lo implementan cotidianamente con mística y compromiso. Además de un seguimiento y retroalimentación permanente.
- Participación comunitaria con sus roles claros en cuanto a salud y empoderadas con las soluciones identificadas para mejorar la salud de sus comunidades
- Reconceptualización de la integralidad al combinar los enfoques teóricos con los ciclos/continuos de vida y los espacios de la vida social, horizontalizando los programas y sacando a la actividad de salud de los consultorios y puestos de salud para llevarlos a las familias y las comunidades.
- Transformación de la tradicional vigilancia epidemiológica en un concepto mucho más amplio y completo: el de vigilancia socio cultural
- Sistema de información que da respuesta a las necesidades del modelo, especialmente en cuanto a salud familiar y comunitaria
- Evidencia de acciones intersectoriales con entidades como educación, justicia, etc.

En conclusión, las propiedades del MAIS-BFC demostradas en las áreas del proyecto, permiten recomendar su replicabilidad en todo Perú; así como en otros países interesados en garantizar el derecho y nivel de salud de sus habitantes.

*DIRESA Huancavelica "Se han conseguido logros y no desmayar en estos procesos de implementación, y se debe continuar. Que sea un modelo nacional y sea en todos los ámbitos"*

# V. CONCLUSIONES

## PERTINENCIA

1. El proyecto cumple y contribuye a la implementación del MAIS-BFC, incluso por su enfoque más amplio lo enriquece y facilita su operativización.

2. Las entrevistas realizadas con los diferentes actores permite concluir que la implementación del proyecto ha contribuido a satisfacer las necesidades de la población. La asistencia técnica brindada en la zona piloto ha sido fundamental para cumplir con las estrategias del modelo y facilitado el levantamiento de censo, identificación y análisis de determinantes sociales de la salud, mejora de la fichas familiares y otros instrumentos que permiten al personal de salud fortalecer su conocimiento de la realidad de la población y responder con las estrategias y herramientas adecuadas.

3. La presencia del proyecto multipaís ha potenciado al MAIS BFC, las cuales se corresponden con y satisfacen plenamente las premisas de la APS renovada y los atributos de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la OPS. Además, la sinergia del "proyecto" y el MAIS-BFC incorpora un valor agregado de gran importancia en la garantía del derecho a la salud, al dar mayor fuerza a los conceptos de pertinencia intercultural, género, y armonía con la naturaleza, no claramente expresados en los principios de la APS Renovada.

## EFICIENCIA

4. En las áreas del proyecto la gestión de los recursos humanos es adecuada, tanto de los responsables de la DIRESA como de la UORSCH; siendo esta última la que se encarga de la capacitación, supervisión y evaluación de desempeño, para el cual, si bien se disponen de indicadores y metas en los establecimientos de salud, la capacidad de análisis no es suficiente, y debe ser fortalecida mediante una adecuada retroalimentación

## EFICACIA

5. En Churcampa por la situación socio-económica de la población, que está totalmente incluida en el SIS, se asegura la atención de salud a la población. Las estrategias del MAIS-BFC garantizan el derecho a la salud, con adecuada disponibilidad, accesibilidad y calidad de la atención de salud.

   Es importante recalcar, que en las zonas del proyecto, la aplicación del MAIS-BFC garantiza un acceso y cobertura universal y gratuita para las prestaciones que se brindan en el primer nivel de atención, sin embargo, dada la existencia de cobro por los servicios en el resto del sistema de salud, es evidente que no se puede garantizar totalmente el derecho a la salud y el acceso universal a la población no asegurada al SIS.

6. La estrategia utilizada en la operativización del MAIS-BFC es adecuada pero la perspectiva de pertinencia intercultural debe fortalecerse ya que se nota una débil interacción con el modelo tradicional de curación de las comunidades originarias. A veces pareciera que la pertinencia intercultural se reduce a la adecuación de los servicios, particularmente el parto, lo cual es muy importante, pero insuficiente en el marco de una comprensión mucha más holística de la interculturalidad.

7. Así mismo, en relación a la perspectiva de género se nota cierta debilidad en la introducción y manejo del concepto, reduciéndose a veces a temas relacionados a la violencia de género.

8. El modelo es integral porque combina acciones de promoción, prevención y atención, para todos los ciclos de vida, hombres y mujeres, incluyendo intercambios educacionales tanto en el servicio como en las visitas familiares, incorporando las creencias y prácticas populares.

9. El proyecto ha contribuido con la implementación del Sistema de Información de Salud Familiar y Comunitaria SISFAC que permite a los establecimientos del área del priorizada tener información oportuna para tomar decisiones sanitarias de familias y comunidades. El sistema emite alertas cuando una familia ingresa en una situación de riesgo, automatiza los planes integrales de salud familiar – PAIFAM y las visitas de salud familiar integral.

10. El MAIS-BCF muestra consistencia en sus aspectos teórico-conceptuales y han logrado un nivel de implementación con programas y acciones operativas que se articulan entre sí garantizando dicha coherencia. En el área del proyecto se detectó en el personal de salud un limitado acercamiento a los médicos tradicionales, la pertinencia intercultural y su alcance debe ser analizado en el contexto social del área del proyecto y sensibilizar al personal de salud para vencer las resistencias que puedan existir.

11. La cooperación internacional tiene conocimiento del aporte del proyecto a la implementación del modelo en las áreas priorizadas, hay un convencimiento que el MAIS-BFC debería extenderse al resto del país de forma más acelerada y recomiendan continuar con la incidencia a las altas autoridades de los Ministerios de Salud y niveles regionales.

12. Las fases y procesos establecidos para la operativización del modelo MAIS-BFC en las áreas del proyecto han alcanzado un desarrollo significativo acordes al tiempo de duración del proyecto.

13. El modelo ha contribuido significativamente en las zonas de intervención a que los servicios de salud sean más equitativos, eficientes e integrales.

## IMPACTO

14. La conjunción proyecto multipaís y MAIS-BFC ha contribuido al fortalecimiento del Sistema de Salud a nivel del primer nivel de atención. Sin embargo, el trabajo aún no está finalizado y la Red de Churcampa requiere acompañamiento técnico y operativo para garantizar que el modelo logre alcanzar su madurez, ganar sustentabilidad.

15. En la evaluación se evidenciaron actividades realizadas como parte del proyecto que sin duda contribuyen a alcanzar impactos positivos en el derecho y nivel de salud de la población objetivo. Las coberturas de atención en los centros piloto han crecido aceleradamente incidiendo positivamente en mayor prevención de enfermedades y en los resultados en morbilidad y mortalidad.

## VIABILIDAD

16. La operativización del MAIS-BFC implementada por el proyecto en las áreas piloto, es viable técnicamente. Desde el punto de vista financiero se requiere para la operativización del MAIS-BFC un financiamiento adicional, al menos del 10% del presupuesto (a nivel de Red), para efectuar completamente las estrategias individual, familiar y comunitaria.

17. A pesar de la vigencia del MAIS-BFC, los cambios de las máximas autoridades a nivel central no le ha dado continuidad y la fuerza que merece, ratificando el drama de las políticas públicas en toda la Región latinoamericana, de alta volatilidad y su impregnación por la diatriba política cotidiana.

18. A nivel de las autoridades regionales y en la Red donde se ha implementado la operativización del modelo existe el apoyo político para expandir la propuestaal resto de sus áreas de competencia. Para ello deben inyectar recursos para fortalecimiento de los recursos humanos y paraacciones necesarias en la operativización de los modelos.

19. Los profesionales sanitarios de los establecimientos están capacitados para asegurar la aplicación del MAIS-BFC, pero existen riesgos como la frecuente rotación de personal que atenta a este logro del proyecto, una limitada asignación de ítems o partidas en las redes para personal de salud; así como el financiamiento para continuar con el programa de capacitación al personal de salud nuevo y reforzamiento-seguimiento al personal ya capacitado.

20. El nudo crítico para la implementación del modelo lo constituyen las tensiones existentes entre un modelo integral e incluyente para el primer nivel, y una reforma marcada por propuestas centradas en la atención a la enfermedad. Por lo tanto es necesario hacer una revisión más detallada del impacto de esa reforma en la integralidad y universalidad del modelo diseñado para la atención primaria, y un mayor compromiso del nivel central para el impulso real del MAIS-BFC a nivel local.

## APROPIACION

21. Los grados de apropiación de los diferentes actores involucrados en la implementación del MAIS-BFC es más alta en los niveles locales, municipales, redes y regionales; quienes son realmente los ejecutores; mientras que a nivel central el grado de apropiación es menor por la coyuntura de Reforma de Salud.

22. En las etapas previas a la operativización del MAIS-BFC, MMNP incorporó activamente a las diferentes instituciones y actores involucrados, propiciando un intercambio de destrezas técnicas y sensibilización que ha sido clave para facilitarla apropiación y desarrollo del proyecto.

23. Existe amplio reconocimiento de esta transferencia de conocimientos, acompañamiento y guía realizados por MMN.

24. Las instituciones formadoras de recursos humanos e instancias de salud que participaron en la capacitación del MAIS-BFC y su operativización, fortalecieron sus capacidades en lo relacionado a: comprensión conceptual de los modelos, diseño de materiales y facilitadores más empoderados. Además han puesto a disposición sus capacidades para replicar las capacitaciones.

25. Para las Agencias el modelo MAIS-BFC es la opción más ventajosa para la salud de la población, por tanto están involucradas en actividades que los promuevan; especialmente en la socialización, capacitación de temas relacionados a los modelos (cerrar brechas en salud materno infantil y enfermedades olvidas; salud intercultural) y en búsqueda de financiamiento para apoyar al modelo. Pero también comparten la preocupación sobre la continuidad del modelo frente a la Reforma del Sector Salud en el Perú.

## REPLICABILIDAD

26. Las propiedades del MAIS-BFC demostradas en las áreas del proyecto, permiten recomendar su replicabilidad en todo Perú; así como en otros países interesados en garantizar el derecho y nivel de salud de sus habitantes.

    *La DIRESA Huancavelica afirma: "Se han conseguido logros y no se debe desmayar en estos procesos de implementación, y hay que continuar trabajando, profundizar lo que se viene haciendo, para que el MAIS-BFC sea realmente un modelo nacional en todos los ámbitos"*

# VI. RECOMENDACIONES

## PERTINENCIA

1. El principal problema que confronta el desarrollo de un modelo de atención integral e incluyente es la inadecuada comprensión de los conceptos de integralidad y universalidad, que muchas veces se confunden y contradicen con concepciones que no son universales ni integrales, tales como la promoción de paquetes básicos con unas pocas prestaciones, o la atención basada en el aseguramiento individual. Así mismo el "cobro por los servicios" en el momento de atención es una barrera económica que se sugiere sea eliminada.

2. Se sugiere fortalecer las relaciones del primer nivel de atención con el resto de los niveles del sistema de salud, en particular profundizando las relaciones con el segundo nivel.

3. A nivel de las comunidades se recomienda incorporar el análisis de la economía local, su vinculación con los modos de producción prevalentes, e incorporar las formas de producción y consumo como grandes determinantes de la salud y la enfermedad. Así mismo, en la ficha clínica pensamos que la variable "ocupación" debe ser investigada y valorada más allá de una simple definición de la actividad que realiza la persona.

## EFICIENCIA

4. Es necesario fortalecer la sistematización y análisis de indicadores por parte del personal de salud, ya que si bien disponen de indicadores y metas en los establecimientos de salud, pareciera que no son oportunamente analizados para extraer de ellos toda su potencialidad. Se recomienda determinar la frecuencia de sistematización y análisis de los indicadores de salud y de gestión, así como realizar una retroalimentación al personal de salud sobre uso de data y toma de decisiones.

## EFICACIA

5. Una limitación importante al desarrollo de políticas incluyentes e integrales de salud, es la existencia de cobro por la atención. Existen mecanismos de aseguramiento parcial como el SIS, que por su carácter no universal, deja sectores importantes de población sin protección, lo que se traduce en que ese sector no cubierto debe pagar en el momento de la atención, lo que se constituye en un obstáculo al acceso.

6. Es necesario dar mayor énfasis a las estrategias operativas dirigidas al componente de género y medio ambiente. Notamos algunas debilidades e incomprensiones en el manejo del enfoque de género, que a veces queda restringido a las tradicionales estrategias de salud sexual y reproductiva con énfasis en la atención materna sin confrontar la cultura machista muy presente en la población y el personal sanitario.

7. Para el desarrollo más eficiente del modelo es necesario dar mayor énfasis al concepto de interculturalidad y la complementariedad de la "medicina tradicional originaria" (sus prácticas y saberes ancestrales) con la "medicina occidental académica", pudiendo tomar como ejemplo situaciones conocidas como las de Bolivia o Guatemala".

## IMPACTO

8. Para un mayor impacto en la aplicación del modelo se deben tomar medidas para enfrentarlos típicos problemas de infraestructura, mantenimiento, disponibilidad oportuna de medicamentos.Es necesario motivar a las autoridades para que se genere un reordenamiento territorial y mejoramiento de la infraestructura que faciliten la extensión del modelo.

## VIABILIDAD

9. Se recomienda elaborar un estudio de costos de la implementación del modelo a nivel municipal que permita contar con una estimación de la inversión requerida para la operativización del MAIS-BFC a nivel nacional.

10. Para continuar implementando el modelo se recomienda movilizar fondos de diversas fuentes de financiamiento que permitan acompañamiento técnico para garantizar su crecimiento y ganar sustentabilidad.

## APROPIACION

11. En el marco de estrategias para fortalecer la institucionalidad pública, podría ser interesante generar un debate nacional sobre el derecho a la salud, analizando las experiencias del desarrollo del MAIS-BFC en el marco de la Reforma. Ello pudiera incorporar los elementos de integralidad e inclusión en programas que hasta ahora tiene un carácter básicamente asistencialista.

## REPLICABILIDAD

12. Considerando que el proyecto Multipaís es una experiencia positiva que debe hacerse conocer a toda la región, sugerimos dar la más amplia difusión a la publicación **"Claves para Transformar el Sector Salud"** que tiene un análisis y sistematización de gran valor, que sin duda será de utilidad para toda la región.

13. Se sugiere consolidar la estrategia de hacer de los centros y puestos de salud de los municipios intervenidos "espacios de demostración de un modelo exitoso", que puedan ser visitados por actores políticos y sociales de otros municipios o regiones, para motivar su extensión.

14. Dada la dificultad de acceso geográfico a las zonas intervenidas, sería importante dotar a los equipos de trabajo de MMNP con movilidad que le facilite el trabajo de acompañamiento al desarrollo de la experiencia.

# VII. LECCIONES APRENDIDAS

1. **Es necesario repensar la salud desde una nueva perspectiva.** Confrontar el modelo medicalizado y centrado en la enfermedad, e incorporar nuevos conceptos y categorías es indispensable para el desarrollo de un modelo de atención y gestión integral e incluyente en salud.

2. **No es posible desarrollar una propuesta operativa coherente si no se tiene claro el marco teórico subyacente**. Las experiencias desarrolladas por MMN en el marco de su propuesta señalan que el desarrollo de un sólido marco conceptual basado en derecho a la salud, la determinación social del proceso salud-enfermedad y la acción sobre sus determinantes, la pertinencia intercultural, la equidad de género, y el equilibrio y armonía con la naturaleza, son fundamentales para el desarrollo de un modelo integral e incluyente en salud.

3. **Formación y capacitación integral y permanente.** La experiencia de MMN ratificada en el Perú muestra que una de las claves del éxito en la introducción de un nuevo modelo de atención y gestión en salud, integral e incluyente es la capacitación y formación integral y permanente de los trabajadores de la salud, de los líderes sociales y las organizaciones comunitarias, y de las autoridades locales.

4. **La participación comunitaria.** Sin participación real y activa de los actores sociales claves para la salud no es posible tener éxito. La apropiación del modelo por parte de las comunidades es uno de los elementos estratégicos de mayor importancia. El modelo tiene éxito si las comunidades y la población se apropian de él.

5. **La intersectorialidad.** La acción intersectorial, indispensable para la integralidad en salud, es posible sólo cuando se construye una sólida alianza con el resto de los sectores de la vida social que inciden sobre la salud, y cuando el sector salud también apoya el desarrollo de esos otros sectores. La intersectorialidad desarrollada en las comunidades piloto trabajadas por MMN es expresión de un esfuerzo que permite incorporar efectivamente a otros sectores de la vida social a las actividades sanitarias, e incorpora al sector salud a las actividades del resto de la comunidad.

6. **No basta con que el Derecho a la Salud esté enunciado en las políticas**, es necesario eliminar las barreras y obstáculos de tipo económico, cultural, o geográfico que dificultan la universalidad de ese derecho. En muchas oportunidades, como lo vimos en el caso del Perú, la existencia de un modelo de "cobro por los servicios" choca y contradice el carácter integral e incluyente del modelo propuesto, y dificulta la concreción del derecho a la salud, y a su vez, la experiencia de Churcampa permite ver cómo es posible vencer esos obstáculos y hacer real el derecho a la salud.

7. **Los programas verticales no ayudan a la integralidad.** La experiencia de MMN señala que la "horizontalización programática" es básica y permite la concreción de la integralidad.

8. **Reordenamiento territorial.** El desarrollo de un modelo integral generalmente requiere de un reordenamiento territorial que reorganice los niveles de atención y trabaje en el desarrollo de redes interconectadas.

**La lección más importante que deja MMN es que demuestra que si es posible desarrollar un modelo de atención integral e incluyente, que universaliza el Derecho a la Salud.**

# VIII. ANEXOS

**Anexo N° 1 Producto 1**

**Anexo N° 2 Producto 2**