



PERÚ

Ministerio
de Salud

Programa de Apoyo
a la Reforma del Sector Salud
PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
“Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

“EVALUACIÓN Y REDISEÑO DEL MODELO DE ATENCIÓN PARA POBLACIONES DISPERSAS”

CÓDIGO POA: III.2.2.2.a.3

PRODUCTO/ENTREGABLE N° 4

NOMBRE DEL CONSULTOR: Alfonso E. Nino Guerrero

Lima, 25 de Noviembre 2015

Esta consultoría fue solicitada por la Dirección General de Servicios de Salud del MINSA. Fue elaborada por el consultor Alfonso E. Nino Guerrero, con la supervisión del especialista del PARSALUD II: Dr. Alfonso Villacorta.

**CONSULTORÍA: "Evaluación y rediseño del modelo de atención para poblaciones dispersas"****INDICE**

<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
PRESENTACION	3
I.- INTRODUCCION	5
II.- FINALIDAD	7
III.- BASE LEGAL	7
IV.- OBJETIVOS	9
V.- AMBITO	10
VI.- CONTENIDOS.	
6.1.-Contexto de la actualización del MAISPOD	10
6.2.-Situación actual del Modelo	10
6.2.-Situación actual del Modelo	17
6.3.-Marco Conceptual del MAISPOD	30
6.4.-Principios del Modelo	39
6.5.-Componentes del Modelo	44
6.6.-Las Responsabilidades sectoriales e intersectoriales.	70
6.7.- Estrategias de implementación del modelo renovado	77
6.8.-Monitoreo y evaluación del modelo	89
6.9.-Condiciones de éxito para la implementación del MAISPOD	91`
VII.- BIBLIOGRAFIA	98
VIII.- ANEXOS	
1.- Acrónimos	100
2.-Glosario de términos	103
3.-Cuadro comparativo entre modelos	108
4.-Valoración de componentes ,taller y comentarios de la consultoría.	112



“REDISEÑO DEL MODELO DE ATENCIÓN PARA POBLACIONES DISPERSAS”

PRESENTACION.

Actualmente la Inclusión social se convierte en elemento fundamental en la agenda del Gobierno peruano, esta imagen objetivo, implica reconocer que existen dos tipos de poblaciones, una población que recibe los beneficios de la modernización y el desarrollo y otra que no accede a estos beneficios, ¿quienes son, donde están estas poblaciones? Se trata generalmente de las poblaciones dispersas y alejadas que viven en zonas rurales alto andinas y de la Selva amazónica, y su número no es conocido ni monitoreado.

Ante esta situación, el Estado peruano debe promover y garantizar acciones protección social para todos sus ciudadanos, en especial se debe favorecer a aquellas personas que viven en zonas alejadas y de difícil acceso (generalmente son personas con limitaciones materiales y acceso a servicios públicos básicos), y de esta manera se contribuye de manera igualitaria a lograr su bienestar; para concretizar esta protección social, se necesita implementar programas, proyectos sociales y modelos de salud que busquen la mejora de las condiciones de estas comunidades dispersas.

Siendo la salud un derecho ciudadano, toda persona indistintamente de su condición social y el lugar donde vive, debe tener la seguridad de que el Estado a través de sus servicios públicos, le garantice que sus problemas de salud serán solucionados de manera oportuna, desde la oferta de servicios accesibles, de calidad, teniendo en cuenta y respetando su cultura; el Estado debe proveer los recursos y las estrategias que permitan que las personas tengan una vida lo más larga posible, productiva y saludable.

Es evidente que en las últimas décadas se han realizado esfuerzos de varios gobiernos y también de la cooperación técnica internacional, para lograr que toda la población, indistintamente donde viva, tenga progresivamente acceso a servicios de salud, que estos servicios estén cercanos a ella y que den solución a sus demandas sanitarias; sin embargo, por diversas razones, sean estas políticas o económicas, no se ha podido lograr que la oferta de servicios llegue a los más pobres del país, a pesar que los procesos de modernización y de reforma en salud que están orientados hacia el logro de la universalización y acceso de la atención de calidad para todos,.

La tarea es considerablemente compleja porque la solución necesariamente involucra saberes y experiencias distintas a los que tradicionalmente se ha hecho desde el sector salud, requiere un abordaje interdisciplinario dado que la solución no es sólo técnica y sectorial, sino social, para lo cual se requiere de un abordaje integrado, con poder de decisión y disponibilidad de recursos suficientes.

La propuesta debe estar inmersa en un marco de entrega de servicios bajo la estrategia de la



Atención primaria de Salud (APS) renovada(APS-R) "Existe evidencia que los proyectos de expansión y desarrollo de servicios de cuidados de atención primaria de salud rural ganan en equidad, eficiencia y eficacia, cuando se involucra en su gestión a las autoridades locales y sus usuarios."¹, la APS Renovada plantea una estrategia innovadora ante los nuevos desafíos epidemiológicos que se deben asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los diferentes enfoques respecto a la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la mejora de la efectividad de la APS; y por último, el reconocimiento creciente de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud. Se considera que un enfoque renovado de la APS es una condición esencial para cumplir con los compromisos internacionales vinculados a objetivos de desarrollo, incluidos los presentes en la Declaración del Milenio, así como para abordar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el nivel de salud más alto posible para todos².

La APS renovada plantea 4 reformas: referidas a la reforma en pro de la cobertura universal, reforma en la prestación de servicios, reforma de las políticas públicas, reforma del liderazgo; para lo cual se requiere "reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención; ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno; de la integración de los servicios de salud pública y de atención personal; del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios, requiere adicionalmente; de una concentración especial en el papel de los recursos humanos, en el desarrollo de estrategias para gestionar el cambio y en la alineación de la cooperación internacional con el enfoque de la APS³.

Con el presente documento se pretende elaborar una propuesta de modelo mejorado para intervenir en poblaciones dispersas y excluidas en el marco de las políticas de reforma del sector salud y en base a un Modelo de atención integral basado en familia y comunidad, que garantice equidad y calidad de la atención de estas poblaciones alejadas y dispersas, y que al implementarla se concrete la inclusión sanitaria como un elemento contributivo a la inclusión social.

En el I capítulo se hace una introducción sobre el rediseño del Modelo de Atención a las Poblaciones Dispersas (MAISPOD), su necesidad de acuerdo al contexto actual, en el capítulo II se expresa la finalidad del modelo renovado, en el capítulo III se describen los objetivos tanto el general como el específico, en el capítulo IV damos cuenta del marco legal que da validez a la propuesta del modelo renovado, en el V se define el ámbito de aplicación del modelo renovado,

¹ Vargas Gonzales William, Atención primaria de salud en acción : su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica /William Vargas González -- San José, C. R. : EDNASSCCSS,2006

² http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/noticias_observatorio/noticia81.html

³ Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento Oficial.



en el VI se da cuenta de los contenidos como el Contexto de la actualización del MAISPOD, el Marco Conceptual del MAISPOD, Principios del Modelo, Componentes del Modelo, Las Responsabilidades sectoriales e intersectoriales, Estrategias de implementación del modelo, Monitoreo y evaluación del modelo, Condiciones de éxito para la implementación del MAISPOD; en el capítulo VII se presenta la bibliografía referencial y en el capítulo VIII se presentan los anexos.

I.- INTRODUCCION

El estado de Salud de la población y los indicadores de salud en el país muestran cambios positivos en los últimos 50 años, sin embargo, a pesar de estas mejoras persisten brechas entre regiones, provincias y distritos, los niveles alcanzados en salud son aún deficitarios, respecto a los registrados en países similares al nuestro de la región de las Américas, y que "aún persisten desigualdades significativas en el estado de salud entre los diferentes segmentos socioeconómicos"⁴.

Las políticas sociales del actual gobierno promueven la inclusión social, en la que se "promueve que las personas, familias y poblaciones no sean postergadas en sus demandas y en el acceso servicios básicos por razones económicas, sociales o geográficas, de esta manera la inclusión social se encuentra hoy en el centro de la política pública del Perú. El reto es que esta oportunidad trascienda el discurso y se materialice en enfoques, procesos e instrumentos que permitan el logro de resultados concretos"⁵.

El Estado peruano a través del Ministerio de Salud (MINSa) desde hace más de dos décadas ha implementado diversas modalidades estrategias para atender a las poblaciones dispersas y alejadas, estas intervenciones han sido promovidas e implementadas por proyectos de cooperación internacional al inicio y luego han sido asumidas por el Estado peruano, estas intervenciones han tenido el propósito de convertirse en orientaciones estratégicas para una intervención concreta e innovadora que permita apoyar y mejorar la vida de las familias que viven en estas zonas rurales, en el marco de un modelo de atención integral basado en la familia y comunidad (MAISBFC) vigente, que garantice equidad y calidad de la atención de estas familias socialmente dispersas y que al implementarla se concrete la inclusión sanitaria como un elemento contributivo a la inclusión social.

La Salud es más que la atención de los enfermos, la oferta sanitaria para la población debe contemplar en primera instancia una contribución sustantiva para mejorar los determinantes sociales de la salud; sin embargo, también es necesario que la población tenga también acceso efectivo a servicios de salud de calidad, en esta lógica se busca desarrollar modelos de atención que estén centrados en la atención del usuario independiente de su ámbito de vida, condición social y cultural: se busca que los servicios de salud estén más cercanos a las personas y que den solución a sus demandas de salud, esto implica una acción multisectorial y el

⁴ CNS, Lineamientos y medidas de reforma del sector salud, Julio 2013, pág. 8

⁵ MIDIS, Estrategia Nacional para la Inclusión Social, Lima 2012



involucramiento de los diferentes niveles de gobierno para enfrentar de manera colectiva esta problemática social.

El MINSA ha apoyado y liderado procesos para consolidar y extender la estrategia de atención a estas poblaciones dispersas, estos procesos han sido la asistencia técnica de manera permanente a los niveles regionales y locales, desarrollo de diferentes documentos normativos que han contribuido a optimizar las intervenciones mediante la oferta móvil a través de brigadas, ELITES, AISPED, en definir los objetivos de la atención, buscar financiamiento y establecer una estructura de costos, que orienten y faciliten a los Gobiernos Regionales a involucrarse e implementar las medidas más convenientes para favorecer la mejora de la salud de estas poblaciones dispersas y alejadas .

A lo largo de estos años la constante de estas intervenciones ha sido la falta de continuidad de las propuestas y la desacumulación progresiva de los procesos implementados desde 1994, por varias razones, entre ellas la falta de un presupuesto específico para la atención a estas poblaciones, la alta rotación de los decisores técnicos, la limitada visibilidad de las intervenciones y la medición de la oferta móvil como si fuera la oferta fija; por otro lado ha existido poca claridad en los objetivos y estrategias para intervenir; se ha transitado desde el asistencialismo hasta propuestas innovadoras que promueven la participación social y ciudadana; evaluar desde el punto económico las intervenciones en estas poblaciones considerándolas que no tienen costo /beneficio, sin considerar el enfoque de derechos, el limitado énfasis sobre la evaluación y medición de los resultados de las intervenciones, etc, no han permitido contar con una hoja de ruta clara, que permita definir sobre lo que se debería hacer para intervenir con éxito y eficacia en estas poblaciones.

Estas propuestas de intervención para las poblaciones dispersas no pueden estar desarticuladas de las propuestas nacionales de cambio, la reforma en el sector salud y de las políticas sociales impulsadas por el gobierno; en el 2013 el poder ejecutivo solicitó la delegación de facultades del Congreso de la República para legislar en el marco de la reforma de salud, con este propósito se han emitido varios decretos legislativos, entre ellos los referentes a una nueva organización del MINSA, el nuevo impulso del SIS y el DL N° 1166 que se refiere a las redes integradas de atención primaria (RIAPS) que deben relacionarse directamente con la mejora del acceso y calidad de la atención en las poblaciones dispersas

La propuesta de modelo renovado tendrá el propósito de convertirse en el eje orientador de una intervención concreta e innovadora para mejorar la vida de las familias que viven en estas zonas dispersas y alejadas, en el marco de las normas nacionales del sector salud, el proceso de reforma de salud y la inclusión social propuesta por el MIDIS, y que en concordancia de las políticas regionales garantice equidad y calidad de la atención de estas familias socialmente dispersas, y que al implementarla se concrete la inclusión sanitaria y social.

El fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los servicios de salud no solo está dirigido a mejorar la oferta sanitaria desde los establecimientos de salud, incrementando la calidad de los servicios de salud, articulando los establecimientos para una mejor atención integral de la salud



y también impulsando diversas formas de una oferta itinerante que con la misma calidad y disponibilidad pueda atender a las familias que viven en poblaciones pobres del país que generalmente son: rurales, alejadas y dispersas; de esta manera hacer que el Estado este presente en estas localidades con un modelo de oferta itinerante adecuado y que responda a la realidad local, regional y nacional. Por diversas razones no se ha logrado otorgar este beneficio de una atención integral y calidad de atención a toda la población por igual.

Es necesario una nueva mirada orientada a promover la salud y el bienestar de las familia y no solo la atención de los enfermos, promover nuevas formas de gestión, nuevas y mejores condiciones de trabajo de los equipos itinerantes, que implica ofertar un salario diferenciado y otras medidas que hagan atractiva y sostenible la dedicación y evitar la alta rotación actual. La implantación de una solución apropiada por las características de estas comunidades y de la oferta del sistema de salud implica necesariamente un importante reordenamiento institucional, un nuevo y mayor compromiso social entre sus implementadores.

Existen evidencias que la propuesta de atención a comunidades dispersas, expresadas en la norma técnica vigente ha sido rebasada por la realidad, y que existen procesos sociales actuales que hacen necesario una reorientación de la propuesta de atención, especialmente en zonas alejadas y dispersas, una reorientación del modelo de atención, teniendo en cuenta que estamos en un proceso de reforma y que nuevas corrientes sociales y sanitarias se vienen desarrollando en el contexto nacional e internacional.

En este contexto, se espera que la presente propuesta de rediseño , basado en el análisis de la situación actual de las intervenciones en curso sobre las poblaciones dispersas, los resultados sanitarios relacionados con la inversión, por parte de los gobiernos nacional y regional, que nos da una mirada sobre el funcionamiento actual, las potencialidades, y áreas críticas en el accionar real de las estrategias o actividades para trabajar con estas comunidades dispersas.

La propuesta de rediseño del modelo de atención a poblaciones dispersas(MAISPOD) debe realizarse en el marco del proceso de reforma, el modelo de atención Basado en familia y comunidad (MAISBFC) y la implementación de las RIAPS; el objetivo final es orientar las estrategias nacionales para apoyar en la inclusión de las familias de estas poblaciones dispersas y dispersas, como una prioridad nacional para saldar la deuda social y contribuir con el desarrollo social.

II.- FINALIDAD

Mejorar el nivel de salud de las familias que viven en poblaciones dispersas y alejadas del país promoviendo la equidad en el acceso a la atención integral de salud con calidad, teniendo en cuenta el entorno cultural de las poblaciones y priorizando el abordaje de los determinantes sociales sociales de la salud.

III.-BASE LEGAL.

Leyes



1. Constitución Política del Perú 1993 (Arts. 17 y 31)
2. Ley N° 26842 - Ley General de Salud. (Título Preliminar XVIII)
3. Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud. (Art 27 b)
4. Ley N° 27658 - Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado (Capítulo III Art. 8 y 9)
5. Ley N° 27783 - Ley de Bases de la Descentralización. (Art. 6 Objetivos a nivel político c) y Art 17)
6. Ley N° 27813 - Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud. (Arts. 4-11)
7. Ley N° 27867 - Ley Orgánica de Gobiernos Regionales (Arts 8.1 y 11).
8. Ley N° 27972 - Ley Orgánica de Municipalidades. (Arts. 97-122)
9. Ley N° 28056 - Ley Marco del Presupuesto Participativo. (Principio Rector 1, Arts 1-12)
10. Ley N° 29344 - Ley Marco del Aseguramiento Universal (Art 4,-1 y 7-)
11. Ley 27293; Ley que crea el Sistema Nacional de Inversión Pública.
12. Ley 27806; Ley de Transparencia y acceso a la información pública.
13. Ley 28056; Ley Marco del Presupuesto Participativo
14. 14 Ley 30073; Ley Delegación de Facultades para legislar en materia de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

Decretos Supremos y Resoluciones ministeriales

15. Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
16. 6. Decreto Supremo No 064-2004-PCM, que aprobó el Plan Nacional para la Superación de la Pobreza.
17. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud (Art.9)
18. Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, que aprueba los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud". (Lineamientos 1 y 3)
19. Resolución Ministerial N° 464-2011 MINSA, que aprueba el documento "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad" Acápites 6.2.1.3.4 - 6.2.1.7
20. Resolución Ministerial N° 478-2009/MINSA, que aprueba la NTS N° 081-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Equipos de Atención Integral de salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas"
21. 7. Resolución Suprema N° 014-2002-SA, que aprobó los Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002 - 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 - Julio 2006
22. Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, que aprobó el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud". "
23. Resolución Ministerial No 771-2004-MINSA, que aprobó las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud.
24. Resolución Ministerial No 039-2005/MINSA, que aprobó la creación de la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.
25. Resolución Ministerial No 111-2005/MINSA, que aprobó los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud".



26. Resolución Ministerial No 217-2005/MINSA, que aprobó la Directiva N° 056- MINS/DGPS-V.01:" Implementación del Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas en el año 2005".
27. Resolución Ministerial 277-2005/MINSA que aprueba el "Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas – Escuelas Saludables"
28. Resolución Ministerial No 457-2005/MINSA, que aprobó el Programa de Municipios y Comunidades Saludables.
29. Resolución Ministerial N° 457-2005/MINSA, que aprueba el "Programa de Municipios y Comunidades Saludables"
30. Resolución Ministerial N° 1007-2005/MINSA, que aprueba los "Lineamientos de Política Nacional para el desarrollo de Recursos Humanos de Salud"
31. Resolución Ministerial N° 402-2006-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Programa de Familias y Viviendas Saludables"
32. R.M. N° 638-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGPS-V.01
33. Resolución Ministerial N° 720-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú"
34. R.M. N° 792-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico: "Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad.
35. Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Modelo de At Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad."

IV.- OBJETIVOS

4.1.- General:

Rediseño del marco conceptual ,metodológico del modelo de la atención a poblaciones dispersas y alejadas que priorice el abordaje de los determinantes sociales de la salud mediante la promoción de la salud y que además se establezca, una acción sostenida de la prevención de riesgos y la atención en salud a las familias y sus miembros que viven en estas poblaciones, que permitan integrar la oferta fija y flexible y las interrelacione con la Comunidad organizada, garantizando la resolutivez y la continuidad con un abordaje multisectorial , enfoque de derechos, género y pertinencia intercultural

4.2.-Objetivos específicos.

1.- Rediseño del modelo de atención que permita ampliar el acceso a las oportunidades para que la población que vive en las comunidades dispersas y alejadas tengan una vida prolongada y saludable a través del abordaje de los determinantes sociales de la salud a través de la Promoción de la salud como estrategia de a

2.- Actualizar el modelo de atención para estas poblaciones, que permita Impulsar desde los servicios de salud, las familias y la comunidad una estrategia de prevención de riesgos individuales y grupales que evite que la población sufra enfermedad que los limite físicamente y afecte su situación económica de ellos y su familia.



3.-Fortalecer el diseño e implementación del modelo de atención a poblaciones dispersas que permita Impulsar la mejora de la capacidad resolutive de la oferta fija y que de manera sinérgica con la oferta itinerante garanticen el acceso a una atención integral a los individuos y las familias que viven en estas poblaciones, disponiendo y aprovechando los medios y recursos disponible y solicitar los necesarios.

4.-Establecer los lineamientos operativos para mejorar la articulación con los Gobiernos Regionales, locales, organizaciones sociales y con los programas sociales relacionados con la protección social que implementa el Estado, buscando complementariedad y sinergias operativas que garanticen resultados en inclusión y desarrollo social.

V.- ÁMBITO

El presente documento técnico es de aplicación en todo el territorio nacional, en las instancias relacionadas a salud de los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales y en los establecimientos de salud públicos.

VI.- CONTENIDOS.

6.1.-CONTEXTO PARA EL REDISEÑO Y ACTUALIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A POBLACIONES DISPERSAS (MAISPOD).

a.-Marco Legal Favorable.

Las normas no son un espacio coherente e inmutable, pero si deben ordenar un determinado aspecto de la vida social, no pueden introducir confusiones que desconcierten a los actores. Es necesario simplificar, dar orientaciones generales que las instancias ejecutivas adecúen a sus condiciones específicas, no pretender reglamentar cada detalle. Y, sobre todo, hay que tomar en cuenta las condiciones y opiniones de los actores cuya actividad se busca ordenar.

Desde la Constitución Política del Estado ya existe un mandato para tener prioridad en las intervenciones hacia las poblaciones pobres, enfatiza la importancia de la Salud pública en las intervenciones y la equidad en las intervenciones y la igualdad ante la ley de manera igualitaria.

La ley general de salud⁶ que si bien tiene debilidades en la responsabilidad del Estado en la atención individual, enfatiza la importancia de la relación de la salud con el desarrollo social a nivel nacional y de cada territorio "la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla".

En la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado(CNDS), Ley 27813, se busca la participación social de actores en el direccionamiento estratégico del sector , sin embargo la

⁶ Ley 26842



participación ha estado mediatizada por intereses no técnicos y la estructura organizativa a nivel regional y provincial no se ha desarrollado de la manera que se había proyectado; tiene como obligación proponer las prioridades nacionales en salud, sobre la base del análisis de la situación de salud y condiciones de vida de la población, pero también, proponer una distribución equitativa y racional de los recursos en el sector salud, de acuerdo con las prioridades nacionales.

El desarrollo social y la equidad social implican una acción esencialmente intersectorial, ya que las políticas sociales deben ser multidimensionales e integrales, donde varios sectores del Estado y los principales actores sociales estén involucrados. Para que ello sea posible, es necesario un marco de descentralización de la gestión pública y el planeamiento integrado de las políticas sociales.

La norma específica vigente sobre la atención a poblaciones dispersas, es la RM N° 081 –MINSA /DGSP aprobada por RM N° 478 en el año 2009 por el MINSA, esta norma, al momento de su aprobación, estuvo acorde con los procesos sociales y administrativos de la época, como el proceso de descentralización, y rol importante de los gobiernos regionales y locales, incorpora el concepto de Determinantes sociales de la salud, sin embargo, no incorpora los conceptos básicos del proceso de reforma del sector, especialmente referido a la implementación de las redes integradas de Atención Primaria de la salud (RIAPS) en donde la integración de servicios, el enfoque territorial, la gestión por resultados, la calidad de atención y la gobernanza en la gestión son temas trascendentales que se tiene que tomar en cuenta en una nueva propuesta.

El MINSA, a lo largo de muchos años ha ido generando un conjunto de normas para orientar y hacer más eficiente el trabajo de la atención a poblaciones dispersas y excluidas. Se ha demorado demasiado en reconocer la importancia que tiene para las regiones y para el país concretizar los discursos de derechos a la salud, la inclusión y equidad, y generar evidencia y resultados de las intervenciones para mejorar las condiciones de salud de la población pobre y aislada, ya existe una experiencia acumulada en varias regiones tanto para sierra y selva, con iniciativas que permitirán recuperar el tiempo perdido, buscar nuevos niveles de coherencia y tomar en cuenta la realidad que muestra experiencias de equipos Itinerantes tipo AISPED, uso de unidades móviles, muchas de ellas exitosas y algunas fracasadas, pero que todas son fuente de ideas para pensar cómo aumentar la eficiencia de este trabajo crucial para la inclusión social.

Si bien ha habido avances en la atención de Salud con enfoque intercultural, todavía hace falta fortalecer algunos aspectos de la legislación y la organización de los servicios para hacer posible la garantía del derecho a la salud. Se debe asegurar la asignación de nuevos recursos nacionales —o la redistribución de los actuales— y la gestión de recursos regionales para ejecutar acciones en el corto y mediano plazo hasta lograr la inclusión sanitaria y social de estas poblaciones dispersas. La norma vigente si bien enuncia un enfoque integral y el énfasis en la promoción de la salud(PS) en la definición, los instrumentos, la composición del equipo y la mayoría de indicadores de evaluación están sesgados hacia los atendidos y atenciones individuales y con un sesgo curativo más que preventivo, y muy pobre en acciones de Promoción de la salud.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Programa de Apoyo
a la Reforma del Sector Salud
PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
“Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

El propósito de este análisis es dar consistencia a las nuevas propuestas de mejora, de ampliación o cambio de las estrategias para una atención efectiva de salud a las poblaciones dispersas en un escenario de reforma de la salud, con enfoque de derecho e inclusión social.

b.- los procesos y políticas de descentralización

Debido a la naturaleza dispersa de los servicios de salud, la descentralización se convierte en un imperativo de la gestión sanitaria en la búsqueda de la eficiencia. Sin embargo, “cuando representa una iniciativa exclusivamente sectorial, queda restringida a una desconcentración administrativa, limitando enormemente las posibilidades de un accionar intersectorial, ya que inclusive, cada sector puede establecer su propia demarcación territorial en función de sus intereses”⁷. Esta disyuntiva estará siempre presente en los funcionarios del sector salud.

El fundamento de un modelo exitoso de descentralización se basa en la identificación real de las capacidades gubernamentales para brindar los bienes y servicios que requiere una población, esta capacidad de gobierno define un modelo organizacional que tendrá o no resultados según su implementación y desarrollo operacional, la lectura actual es de un proceso con limitaciones y problemas que combina el sistema de representatividad, las capacidades de gestión de sus autoridades, así como como la captura de las élites locales, corrupción(de los 25 presidentes regionales 22 vienen siendo investigados) y déficit en la validez de los servicios públicos.

“Aspectos obviados e incluso el modelo organizacional ...con lo cual este modelo no respondía a lo que se necesitaba. A ello se suma la limitada delimitación de funciones, deficiente coordinación intersectorial, falta de liderazgo y rectoría de parte del gobierno nacional y debilidad de los órganos de control, entre otros. Estos factores han determinado un proceso de recentralización y que es producto de la falta de conducción política, débil coordinación intergubernamental, limitada capacidad de gasto regional y local, sistemas administrativos compartimentalizados”⁸

La actuación de los GR ante las poblaciones dispersas y sus necesidades, ha sido declarativa como parte del discurso de inclusión social, sin embargo, en la práctica existe un deterioro creciente del apoyo y aporte a la atención de estas poblaciones, no se ha monitoreado, a este nivel, las intervenciones y menos sus resultados; el financiamiento ha sido desde el tesoro público con limitado aporte regional y local

c.-Crecimiento con inclusión

El crecimiento de la economía peruana ha sido un hecho innegable, en el periodo 1995-2012 el gasto nacional en servicios de salud, creció en 127% en valores reales el Per cápita pasó de 435 a 784 soles, en proporción del PBI pasó de 4.4% a 5.2%; la proporción de gasto de bolsillo se redujo de 46% a 37%, la inversión en salud del Gobierno pasó de 25% a 29%.⁹

Este crecimiento se tradujo en la creación de políticas públicas orientadas a mejorar el acceso y la calidad de los servicios públicos básicos especialmente en salud y educación. Áreas como infraestructura o programas sociales se vieron beneficiadas, además se amplió la inversión en

⁷ Palma, E.; Rufián, D.: *La desconcentración administrativa y las prestaciones sociales*. Instituto Latino Americano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Santiago de Chile, 1993.

⁸ Silva Abanto Fernando, *El Economista-Universidad Nacional de Cajamarca*, 2015

⁹ MINSA-OPS. *Cuentas Nacionales en Salud*, Julio 2015



incorporación de Recursos humanos en Salud, Infraestructura del II nivel y la mejora de la calidad y cobertura de salud y educación. La inclusión social significa integrar a la vida comunitaria a todos los miembros de la sociedad, independientemente de su origen, de su actividad, de su condición socio-económica o de su pensamiento.

En el campo de la salud hay que reconocer los avances logrados en combatir la desnutrición crónica en los menores de 5 años(DCI), entre el 2007 y el 2014 la incidencia cayó de 28.5% a 14.6%. En los menores de 36 meses también se ha registrado una disminución de 12.6 puntos porcentuales en el mismo período (de 27.3% a 14.6%)¹⁰. Las estrategias multisectoriales e intergubernamentales han permitido que la desnutrición retroceda a un ritmo más acelerado en las zonas rurales, pero la brecha entre éstas y los índices que se registran en zonas urbanas se mantiene. Las zonas mas vulnerables siguen siendo las poblaciones rurales indígenas de sierra y selva .La anemia se mantiene como un problema serio que afecta 57% de los niños de entre 6 y 36 meses de edad en áreas rurales

En cuanto la protección social, El SIS, o la salud al alcance de los pobres, según datos del Banco Mundial, en el Perú la inversión per cápita en el sector salud durante el 2013 (US\$354) aumentó en US\$11 con respecto al año anterior, y muestra un aumento constante de atención de población pobre desde el año 2010. Los avances con la implementación y posterior ampliación del Sistema Integral de Salud (SIS), dirigido a los sectores más vulnerables, son alentadores.¹¹ Según cifras del Ministerio de Salud, hasta junio 2015 se cuenta con la inscripción de 16 millones 158 mil 365 personas y se ha logrado que el SIS tenga presencia en todos los distritos del Perú. El 98% de dichas atenciones han sido totalmente financiadas por el Estado, y el 2% restante sólo parcialmente. El 59% de asegurados proviene de zonas urbanas, y las regiones que más atención han demandado han sido Lima, Cajamarca, Áncash, Ayacucho y Cusco. Entre enero y marzo de este año han sido los niños entre 0 y 4 años los que más atenciones han demandado, más de 4,7 millones.

Respecto a las poblaciones dispersas este crecimiento ha sido inversamente proporcional al apoyo a las intervenciones itinerantes para la atención de salud, si bien se ha incrementado la afiliación al SIS no existe evidencia del porcentaje de personas atendidas por el SIS y que provienen de estas comunidades Dispersas

d.- La Reforma en salud

Actualmente, el Perú enfrenta un escenario político, económico y social que hace favorable y viable la implementación de una política de cambios en el Sector Salud, este conjunto de factores deben permitir la realización de los cambios necesarios para avanzar en la protección social en salud de toda la población y ofrecerle más y mejores servicios¹².

¹⁰ INEI, ENDES 2014

¹¹ http://wwwds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/LCR/2015/06/17/090224b082f41807/1_0/Rendered/PDF/Peru000PE000APOReport000Sequence012.pdf

¹² CNS, Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud , Julio 2013



En este contexto, se propone reordenar el Sistema de salud, especialmente respecto a la prestación, en donde se propone la implementación de redes integradas con una orientación hacia la atención primaria de la salud y poniendo énfasis en mejorar su capacidad de resolutiveidad¹³. Existen tres mandatos en la Reforma, relacionados con este propósito: "el reto es avanzar hacia un Sistema de Salud enfocado en el ciudadano para lo cual es fundamental cerrar las brechas de infraestructura, de recursos humanos y de gestión para: (a) mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, (b) responder a las características culturales de la población, (c) garantizar un trato digno e igualitario al usuario, (d) proveer de información para decisiones informadas por parte del usuario"¹⁴, en lo que se refiere a la atención de poblaciones dispersas el Consejo nacional de Salud (CNS) propone " que el MINSA promueva de manera prioritaria el fortalecimiento del enfoque de Atención Primaria de Salud, mediante la implementación de un nuevo modelo de atención que incorpore la organización territorial para brindar la atención integral, continua y de calidad a individuos y familias, con énfasis en la atención ambulatoria, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades más importantes. Su fortalecimiento busca, por un lado, elevar la capacidad resolutive de los servicios del primer nivel de atención.

En el mismo documento de reforma del Sector salud el CNS propone que "el MINSA deberá potenciar la estrategia de atención itinerante para que la población localizada en zonas alejadas y dispersas pueda acceder a estos servicios de salud. Para ello, se deberá ampliar el número de brigadas de Atención Integral de Salud a la Población Excluida y Dispersa (equipos itinerantes u oferta móvil) con un trabajo articulado a las redes integradas, y que cuenten con financiamiento a través del Seguro Integral de Salud"¹⁵.

e.- La necesidad de resultados sanitarios basado en evidencias

Si bien los indicadores sanitarios en el País han mejorado en los últimos años, se han mejorado las coberturas de atención, se ha incrementado el financiamiento y el número de recursos humanos en salud (RHUS), sin embargo, todos estos avances no son suficientes, persisten las brechas en cuanto a la disponibilidad de recursos y la calidad de atención que se refleja en inequidades en la atención a la población y servicios que no responden a estas nuevas demandas en salud; los cambios epidemiológicos, la transición demográfica han determinado el incremento de las enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles y degenerativas lo cual ha rediseñado la demanda de la población, el desarrollo de la oferta sanitaria no va a la par de estos cambios, estos déficit han generado "bolsones" de población sin atención y un incremento del gasto de bolsillo, y todos esto conlleva a un detrimento de su bienestar familiar y incrementando la exclusión sanitaria y social. La población esta cada vez mas informada y valora, cada vez más, la rapidez en la atención, el buen trato, el respeto a su cultura y la capacidad de resolución de su problema, así como, la incorporación de las nuevas tecnologías o alternativas para mejorar su atención.

¹³ CNS, Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud, Julio 2013, pág. 4

¹⁴ CNS, Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud, Julio 2013, pág. 44

¹⁵ CNS, Lineamientos y medidas de reforma del sector salud, Julio 2013, pág. 44



e.- La vigencia de la APS

La APS aborda los más variados y frecuentes problemas de salud y sus determinantes, proporcionando los servicios preventivos, de diagnóstico y tratamiento, de rehabilitación y de promoción de la salud, capaces de maximizar la salud y el bienestar de la población. Integra la atención para los diversos grupos de población según sus necesidades y ejecuta actividades en diferentes escenarios: centros de salud, centros educativos, centros de trabajo, gobiernos regionales y locales, la familia y la comunidad. La APS organiza y racionaliza los recursos del sistema de salud, de otras organizaciones y de la comunidad en función del bienestar físico y mental de la población¹⁶.

Un Sistema de Salud basado en la APS se expresa en estrategias tanto en la organización como en la operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del Sistema¹⁷. En nuestro país, es necesario implementar un proceso operativo efectivo que partiendo de la concepción de atención integral a la salud con sus elementos esenciales¹⁸, de un sistema de salud basado en la APS y asumiendo que la responsabilidad del primer contacto del servicio de salud con la población debe estar a cargo en un equipo básico de profesionales de la salud, en un territorio determinado, se debe superar las prácticas de prestación generalmente recuperativas y procedimientos que no siempre se relacionan con las necesidades concretas de cuidado de la salud de la población.

Si algo es clave en Atención Primaria de la Salud es la capacidad para adecuar las actividades a las necesidades, valores y creencias de los usuarios, y eso se refiere también a la prevención y a la promoción de la salud (se deberían "ajustar" a las peculiaridades de cada paciente y comunidad) además que intentar eliminar el resto de barreras de acceso, como las culturales, idiomáticas, horarias, geográficas¹⁹.

La APS en la práctica solo puede visibilizarse en la implementación de redes integradas de salud (RIAPS) para lo cual es importante centrar la atención en las familias, un conjunto de familias conforman una unidad Básica de atención en salud (UBAS) y estas unidades deben ser atendidas por un equipo básico de atención (EBAS) que incorpore un enfoque de atención integral, incorporando el concepto de accesibilidad e integración social en estas comunidades, esta estrategia es válida para comunidades dispersas y bajo este enfoque las intervenciones serán más equitativas y con resultados.

El nuevo escenario sobre la vigencia de la APS renovada en el modelo de atención nacional privilegiará el énfasis en el enfoque familiar, la atención integral de las poblaciones, entendida

¹⁶ Vargas Gonzales William, Atención primaria de salud en acción : su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica /William Vargas González -- San José, C. R. : EDNASSCCSS,2006

¹⁷ OPS, Marzo 2007

¹⁸ Cobertura y acceso universales, primer contacto, atención integral, integrada y continua, orientación familiar y comunitaria, énfasis en la promoción y en la prevención, cuidados apropiados, mecanismos de participación activa, marco político, legal e institucional sólido, políticas y programas pro-equidad, organización y gestión óptimas, recursos humanos adecuados, recursos adecuados y sostenibles, acciones intersectoriales

¹⁹ www.equipoesca.org jgervasc@meditex.es



como la oferta de servicios tanto para la población sana, la población en riesgo y la población que está enferma.

f.- La interacción cultural en Salud.

Entendemos por Interacción cultural, al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido²⁰. Se comprende por sinergia la asociación de diferentes elementos que actuando conjuntamente generan un producto mayor del que se deriva de la suma de actividades de cada uno de ellos. La existencia de una pluralidad de grupos étnico-culturales, tanto en sierra como en la selva, con conocimientos, prácticas, recursos curativos y distintos del sistema de salud oficial ha generado, en gran parte del personal de los servicios de salud; conductas discriminativas y relaciones autoritarias en perjuicio de los sistemas de salud tradicionales y de los miembros de estos sectores de la población que son rechazados, menos valorados y minimizado sus prácticas de prevención y tratamiento ancestral y tradicional, para minimizar y erradicar esta discriminación y exclusión es necesario la aplicación del principio de relevancia a través de la adopción de medidas de discriminación positiva, tales como: Promover en el personal de los servicios de salud existentes, muestren actitudes de respeto a la diferencia y la diversidad así como de reconocimiento y valoración de la contribución de la medicina tradicional a la salud de las poblaciones; se debe asegurar una mejor interacción entre el personal de los servicios de salud, especialmente los que trabajan en zonas rurales andinas y de selva, para entender y realizar actividades conjuntas y complementarias y aprender ambos; incorporar estrategias para la identificación de factores protectores, individuales y colectivos, sociales y culturales que potencialmente puedan contribuir a una mejor interacción.

"En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial, se sustenta (la interrelación) en cuatro principios básicos: reconocimiento de la diversidad cultural, relaciones equitativas, respeto a las diferencias y enriquecimiento mutuo. La implementación del enfoque de interacción cultural en los servicios de salud implica desarrollar habilidades en primer lugar en el personal de salud para involucrarse en una relación asertiva e igualitaria donde varios grupos de poblaciones culturales diferentes, conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos"^{21,22}.

Un enfoque basado en el entendimiento de la cultura local, ayuda a garantizar la sostenibilidad y la relevancia de la intervención al incorporar las creencias, preferencias, lenguaje y visión de la población de las comunidades dispersas y alejadas, es una acción intercultural en donde el énfasis está en la acción de reconocernos entre ciudadanos.

g.- Cumplimiento de los Objetivos del Milenio y la agenda post 2015

El Ministerio de Salud, en cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, compromiso suscrito por el Estado peruano en el ámbito de las Naciones Unidas, se ha planteado como metas

²⁰ http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662013000100012

²¹ http://medicinaintercultural.org/sites/default/files/p/2809/f-2719-boletin_02-15-2014.pdf

²² http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtidi/taller_inter/Modelo_Intercultural_09.pdf



la reducción de la mortalidad materna e infantil para el año 2015²³. En coherencia con estos compromisos, durante los últimos años el Ministerio de Salud ha considerado como prioridad política sectorial la reducción de la mortalidad materna y neonatal, desarrollando diferentes actividades para contribuir en el logro de tales metas, si bien la salud materna en el Perú ha mejorado en la última década, persisten tasas elevadas de mortalidad materna y neonatal, concentradas en las regiones de mayor ruralidad y pobreza, a pesar de los esfuerzos técnicos financieros de los últimos años, se mantienen las brechas de oferta sanitaria para las poblaciones dispersas.

La agenda mundial hasta el 2015 expresada en los ocho Objetivos del Milenio (ODM), como visión de hacia dónde debemos colocar los esfuerzos para transformar condiciones de vida de nuestra poblaciones, no se ha podido cumplir con la meta de muchos de ellos, sin embargo, es necesario reconocer avances importantes, como reducción de la mortalidad infantil y materna, reducción de enfermedades transmisibles como malaria y VIH SIDA. En la actualidad, la nueva agenda propuesta para después del 2015, tuvo como base el Informe de las Naciones Unidas del año 2012 “El futuro que queremos para todos” en este documento se resalta la necesidad de un cambio de modelo de desarrollo, que estará basado en tres principios fundamentales: **Derechos Humanos, Igualdad**, Sostenibilidad y cuatro dimensiones: **Desarrollo social incluyente**, sostenibilidad ambiental, desarrollo económico incluyente y seguridad y paz. Es una propuesta que abre el debate sobre las prioridades que debemos concretar y se basa, en la certeza de que los Objetivos del Milenio como trazadores de la ruta a seguir, nos evidencia los resultados que queremos obtener. “La agenda de Desarrollo post 2015 esté basada en una comprensión y enfoque integral de esta realidad, lo que esta a prueba La capacidad de la humanidad para dar con un desarrollo productivo que sea sostenido y sostenible en la que la prosperidad generada sea compartida, no excluyente y en el que la mejor política social siga siendo la creación de empleos productivos de calidad;... Confiere sostenibilidad al desarrollo social; Asimismo,... que los objetivos y el logro de las metas-ODS sean vistas como una apuesta-compromiso de toda la sociedad: gobierno – sector privado – sociedad civil”²⁴.

La intervención en las poblaciones dispersas deben tener como referencia los 17 acuerdos mundiales a favor del desarrollo sostenible inclusivo.

6.2.- LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA POBLACIÓN DISPERSA Y EXCLUIDA, Y SU ATENCIÓN EN SALUD

La mayoría de las comunidades y poblaciones dispersas se encuentran ubicadas en zonas rurales de sierra andina y especialmente de la selva amazónica, en el siglo XXI un alto porcentaje de la población peruana vive en zonas rurales de sierra y selva, esta población cuenta con limitaciones para integrarse de manera igualitaria con el resto de población, tanto por carencias en la disponibilidad y acceso a servicios básicos educativos y de salud, la dificultad en la conectividad, un gran porcentaje de estas poblaciones hablan un idioma diferente al castellano y su entorno de vida no solo es de pobreza si no que están en gran medida al margen del desarrollo social y económico que la mayoría de la población del país tiene; las políticas sociales públicas de mayor

²³ ONU: Objetivos de Desarrollo del Milenio 2005 - 2015

²⁴ ONU: Desarrollo sostenible, ODS, 2014



beneficio para la población se han implementado, desde la vida republicana, principalmente en poblaciones grandes y concentradas, que generalmente están en la costa y algunas capitales de departamentos en la sierra y selva; vivir en la costa o en una capital provincial o departamental es una ventaja; estas zonas de mayor desarrollo son habitadas por personas con mayores recursos económicos y que paradójicamente tienen una mayor oportunidad de crecer y mejorar su nivel de vida, mientras que las en las poblaciones dispersas y alejadas las oportunidades de mejora de vida son menores y más difíciles de alcanzar.

Si vemos el tema de la dispersión a nivel de provincias encontramos lo siguiente *"en doce de las ochenta y seis provincias analizadas, más de la mitad de su población vive en ámbitos geográficos dispersos. Podemos concluir que una parte importante de la población de los departamentos analizados, vive en centros poblados rurales y pequeños (con pocas viviendas y pocos habitantes)... sino además en áreas geográficas dispersas"*.²⁵

En este tipo de comunidades (dispersas), debido a la gran dispersión en la que viven sus integrantes, la práctica organizacional es limitada, especialmente en la selva o en comunidades que no han tenido una historia de participación social; la experiencia comunal de este tipo de asentamientos humanos, permite visualizar que los pobladores únicamente se unen para demandar pequeñas cosas de solución inmediata y poco duraderas y su proyección de desarrollo es limitada.

"Las consecuencias de esta forma de distribución espacial de la población, es un menor acceso a los servicios de salud y las dificultades para la ejecución de cualquier proyecto de inversión, no sólo por la dificultad de acceso a la población de estos centros poblados sino por el alto costo que implica invertir en lugares como los descritos. Por lo tanto, será necesario diseñar estrategias específicas para la atención de la población que vive en estos centros poblados rurales, pequeños y dispersos".²⁶

Al vivir en condiciones ambientales difíciles, por la altura y el clima o en zonas distantes del mercado, han creado condiciones económicas desfavorables que se han acelerado, durante las últimas dos décadas, procesos migratorios de muchas de estas poblaciones, en especial de sus sectores más jóvenes, hacia centros poblados y ciudades intermedias, incluso fuera de sus departamentos de origen. Para muchos de ellos, *"la migración temporal o la movilidad permanente forma parte de su dinámica social, que conducen a que se produzca entre estas poblaciones situaciones de desarraigo cultural, de pérdida de sus referentes culturales y cohesión social, todo lo cual es, como se verá, un factor que influye en la situación de su salud"*.²⁷

La población rural dispersa tiene un limitado acceso a servicios de salud, los factores que restringen el acceso son: la dispersión geográfica de los centros poblados, la lejanía de los establecimientos de salud, los costos del traslado y el tiempo que les demanda llegar a los establecimientos, desconfianza respecto a la atención, equipamiento insuficiente de los establecimientos, escaso número de personal calificado, limitada capacidad resolutoria, patrones

²⁵ http://www.parsalud.gob.pe/factibilidad-del-programa,Modulo II_Identificacion - Diagnostico

²⁶ http://www.parsalud.gob.pe/factibilidad-del-programa,Modulo II_Identificacion - Diagnostico

²⁷ Defensoría del Pueblo, Informe Defensorial No 134, Lima 2008



culturales no compatibles con los de la comunidad a la que habría que agregar el pago y costos directos e indirectos de los servicios ofertados.

El tema de la exclusión social y sanitaria pasa principalmente por el tema de la accesibilidad geográfica, que limita que los servicios públicos de calidad lleguen a estas poblaciones por ser poblaciones con un número pequeño de pobladores, la falta de conectividad, medios regulares de transporte, la dificultad económica para contratar personal profesional y lograr su retención en el lugar, *"La característica principal de la inaccesibilidad geográfica es que configura grupos especiales de demanda de atención, aísla a una determinada población y le genera un entorno social y sanitario que la hace diferente a las poblaciones que tienen fácil acceso"*.²⁸

Las condiciones de salud de estas poblaciones está asociada a las condiciones de saneamiento de los poblados y especialmente al suministro de agua segura y saneamiento básico, que se relacionan sobre las prácticas de higiene en la familia; la presencia o no de enfermedades digestivas y de la piel, en el caso de las comunidades nativas esta relacionada con el agua *"El acceso al agua es un componente importante en las decisiones y estrategias del asentamiento de las familias, básicamente por la preparación de alimentos, el acceso a las proteínas que los peces suministran en la dieta y la preservación de la cultura alimentaria"*²⁹,

Una característica importante que influye en la atención de la salud de estas comunidades es el patrón poblacional y de asentamiento de estos pueblos; las comunidades nativas amazónicas en el año 2007 *"se señala que en el Datem del Marañón se ubican las étnicas Awuajun, Chayawita, Candoshi, Achuar, Huambisa, Quichua, Candoshi-Murato. La estructura poblacional de las comunidades amazónicas refiere una pirámide con una base muy ancha (muchos niños), con una fecundidad de 8,32 hijos por mujer a diferencia de todo el departamento de Loreto con 2,98. La tasa de Mortalidad Infantil fue de 27,6 para la región Loreto y de 38,4 por mil nacidos vivos para las comunidades nativas"*.³⁰

En general, las poblaciones rurales alejadas han transitado de un patrón de asentamiento desagregado y disperso, caracterizado por una alta movilidad, a otro más sedentario y nucleado en torno a ciudades o comunidades de mayor tamaño poblacional. La movilidad que presentan algunas comunidades o etnias nativas responde, sobre todo, a la necesidad de tener un ingreso económico adicional o complementar su dieta en el caso de comunidades de selva, éstas se orientan a migrar a lugares que demande mano de obra para siembras o cosechas y en el caso de las comunidades nativas ir a lugares cada vez más alejados de comunidades y ríos para cazar o pescar, lo que se hace cada vez más difícil por la paulatina extinción de los recursos de fauna y flora.

La limitada disponibilidad de servicios públicos como saneamiento, electricidad contribuye a incrementar las probabilidades de mantener su situación de pobreza, el acceso a estos servicios impactan positivamente sobre la productividad y la salud, *"el 66,1% de hogares de las viviendas contaba con servicio higiénico conectado a red pública, 10,4 puntos porcentuales más que lo observado en el año 2009. El 84,8% de los hogares de las viviendas del área urbana contaba con*

²⁸ Defensoría del Pueblo, Informe Defensorial No 134, Lima 2008

²⁹ Defensoría del Pueblo, Informe Defensorial No 134, Lima 2008

³⁰ INEI Censo 2007, Análisis sociodemográfico de las comunidades nativas amazónicas. Loreto, 2007.



servicio higiénico conectado a red pública, en cambio en el área rural solo el 17,7% disponía de este servicio."³¹ Vivir en zonas rurales y dispersas dificulta contar con servicios básicos por el costo y la dificultad técnica relacionada con la geografía y dispersión.

La evolución del Índice del Desarrollo Humano (IDH) promedio en el Perú se acompaña de una tendencia a la reducción de la pobreza. El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) calculado por el Informe Mundial 2014 muestra en el caso peruano una reducción importante en los últimos años. Así en el 2008, la pobreza multidimensional afectaba a cuatro millones 605.000 personas (16,1% de la población), mientras que al 2012 esa incidencia se había reducido a tres millones 132.000 personas (10,4% de la población).

"La proporción de provincias de la selva (con crecimientos de IDH mayores al 50%) es demasiado numerosa como para ser calificada de casual. Sin embargo, en este progreso de los que se puede denominar "*sectores emergentes en el desarrollo humano*", logrado esencialmente a través de ingresos, se advierte la presencia del cultivo, procesamiento y comercialización de la coca y de la minería artesanal –en gran parte ilegal– como fuentes de recursos, precisa el informe"³². En el otro extremo, se observa una caída en el nivel de desarrollo humano en las provincias que presentan situaciones históricas de privación y con IDH bajos, y en las que usualmente hay poca presencia del Estado (se constata una relación directa entre carencias de servicios públicos y bajo desarrollo). Para ambos casos, el informe recomienda una focalización de las políticas públicas que habilite trayectorias sostenibles de desarrollo humano.

Sobre la demanda de los servicios de salud, "las personas en situación de pobreza se sienten enfermos con menor frecuencia que las no pobres (62.4% vs. 72.3%). Similar situación se observa cuando se analiza por quintiles de gasto per cápita, en donde la población con menor capacidad de gasto (quintil I) autorreportan enfermedad en menor proporción que las que tienen mayor capacidad de gasto (63.7% vs 75.4%). Según el tipo de problema de salud identificado se observa que los pobres y pobres extremos reportan menos las enfermedades crónicas (25.5% y 21.2% respectivamente) que los no pobres (40.4%). Comportamiento similar se encontró al analizarse por quintiles de gasto."³³

Los bajos niveles de PBI per cápita en las provincias con poblaciones dispersas de sierra y amazónicas están asociados a la baja productividad de la actividad agropecuaria rural. Los dos condicionantes de la salud asociados al nivel de ingreso son la desnutrición y el nivel educativo de la población. La medición con el patrón de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Patrón de Referencia del National Center for Health Statistics (NCHS). De acuerdo con el patrón de la OMS, según la ENDES 2014, la desnutrición crónica afectó al 14,6% de niñas y niños menores de cinco años de edad; frente al 23,8% en el 2009 lo que es una importante reducción. Por área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (28,8%), es decir, 20,5 puntos porcentuales más que en

³¹ INEI, ENDES, 2014

³² INEI, "Cifras de la Pobreza 2014"

³³ INEI, ENAHO, 2013

el área urbana (8,3%).

Las madres sin educación (11,7%) y con educación primaria (8,5%) tuvieron un mayor porcentaje de niñas y niños con desnutrición global en relación con las de educación secundaria (3,6%) y superior (1,8%). Con respecto al año 2015, se estima alcanzar la meta de desnutrición global en niñas y niños de madres con educación primaria (7,3%) y secundaria (3,1%).³⁴

Otro determinante social importante relacionado con la salud es el nivel educativo de la población, El grado de instrucción y el nivel educativo alcanzado por la población se considera como uno de los factores que podría influir sobre la capacidad de las personas de reconocer síntomas e identificarse como enfermos. "En aquellas personas analfabetas el autorreporte de enfermedad fue menor que entre las personas que saben leer y escribir (82.7% vs. 85.7%), similar comportamiento se observó al analizar esta condición en los jefes de hogar (85.4% vs. 88.2%)".³⁵

La mediana de años de estudios de los hombres que residen en el área urbana (10,2 años) fue el doble de la estimada para los residentes en el área rural (5,1 años)." La brecha educativa aumentó de 3,8 años en el 2009 a 5,1 años en el 2014. Asimismo, la mediana de años de estudios más alta de las mujeres de seis y más años de edad se presentó en la Provincia Constitucional del Callao y el departamento de Lima (10,2 años) seguido de Tacna Moquegua y Arequipa (10,1 años cada uno), e Ica (9,8 años). Por otra parte, la mediana de años de estudios más baja la tuvieron las mujeres de Huancavelica y Apurímac (4,2 años cada uno)".³⁶

Sobre el perfil epidemiológico de estas comunidades se toma como referencia la información disponible en el análisis de la información epidemiológica en los Análisis de la situación de Salud (ASIS) de las comunidades nativas elaboradas por la DGE del MINSA³⁷, según esta fuente que se basa en el registro de los establecimientos de salud que dan atención a comunidades nativas, el 81% de todas las consultas externas realizadas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud tienen como causa nueve patologías o grupos de patologías relacionadas, las enfermedades de las vías respiratorias superiores ocupan el primer lugar como causa de consulta con un 17.6%. Otro de los motivos frecuentes de consulta son las enfermedades infecciosas y parasitarias y las enfermedades infecciosas intestinales, la mayoría de estos problemas son enfermedades transmisibles de origen infeccioso los cuales son consecuencia de la realidad en que vive la población por falta de saneamiento básico y educación sanitaria (consumo de agua directamente del río sin previo tratamiento, accesibilidad geográfica, cultural y factores climatológicos agresivos. Los informes de ELITES y AISPED de esa época y actualmente muestran coincidencia con la distribución encontrada en el HIS

"Según la encuesta de percepción, los principales problemas manifestados son las enfermedades infecciosas entre las que se encuentran las enfermedades diarreicas agudas,

³⁴ INEI, ENDES 2014

³⁵ INEI, ENAHO, 2013

³⁶ INEI, ENDES 2014

³⁷ MINSA, DGE, ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL PUEBLO NANTI DEL ALTO CAMISEA, 2014



PERÚ

Ministerio
de Salud

Programa de Apoyo
a la Reforma del Sector Salud
PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

problemas respiratorios (respiratorias superiores, neumonía, bronquitis), enfermedades de la piel, y síntomas generales como la fiebre, vómitos y cólico abdominal".³⁸

En la DIRESA Loreto la situación es similar "los resultados de la vigilancia epidemiológica activa en la Red Datem del Maraón correspondiente a los años 2002 al 2012, se aprecia una elevada prevalencia de la Malaria, el incremento de la notificación de casos de Leishmaniosis y ofidismo (accidental). El problema del dengue siempre ha estado presente en los años previos, hay un incremento de los casos de tos ferina, la presencia de 04 muertes maternas; de las 30 muertes maternas en la Región Loreto en el año 2012, las del Datem del Maraón aportaron con el 13%. Los grupos etarios más afectados con la morbilidad y mortalidad son los niños y gestantes fundamentalmente".³⁹

El embarazo adolescente en estos departamentos es, asimismo, un tema que debe ser analizado desde un enfoque intercultural; en tanto son distintos los embarazos producto de las uniones conyugales tempranas correspondientes a los patrones culturales de los pueblos indígenas, "de otros pueden haberse incrementado en los últimos años como consecuencia del mayor contacto con personas foráneas a la comunidad, así como del desarrollo del turismo sexual en los departamentos de Loreto y Madre de Dios, especialmente."⁴⁰

La principal causa de muerte en poblaciones dispersas y nativas son las enfermedades infecciosas y parasitarias, que "representaron el 83% del total de las muertes, cifra mayor que la observada en el periodo anterior (1995 – 2003) (75%). La segunda causa fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal (11%), las que también mostraron un incremento respecto al periodo anterior (8%), poniendo en evidencia la vulnerabilidad de este grupo. En este periodo (2004 -2013) no se han registrado muertes por causas externas"⁴¹.

"La razón por la que la mayoría de las muertes en la población Matsigenka-Nanti, fueron consecuencia de las enfermedades infecciosas y parasitarias y que se hayan originado en contextos epidémicos, ponen en evidencia la falta de inmunidad de esta población a los diversos agentes patógenos a los que se ven expuestos. Aún cuando se ha mejorado la accesibilidad a servicios de salud, todavía existen limitaciones en el equipamiento y abastecimiento de medicinas y biológicos; la atención no es permanente y está a cargo de personal técnico".⁴²

*Al desagregar las causas de mortalidad, se encontró que la mayor incidencia de muertes fueron por la enfermedad diarreica aguda (EDA, 49%) e infección respiratoria aguda (IRA, 29%). Como se ha señalado, la mayoría de estas muertes están asociadas a eventos epidémicos.*⁴³

Los altos niveles de mortalidad infantil son "en extremo alarmantes y están asociados principalmente a Infecciones respiratorias Agudas (IRA) y a Enfermedades Diarreicas Agudas

³⁸ MINSAL, DGE, ASIS Comunidades nativas, Shipibo – Konibo 2002

³⁹ OPS/OMS, Modelos para el desarrollo del Diplomado en Atención Integral con enfoque en Salud Familiar e Intercultural para Comunidades Dispersas y Excluidas en la Provincia del Datem del Maraón - Loreto. 2013

⁴⁰ Defensoría del Pueblo, Informe Defensorial No 134, Lima 2008

⁴¹ MINSAL, DGE, ASIS Comunidades nativas, Matsigenka-Nanti 2014

⁴² MINSAL, DGE, ASIS Comunidades nativas, Matsigenka-Nanti 2014

⁴³ MINSAL, DGE, ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL PUEBLO NANTI DEL ALTO CAMISEA, 2014



(EDA). Esta última causa de mortalidad infantil tiene una relación directa con las condiciones de falta de acceso al agua potable y saneamiento básico de las comunidades nativas. Las defunciones causadas por infecciones intestinales son estimadas en un 3.2% a nivel nacional, pero en Madre de Dios representan el 12.2% del total. En cuanto a Infecciones respiratorias Agudas, Ucayali muestra un indicador de 24.1% del total de defunciones, siendo el promedio nacional de 18.6%".⁴⁴

Según ENDES 2014, por lugar de residencia, la mortalidad infantil en la zona rural fue el doble de la mortalidad infantil que en la zona urbana en el 2014, sin embargo la mejora es evidente dado que el año 1989 en donde era el doble, pero en tasas mucho mayores que en el 2014.

En las poblaciones dispersas y alejadas "La mortalidad por enfermedades transmisibles es la principal causa de muerte en ambos sexos, le siguen las neoplasias, enfermedades del sistema circulatorio, afecciones del período perinatal y las causas externas. Esta distribución es similar a la encontrada en la población indígena amazónica del Perú salvo que en el tercer lugar aparecen las causas externas (En orden de frecuencia: Enfermedades transmisibles, las neoplasias, las causas externas y las enfermedades del sistema circulatorio).⁴⁵ Un problema sobre la información sobre hechos vitales es el subregistro, las zona de selva que tiene una mayor cantidad de comunidades dispersas tiene un alto porcentaje de subregistro superior al promedio nacional.

Sobre la Información sobre Población dispersa identificada y oficializada, no se dispone de data certera acerca de cuantos son y donde están; el INEI nos muestra información del Censo Nacional del año 2007 donde nos hacen conocer que de los 98,011 centros poblados que existen en nuestro país, 94,635 centros poblados tienen menos de 500 habitantes que en total hacen 5,985,000 pobladores que representan el 21.8% de la población total. Es evidente que no todas estas poblaciones son dispersas o aún excluidas, muy pocas poblaciones con menos de 500 habitantes deban contar con un establecimiento de salud que atienda sus necesidades de salud.⁴⁶

La DIRESA Ayacucho es una de las pocas instituciones de gobierno en salud que han identificado sus comunidades alejadas y dispersas "la Región Ayacucho a través de la Resolución Ejecutiva Regional No 817-2006-GRA/PRES, declara y reconoce a 473 comunidades campesinas alto andinas dispersas y excluidas; sin embargo realizando la confrontación de la relación oficial de comunidades excluidas y dispersas con otras que tienen las mismas características, alcanzan a un total de 533 comunidades; de los cuales 429 se encuentra en el rango de 3 a 6 horas y 104 se encuentra de 6 a más horas de distancia para acceder a los servicios de salud.⁴⁷

"En el 2010 La población de zonas vulnerables y alejadas vivía en 505 comunidades del Departamento de Ayacucho, en el 2014, en base a los criterios establecidos por la DIRESA

⁴⁴ Defensoría del Pueblo, Informe Defensorial No 134, Lima 2008

⁴⁵ MINSA, Análisis de Situación de Salud y Tendencias N° 005, OGE, 2008

⁴⁶ Umbral, USAID 2012

⁴⁷ Bautista Prado Cleymer, Estudio de impacto de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas - AISPED en la Región Ayacucho, 2011



Ayacucho se ha identificando a 376 comunidades vulnerables, alejadas y dispersas, con una población estimada en 43,057 habitantes y agrupadas en aproximadamente de 8719 familias".⁴⁸

En el 2012⁴⁹ se identificaron a nivel nacional (18 regiones) el numero de personas que viven en estas poblaciones dispersas serian de 768,520 habitantes, si ponemos como promedio 200 habitantes por cada comunidad tendríamos un universo de 3842 comunidades dispersas a nivel nacional..

Respecto a la relación intercultural entre los servicios de salud y la población, hace necesario poner en valor el reconocimiento de las diferencias y de los requerimientos específicos de las mujeres y los grupos étnicos-culturales, "esto no debe implicar la creación de nuevas desigualdades a través de políticas parciales y estigmatizantes sino que debe conducir a la reducción de las desigualdades existentes, sin eliminar ni olvidar las diferencias"⁵⁰

Las mujeres también indican que encuentran en el personal de salud actitudes poco sensibles y hasta irrespetuosas de sus saberes y prácticas. Esto crea un ambiente de desconfianza e incomodidad por parte de las mujeres indígenas hacia el equipo de salud: «Mamás cuando se van a la posta no saben te dicen ya échate de una vez abre tu pierna y nosotras no tenemos el valor para dar a luz y cuando nosotros damos vertical tenemos el valor y fuerza y empujamos y ya sale el bebé» (CN Nueva Unión, Ucayali). Otro obstáculo que inhibe a las mujeres de buscar atención en el servicio de salud es la ausencia de personal femenino que hable el idioma local: «Hay gestantes que no conocen otras palabras, otro es que las mamás por la vergüenza no le hacen ver que está embarazada, que está gestando, el control cuando le explique las mamás no entienden que dicen»⁵¹.

El MINSA en respuesta a la demanda de la población que vive en poblaciones dispersas ha elaborado documentos normativos, para tal fin uno de ellos es el Modelo de atención aprobado por el MINSA en el 2011(MAISBFC) la atención principal para estas poblaciones, esta dada por la atención de la oferta móvil que "Se constituye en oferta complementaria a la oferta fija e Integrada a una red de servicios de salud y que constituye la principal forma de atención para poblaciones excluidas y dispersas, que habitan las localidades que carecen de oferta fija de salud y que para poder acceder a ella, tienen que trasladarse un tiempo superior a cuatro horas, por camino de herradura y/o vía fluvial, o por el medio de transporte más usado a la localidad, del establecimiento de salud más cercano; y, las localidades con la mayor dispersión poblacional en el ámbito regional, buscando garantizar la equidad en el acceso... *El modelo de prestación esta centrado en los Equipos AISPED que facilitan que la población objetivo tome contacto con el Sistema de Salud. Por lo que, la capacitación de los equipos AISPED debe incluir el aseguramiento universal de salud (planes de atención, PEAS, planes complementarios) y la atención integral de salud con enfoque de familia y comunidad.*"⁵²

⁴⁸ DIRESA Ayacucho, Programa de atención a Familias que viven en comunidades Alejadas y Dispersas, Setiembre 2014

⁴⁹ Pereyra Maria, Situation de las poblaciones dispersas, Peru ,AISPED 2014

⁵⁰ MINSA, MAIS BFC Junio 2011

⁵¹ Defensoría del Pueblo: El Informe Defensorial N° 169, «La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural» Lima 2015.

⁵² MINSA, Modelo de Atención Basado en Familia y comunidad-RM464, MINSA Junio 2011



Existen otras formas de atención móvil desarrolladas en el país, como son los Programa de Atención Integral de Salud para las Comunidades Indígenas, en la Selva peruana a través de los Proyectos PIAS, en la cual se ofrecen cuidados básicos para las comunidades indígenas; otras formas de atención itinerante han sido la atención mediante el uso de vehículos priorizando las atenciones materno infantiles y de salud oral, algunas veces se incorporan métodos de prevención y entrega de medicamentos.

Las poblaciones dispersas generalmente acceden a servicios del I nivel de atención, con énfasis de la atención a la gestante y crecimiento y desarrollo de los niños, en la medida que son requisitos para acceder a algunos programas sociales como JUNTOS, sin embargo, esta población no tienen garantizada una atención en los niveles II y III, una razón es la falta de establecimientos de estos niveles en las cercanías de estas poblaciones dispersas, otra limitación es el conocimiento que tienen los usuarios de la red del sistema de salud que esta disponible para ellos.

Sobre la identidad, según el censo del 2007 para la región Loreto, hay un 82,5% de nativos que tienen su DNI, hay un porcentaje de aproximadamente 17,5% que no tiene a este documento, por lo tanto, no accede al SIS; de estas comunidades nativas sólo "40,9% tienen un establecimiento de salud, el resto no cuentan, de ellas el 45,4% cuentan con botiquines comunales y el 42,3% con puestos de salud y 10,9% con acceso a un Centro de Salud. Una gran fortaleza es que el 79% del personal de salud que trabaja en las comunidades, son de procedencia indígena y el 42,5% de estos pertenecen al sector público, el 21,3% al sector informal y el 10,1% al sector privado. La gran diferencia que existe con respecto al acceso al establecimiento de salud, el Censo refiere que el 71,3% de su población acude a un establecimiento de salud para atenderse por una enfermedad o accidente, y el 70% de las comunidades utilizan las plantas medicinales y medicamentos como método de curación".⁵³

Existen factores identificados que explican las limitaciones para que tanto las poblaciones rurales de sierra y las poblaciones indígenas amazónicas puedan acceder a los establecimientos de salud. Uno de los más importantes, es la barrera geográfica, las distancias que separan a las comunidades rurales y nativas de los establecimientos de salud que cuentan con mayor capacidad resolutoria.

Las poblaciones de las comunidades indígenas y nativas tienen primordialmente sólo dos medios para acceder a los establecimientos de salud: la caminata, el uso de acémila y/o la embarcación en la selva. No existe en estas zonas un servicio regular de transporte, sea fluvial o terrestre. Presentamos algunos testimonios: "Para llegar al centro de salud de Túpac Amaru, uno debe caminar una hora y media, o seis horas al centro de salud de Imaza"; "Son 5 días, ida y vuelta, a pie combinando con embarcación, hasta el CLAS Boca de Manu".⁵⁴

Considerando el tiempo que estas familias requieren para poder llegar hasta el establecimiento de salud más cercano (independientemente del medio de transporte), se ha calculado que para

⁵³ OPS/OMS, Modelos para el desarrollo del Diplomado en Atención Integral con enfoque en Salud Familiar e Intercultural para Comunidades Dispersas y Excluidas en la Provincia del Datem del Marañón - Loreto. 2013

⁵⁴ Defensoría del Pueblo, Informe Defensorial No 134, Lima 2008

más de la mitad de las comunidades estudiadas se necesita un promedio de tiempo de 1 a 3 horas. *"Para un número menor de comunidades (3), poco más distantes, se ha calculado un tiempo de 4 a 6 horas. El caso más extremo de lejanía respecto a un establecimiento de salud es Manu, donde los pobladores necesitan entre 4 y 5 días para poder llegar. En ese sentido, la no disposición de embarcaciones en los puestos o centros de salud hace doblemente difícil, si no imposible, la atención de las personas que requieren ser trasladadas a otros centros con mayor nivel de resolución. Esta situación se hace crítica y dramática cuando se trata de la atención de casos de gravedad imprevistos"*.⁵⁵

Según el "Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú" elaborado por el MINSA el 2012⁵⁶ al analizar la búsqueda de atención, según condición de pobreza, se observa que conforme mejora el nivel económico de la persona que se autorreporto enferma, mejora también el porcentaje de búsqueda de atención. Así, los pobres extremos que autorreportaron enfermedad buscaron atención en el 37.5%, mientras que los no pobres lo hicieron en el 60.4%. Situación similar se observó según los quintiles de gasto, en donde las personas pertenecientes al quintil I, buscaron atención en el 41.4%, mientras que los del quintil V el porcentaje subió al 65.9%.

"En el ámbito rural, la razón más importante de no búsqueda de atención fue el uso de remedios caseros o automedicación (36.6%), siendo mayor a lo observado en el ámbito urbano (26.0%). El maltrato del personal, la falta de atención o la demora de atención, fueron manifestados con mayor frecuencia en las personas procedentes de las zonas urbanas que de las zonas rurales (21.5% vs. 14.4%). Cabe mencionar que la lejanía del lugar de atención fue una razón de no consulta más frecuente en el ámbito rural que el urbano (10.8% vs. 1.4%)".⁵⁷

Según el modelo de atención (MAIS-BFC), Los establecimientos de salud categorizados del primer nivel de atención deberán tener el enfoque de salud familiar y comunitaria, que responden a las necesidades y demandas de la persona, familia y comunidad. La oferta móvil a cargo de los gobiernos regionales y gobiernos locales es complementaria a la oferta fija e integrada a la red de servicios públicos de salud. *Enfatiza la prevención y promoción basado en familia y comunidad aplicando un enfoque de riesgo, equidad de género e interculturalidad de salud... Enfatiza la prevención y promoción basado en familia y comunidad aplicando un enfoque de riesgo, equidad de género e interculturalidad de salud. Está a cargo de los gobiernos regionales y gobiernos locales. las actividades articuladas con la oferta fija de salud, dan continuidad a la atención y extensión de cobertura de servicios de salud*⁵⁸.

Según la norma técnica vigente, AISPED 081 del MINSA(RM. N° 478- 2009/MINSA) la atención esta centrada a las intervenciones dadas por un Equipo multidisciplinario que se desplaza a localidades excluidas y dispersas para brindar Atención Integral de Salud de manera complementaria a la oferta fija de servicios de salud

Las principales actividades de la oferta móvil a través del AISPED, según la norma son:

⁵⁵ Defensoría del Pueblo, Informe Defensorial No 134 , Lima 2008

⁵⁶ MINSA, Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú Ministerio de Salud del Perú,2012

⁵⁷ MINSA, Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú Ministerio de Salud del Perú,2012

⁵⁸ MINSA, Modelo de Atención Basado en Familia y comunidad-RM464, MINSA Junio 2011



Actividades de promoción de la salud, actividades preventivas de riesgo y enfermedad, atención recuperativa de los casos que demanden la atención o identificadas por los equipo, seguimiento a personas en riesgo con énfasis en la población materno infantil entre otras; Estas actividades deben ser registrada en tres tipos de instrumentos que son la: Historia Clínica, el registro del HIS y FUA (formato único de atención) y el SIS.

Todas las atenciones del equipo AISPED, deben consignar el código RENAES del AISPED y el código del servicio o prestación del SIS: ejm. Consulta. Se debe tener cuidado con otros códigos asignados por las Diresas que no es el código RENAES. la información de actividades de la oferta móvil debe llegar a los establecimientos de salud de oferta fija del ámbito jurisdiccional. *"Este equipo(AISPED) debe brindar atención oportuna, integral y de calidad a la población que cumple con estos requisitos y complementar la atención brindaba por la red de establecimientos fijos. Es decir que la prestación de este servicio no sustituye la atención que debe brindar la oferta fija en salud a la población en el ámbito de su jurisdicción. Sin embargo, en la práctica, estas comunidades excluidas y dispersas quedan al margen de las actividades programadas por los establecimientos de salud, recibiendo ocasionalmente atención de los equipos AISPED"*⁵⁹.

En las regiones que cuentan con equipos AISPED estos deben visitar como mínimo a cada localidad tres veces al año, complementando el trabajo que por función le corresponde realizar al establecimiento de salud que la adscribe. *"Sin embargo,...., estas comunidades no suelen ser visitadas por el personal. De tal modo, se tiene que la Red de Salud Atalaya cuenta con un equipo AISPED, que atiende a 56 comunidades nativas, además de otras localidades de población mestiza. En promedio realizan tres visitas al año por localidad. El caso de las comunidades nativas de Madre de Dios es aún más dramático, pues reciben solo dos visitas anuales. En la Red de Salud del Datem del Marañón existen cuatro equipos que deben atender a 149 comunidades nativas, las cuales reciben un estimado de cinco visitas al año"*⁶⁰.

La dificultad para cumplir con las metas las limitaciones en el desplazamiento de los equipos, generalmente las Redes o establecimientos no cuentan con suficientes equipos de transporte y limitaciones para la disponibilidad de combustible que no permiten apoyar a los equipos itinerantes. *"El no contar con movilidad propia, el tránsito poco fluido de transporte público y el limitado presupuesto por concepto de movilidad, son algunos de los principales problemas que señalan las redes de salud. Por otro lado, el personal entrevistado indica que los factores climatológicos, como las intensas lluvias y el aumento del caudal de los ríos, dificultan y demoran el traslado, además de poner en riesgo la vida de los integrantes de los equipos. Finalmente y no menos importante es el desconocimiento del idioma y las diferencias culturales por parte del personal de los AISPED"*⁶¹.

Otra limitante es el tema de los recursos humanos para la conformación de los equipos, en la etapa inicial de desarrollo de la estrategia, había mayor disponibilidad de recursos de

⁵⁹ Defensoría del Pueblo: El Informe Defensorial N° 169, «La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural» Lima 2015.

⁶⁰ Defensoría del Pueblo: El Informe Defensorial N° 169, «La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural» Lima 2015

⁶¹ Defensoría del Pueblo: El Informe Defensorial N° 169, «La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural» Lima 2015



profesionales de la salud que oferta de trabajo, en los últimos años con el incremento de los salarios en la oferta fija, los procesos de nombramiento y la demanda de RHUS en el sector de EsSalud y el sector privado, hace que no se pueda conseguir recursos humanos suficientes para completar los equipos en su totalidad, muchos equipos están saliendo al trabajo incompletos es el caso de Cusco, Cajamarca, San Martín, también esto se expresa en la alta rotación del personal de los equipos por tener nuevas y mejores opciones de trabajo, dejando vacíos en los equipos.

“Los equipos AISPED deben afrontar la permanente renuncia del personal que los conforma. La dureza del trabajo, las malas condiciones y un sueldo poco atractivo, similar a lo que ganarían trabajando en un centro de salud, disuaden a los profesionales de postular: *«Casi todos los meses tenemos renuncias del personal AISPED. El mes pasado convocamos nueve plazas para el equipo, de los cuales solo se presentó una [persona]. A veces nadie se inscribe».* (Funcionario, reunión de trabajo Red de Salud Satipo, 2012), *«el equipo de Matareni es el que hemos tenido más problemas en las intervenciones. Se ha tenido tres equipos, o sea se han cambiado tres veces. El último labora desde el mes de agosto, aunque con algunas renuncias, como el de la obstetra».* (Funcionario, reunión de trabajo Red de Salud Satipo, 2013)⁶².

Otra de las limitaciones han sido las limitadas actividades de supervisión y monitoreo a los equipos itinerantes, en la mayoría de las DIRESAS visitadas, la supervisión no es periódica y depende de la disponibilidad de financiamiento, salvo la DIRESA La Libertad y Puno, en la DIRESA la Libertad cuenta con programa, financiamiento e informes respectivos; En la DIRESA Puno la supervisión es su fortaleza, hay un coordinador regional que depende de la DGSPS, la supervisión se hace de manera mensual visitando 2 o 3 redes para ver el trabajo del equipo AISPED también en campo; la supervisión se cumplió mientras hubo apoyo de proyecto UMBRAL o cuentan con presupuesto asignado pro el Gobierno regional.

Este rol de supervisión por parte de la DIRESA se ha perdido en el tiempo al descentralizar la estrategia a las Redes o Unidades ejecutoras(UE), además no existen evidencias del uso de instrumentos o guías para la supervisión, no se conoce si hay presupuesto para esta actividad, no se ha estructurado el proceso de supervisión y apoyo; con la descentralización este proceso también se ha transferido a las UE, no hay resultados tangibles.

“Ni la microrred ni la red de salud tienen la capacidad para verificar las acciones que realizan los equipos debido a los altos costos que implica movilizarse, tal como lo señala un funcionario de salud: *«[Supervisar] desde la Red o LA DIRESA es difícil (...) Nosotros no sabemos si [los equipos AISPED] llegan a la comunidad. Cuando va la supervisión será al año una vez, máximo dos, porque es un gasto ir a supervisar.»* (Funcionario de la Red de Salud Leoncio Prado, 2012)

Esta imposibilidad de un monitoreo y supervisión constantes lleva muchas veces a que el personal de los equipos no cumpla con sus obligaciones, desatendiendo a la población que más lo necesita. Varias son las redes que plantean la necesidad de sustituir la estrategia AISPED y fortalecer al personal de salud de los centros de atención fija, los cuales saldrían a realizar

⁶² Defensoría del Pueblo: El Informe Defensorial N° 169, «La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural» Lima 2015



actividades extramurales en salud: *«Nosotros creemos que no es una buena estrategia, siempre hemos tenido dificultades, hay quejas de que [el personal] se va, no está los días completos, nadie lo controla. Hemos recomendado reiteradamente que con ese presupuesto se contrate personal que esté en los establecimientos de salud y haga seguimiento. Ir a los lugares, pero desde el establecimiento base. [El personal] del AISPED va y viene y en el trayecto del viaje se pasan más tiempo. Hemos recomendado que se contrate personal para la jurisdicción que van a intervenir y de ahí se desplacen hasta las comunidades. Tendríamos así mayor control desde la microrred»*⁶³. (Funcionario de la Red de Salud Leoncio Prado, 2012)

Finalmente, debemos añadir que en la supervisión se ha advertido que algunas redes de salud designan al personal de los equipos AISPED a puestos de salud donde hay una mayor demanda, como ocurre en la Red de Salud de Bagua (Amazonas): *«La oferta debe mejor ser fija con el mismo presupuesto. [Por ejemplo] una brigada de no llegaba a todas las comunidades, en el papel no más, pero presentaban las coberturas de vacunación. Las veces que he ido se nos presentó tosferina, si tu cobertura está en noventa y tanto por ciento [cómo es que tienes personas con esa enfermedad], son cosas de papel. [El personal del equipo AISPED] hasta fotos traían, eso también se elabora ahora con la tecnología [...] Con el presupuesto estamos poniendo profesionales en los puestos, eso me permite que el profesional me haga labor de problemas madre niño, ahora mes a mes están yendo a la comunidad con el presupuesto [del AISPED] pero con oferta fija»*. (Funcionario de la Red de Salud Bagua, 2013)⁶⁴.

En cuanto al monitoreo si bien se utilizan los indicadores propuestos en la norma, no se realiza el proceso de manera periódica generalmente es una actividad de fin de año y se presenta en el informe anual, salvo en la Diresa La Libertad que a través de las supervisiones se realiza el monitoreo; el eje del monitoreo y las evaluaciones, están focalizadas en dar cuenta de los atendidos y las atenciones y la referencia de casos, dejando a un segundo plano las actividades de prevención y Promoción de la salud, la exigencia de la oferta fija esta orientada al cumplimiento de metas, apoyo a mejorar las coberturas del establecimiento. No hay preocupación por la equidad y la inclusión.

Un ejemplo de las brechas en el acceso a los servicios de salud, es el Control Prenatal (CPN) si bien entre los años 2009 y 2014, la atención prenatal en todo el país se incrementó de 94.3% a 96.9%, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2014). Sobre todo, se observó un aumento importante en la zona rural, de 87.1% a 91.9% en ese mismo periodo, sin embargo persiste la diferencia entre poblaciones urbanas y rurales en donde se ubican las poblaciones dispersas.

Si bien se ha superado barreras de acceso, como la barrera financiera, mediante los aseguramientos públicos como el SIS, aun se mantienen las barreras geográficas y culturales *“Se observó que las barreras que aparecieron con mayor frecuencia fueron: Costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes; Temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud; Desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito, y Estigma social,*

⁶³ Defensoría del Pueblo: El Informe Defensorial N° 169

⁶⁴ Defensoría del Pueblo: El Informe Defensorial N° 169, «La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural» Lima 2015



creencias y mitos (6,1%). Los elementos facilitadores más frecuentes fueron Contar con redes de apoyo social; El valor asignado a la atención de salud para reducir riesgos y complicaciones, y Adaptación de los servicios al paciente y programas de manejo de la enfermedad....En distintos contextos hay similitud en cuanto a que las barreras identificadas son más frecuentes en personas que están en la parte baja de la jerarquía social en la comunidad a la que pertenecen.....La identificación de barreras y de elementos facilitadores en el acceso a la atención de salud contribuye a un monitoreo de la equidad en salud más efectivo y es un paso imprescindible para mejorar el acceso de toda la población y reducir las inequidades sociales y de salud"⁶⁵.

En el 2003, la OPS⁶⁶ reporto para el Perú que los factores externos al Sistema de Salud (SS) explican el 54% del riesgo de exclusión a la salud. Los factores de pobreza, vivir en área rural, falta de servicios públicos de saneamiento y electricidad y discriminación étnica explican la barrera externa. Por otro lado existen factores internos del SS que explican el 46% restante básicamente por factores asociados al suministro

Según el ENAHO 2012, del total de personas que no consultaron a pesar de haber padecido algún problema de salud, el 42,5% considero que no fue necesario recibir atención (Causa externa al SS), 29,6% utilizo remedios caseros o se auto-medico (Causa externa al SS). El 15,3% no lo hizo porque el establecimiento de salud quedaba lejos (Causa interna del SS), falta de confianza o porque demoran en la atención (Causa interna del SS), 11% no recibió atención en salud por falta de dinero (Causa externa al SS) y el 27,8% manifestó "otras razones" que incluye: no tener seguro de salud (Causa interna al SS) o falta de tiempo o por maltrato de personal de salud (Causa interna al SS).

En conclusión la situación de vida y salud de las poblaciones dispersas son precarias en cuanto al acceso a servicios básicos, disponibilidad de servicios públicos y limitada calidad de estos; la mayoría de las comunidades dispersas se encuentran ubicadas en zonas rurales de sierra andina y especialmente de la selva amazónica, por esta razón los indicadores de salud de estas zonas, muestran las brechas al compararse con zonas urbanas.

6.3.-MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO REDISEÑADO DE ATENCION A POBLACIONES DISPERSAS (MAISPOD).

El rediseño de un modelo de atención a poblaciones dispersas rediseñado, implica identificar las tendencias nacionales e internacionales relacionadas con la inclusión y la atención efectiva a estas poblaciones, es necesario incorporar un nuevo paradigma de salud acorde con una nueva visión del contexto nacional e internacional, las tendencias sociales y sanitarias de nuestra época, adscribirnos a estas tendencias hará efectiva y sostenible la atención a estas poblaciones.

a.- cambios en concepto de la salud.

El concepto de salud, ha ido variando mucho en el tiempo, en los lugares y varía también entre culturas. Ha habido y hay diferentes maneras de entender qué es una persona sana y por qué y

⁶⁵ Hirmas Aduay M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(3):223–9.

⁶⁶ Organización Panamericana de la Salud. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. OPS; 2003.



de qué maneras puede perder ese estado de salud. En la Conferencia Sanitaria que definió la Constitución de la OMS en 1946, (estado de completo bienestar) se adoptó una definición amplia de salud que pudiera incluir la forma en que ésta se entiende en los diferentes países, sin embargo esa definición rebasó el sistema de salud en la que se había venido configurando en la mayoría de países desde mucho tiempo atrás, concentrado y centrado en recuperar la salud de los enfermos.

El sistema de salud vigente en la mayoría de países, incluido el nuestro, ha sido construido en torno a la recuperación de la salud gracias a un impresionante esfuerzo científico, y ha desarrollado una organización social y una infraestructura productiva masiva que no puede ser superada sólo por una definición conceptual amplia. Universidades, centros de investigación, industria que fabrica equipos y medicamentos, complejos centros de atención, poderosos gremios profesionales y una cultura en que los individuos esperan precisamente ese tipo de servicio recuperativo del sistema de salud, este pensamiento se convierte en hegemónico e indiferente a la definición de salud acuñada por los 61 países que acudieron al encuentro fundacional de la OMS.

Anteriormente, un País con un buen sistema de salud era aquel que mostraba una mejor capacidad de curar a sus enfermos, los tiempos han cambiado, actualmente un País con un sistema de salud eficiente es el que tiene menos enfermos. La enfermedad ha marcado durante décadas la orientación estratégica y el quehacer de los sistemas sanitarios en el mundo , y nuestro país no ha estado exento de esta mirada, el énfasis ha estado orientado al manejo de la enfermedad y a la prevención de enfermedades prevalentes; la organización, la generación de recursos humanos y el financiamiento de los servicios han estado marcados por este sesgo de la enfermedad; el tratamiento de las enfermedades ha generado también la necesidad de contar con recursos humanos que puedan prevenir y curar, lo que generó un circuito sistémico centrado en la atención de la enfermedad en todo su ciclo. ⁶⁷

Hay un consenso actual que un Sistema de Salud es más eficaz, en la medida que enfatice la prevención en vez de la curación, sin embargo, el paradigma curativo impregnado en los gestores de la salud y en la mayoría de decisores políticos, hacen que el énfasis en la prevención sólo quede en discurso, hay limitada claridad sobre el concepto, la aplicabilidad ha devenido en diferentes interpretaciones, como priorizar el sentido de anticipar a la enfermedad para evitar el sufrimiento de las personas, reducir el costo de la atención para las personas y el Estado y una alteración de la expectativa de vida con calidad.

Una intervención con el enfoque de la prevención tiene ventajas y resultados probados, requiere menor inversión que la curación, sin embargo, es poco menos que imposible lograr la implementación de este enfoque sin pensar en los cambios imprescindibles que tienen que hacerse en la estructura de un Sistema de Salud, sobre todo, en los cambios de los modos de pensar, de los modelos teóricos hegemónicos, de las filosofías y las creencias arraigadas en las autoridades sanitarias y en las entidades formadoras de recursos humanos en salud, y por ende en los profesionales egresados que laboran y deciden en instituciones de salud y en las distintas

⁶⁷Nino Alfonso, Carrasco Victor en :
[//www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/sct/051303.pdf](http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/sct/051303.pdf)



disciplinas científicas en las que basan sus acciones, además de una población que exige curación y valora poco la prevención, el paradigma curativo no está solo en los efectores de la salud, ha permeado también a la población, autoridades y medios de comunicación.

La alternativa a nuestro sistema de salud actual, centrado en la enfermedad, será incidir en el abordaje de los determinantes de la salud y con ello generar cambios en condiciones de vida, influir en decisiones de políticas públicas que posibiliten mejorar salud/calidad de vida poblaciones, luchar por equidad y justicia social, promover la participación en la toma de decisiones y finalmente construir una sociedad democrática. La atención a poblaciones dispersas tiene que estar enmarcado en este nuevo paradigma de salud como bienestar y relacionado con los determinantes sociales.

b.- Promoción de la salud(PS) como enfoque del abordaje de los DDSS.

En un mundo moderno, se hace necesario mirar la salud en un sentido positivo y no centrar el enfoque en la enfermedad, se debe instalar un proceso social e institucional, que si bien ayude a tener mejor salud, permita a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, para lo cual el sujeto de intervención, no serán las persona enferma, si no serán los escenarios sociales, en cada territorio, que generan los determinantes de la salud y en donde viven, trabajan y disfrutan los ciudadanos.

El abordaje de los Determinantes sociales de la salud(DDSS) pasa por implementar el enfoque de PS que tiene como documento base la Carta de Ottawa de 1986⁶⁸, documento base para entender y aplicar la Promoción de la salud, mas allá de sus lineamientos operativos, le añade una distinción que antes estaba implícita, especificando que se trata tanto de una responsabilidad individual (desarrollar habilidades personales), como colectiva (generar mecanismos administrativos, organizativos y políticos).y se marca distancia con la perspectiva puramente biomédica centrada en la atención, que ha primado y prima en el Sector Salud. Pese a ello, desde la aparición del enfoque de Promoción de la Salud, la mayor parte de los actores del sistema de salud tienden a confundir Promoción con Prevención, mientras la Promoción de la Salud se dirigía a la población en general, para aumentar la salud, apuntando hacia un estado de salud ideal, abordando los determinantes sociales de la salud; mientras la Prevención de la Enfermedad se dirige sólo a los grupos de riesgo, para conservar la salud, en la idea de mantener su statu quo

En las diversas Conferencias Globales de Promoción de la Salud se han ido añadiendo matices al concepto. Sin embargo, lo importante en este momento en el Perú es evitar esta confusión que frena mucho el avance de la Promoción de la Salud ya que arrastra al personal que trabaja Promoción de la salud, sea que comparta o no esa confusión, a tareas de Prevención y Mercadeo Social(marketing social), bajo el supuesto de que son actividades propias de Promoción de la Salud. Este es un caso claro en el que un manejo impreciso de conceptos trae consecuencias

⁶⁸ "Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment". Carta de Ottawa



prácticas muy serias, que afectan de manera muy concreta la mejora de las condiciones de salud de la población.

El abordaje de los determinantes sociales de la salud, en las poblaciones dispersas, mediante la promoción de la salud es un imperativo para lograr la inclusión sanitaria y social.

c.- Participación ciudadana

La participación ciudadana nació como participación comunitaria; con el tiempo y los cambios en el entorno, pasó a ser participación social, para desembocar hoy en lo que se conoce como participación ciudadana.

La participación comunitaria buscaba la aceptación de la comunidad y su involucramiento o colaboración efectiva en la ejecución de la intervención definida por los planificadores. Se orientaba principalmente a lograr la colaboración de la población con los servicios de salud y a extender su cobertura, y en menor medida a analizar los problemas y necesidades locales y tomar decisiones al respecto; en este enfoque se privilegiaban, los mensajes informativos sobre los procesos educativos de construcción de capacidades.

La participación social surgió en la década de los sesenta como un concepto muy ligado al de empoderamiento, haciendo énfasis en el acceso al poder. En los noventa se la impulsa buscando llevar la participación (hasta entonces sólo comunitaria), hacia abordar los aspectos más estructurales e inequitativos vinculados a la mejora de la salud, los diagnósticos participativos, la planificación local concertada es un ejemplo de esta modalidad. La participación social era una prioridad para la gestión y conducción del desarrollo de la Salud.

La participación ciudadana en salud fue concebida como la capacidad de la población y las comunidades para ejercitar sus derechos en salud, entendidos éstos como la injerencia en la toma de decisiones sobre políticas y acciones en salud, en la vigilancia de la aplicación y cumplimiento de las políticas y acciones por parte de quienes tienen esta responsabilidad, así como en tener las oportunidades y los espacios para desarrollar o fortalecer sus capacidades para una intervención informada en la toma de decisiones y la vigilancia.

En el Glosario de Términos de la Directiva Administrativa 174.MINSA-DGPS-V-01 se resume a la participación como "proceso social y consciente, donde las personas conocen e identifican sus problemas y necesidades, y realizan acciones para resolverlas y satisfacerlas". Para mayor precisión es necesario añadir que para que la participación se caracterice como Ciudadana debe tratarse de un proceso que se realiza ante el Estado

Otro aspecto importante de la Participación ciudadana es su vinculación con el poder y otros derechos: "Además de la participación política, otros derechos civiles, tales como igualdad de oportunidades, libertades de asociación y de información, son esenciales para permitir a la gente una participación eficaz en salud, entendida como ejercicio de ciudadanía"⁶⁹.

De acuerdo al Estudio hecho por el CIES el año 2009 sobre la participación de la sociedad civil en la formulación de políticas públicas de salud⁷⁰, ésta es reducida. "no han tenido un espacio

⁶⁹ Yamin, A.E. op. cit. p.4

⁷⁰ Escobedo, Seimer "Estudio de base: Efecto de la participación de la sociedad civil en la formulación de políticas públicas de salud y económicas CIES 2009 16 p. <http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/6798/1/BVCI0006977.pdf>



real de participación para la formulación de las políticas de salud. ...(en el) CNS su presencia es muy limitada... los... Comités temáticos no constituyen verdaderos espacios de debate y formulación de políticas". De acuerdo a este estudio, "no ha habido un proceso cercano y sostenido de participación en este proceso político" aunque sí habría habido una participación efectiva en tanto que incidencia política que ha permitido llamar la atención sobre temas muy específicos, aunque luego no haya habido una intervención equivalente para formular las políticas correspondientes lo que requiere un gran manejo de información y un serio conocimiento técnico del que la sociedad civil carece.

La participación social y ciudadana pondrá en agenda la atención a poblaciones dispersas y permitirá una acción efectiva y sostenida ,involucrado a diversos sectores del campo social en la solución de problemas y satisfacción de necesidades.

d.- Determinantes sociales de la salud

Marc Lalonde⁷¹ para explicar la idea de que había otros factores que pesaban en la salud de las poblaciones más que los servicios de salud, construyó, en publicaciones previas a su famoso informe, el concepto de "campos de salud". Propuso 4 campos, Biología Humana, Medio Ambiente, Estilo de Vida y el mismo Sistema de Salud, este fue el inicio de una larga construcción del concepto de Determinantes Sociales de la Salud. Las primeras Conferencias Globales de Promoción de la Salud avanzaron lentamente hacia concretar la afirmación inicial sobre la presencia de factores ajenos al sistema de salud que pesaban más que él sobre la salud de una población. La Carta de Ottawa no emplea el concepto de Lalonde de "campos de salud", sino que se refiere a factores más concretos a los que llama "Prerrequisitos para la salud, en la Conferencia de Yakarta el término determinantes de la salud se introduce en los documentos oficiales:

En el Perú también, el MINSa, con apoyo de OPS, decidió estudiar el tema, y el 2005 se publicó el único estudio hasta ahora conocido de la situación en el país, por Lip y Rocabado.⁷² Ellos propusieron 11 determinantes: ingreso económico y posición social; posición social; redes de apoyo social; educación; empleo, estrés y condición de trabajo; desarrollo del niño sano; estilos de vida o costumbres personales relacionadas con la salud; desnutrición; hábitos nutricionales y obesidad; entornos físicos; servicios de salud; y ruralidad.

El desarrollo de experiencias para mejorar la situación de los determinantes y la necesidad de intensificar ese esfuerzo llevó a la OMS el 2005 a formar una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud para clarificar este campo. El informe que presentó la Comisión el 2008 "Subsanar las desigualdades en una generación",⁷³ formula tres recomendaciones básicas:

1. *Mejorar las condiciones de vida, dar respuesta a los problemas cotidianos.*
2. *Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos*
3. *Medir la magnitud del problema, analizarlo y...sensibilizar a la opinión pública*

⁷¹ Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá

⁷² LIP, C. y ROCABADO, F. 2005 "Determinantes Sociales de la Salud en Perú". MINSa Cuadernos de Promoción de la Salud en el Perú Nº 17. MINSa, Univ. N. Wiener, OPS, 2005, 84 p.

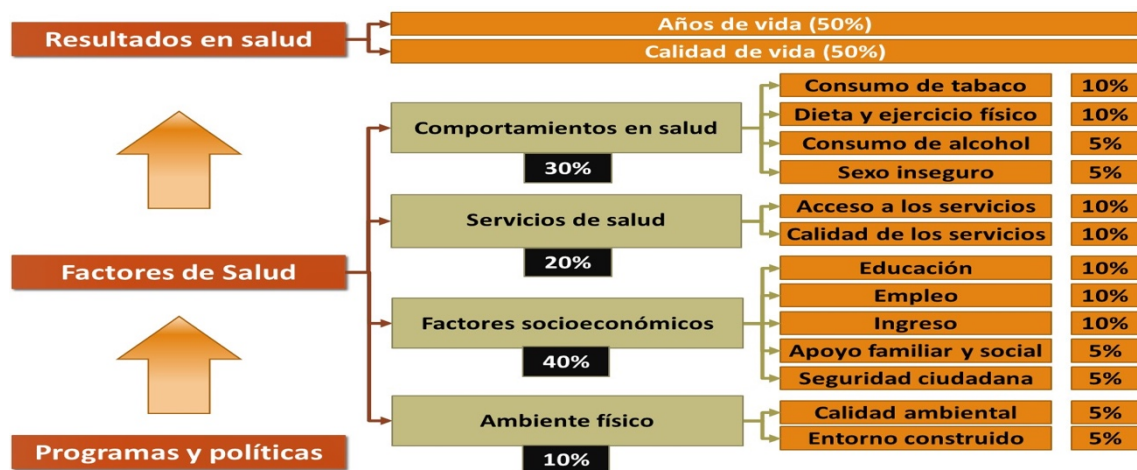
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_Determinantes_Sociales_Salud.pdf

⁷³ OMS. 2008 "Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud" OMS Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2008 Ginebra, 40 p http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

El 2009, la Asamblea Mundial de la Salud de las Naciones Unidas hace suyas estas recomendaciones y para llevarlas a la práctica convoca para el 2011 en Río de Janeiro a una Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud⁷⁴ que refrendó el acuerdo adoptado en la Asamblea Mundial de la Salud de las Naciones Unidas proveniente a su vez del informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

Mientras se iba profundizando en el tema de los determinantes y sofisticando las aproximaciones al mismo, algunos países instalaban un sistema completo de medición y vigilancia de la situación de los determinantes y una muestra es el sistema que ha implementado el Instituto de Salud de la Población de la Universidad de Winsconsin, USA, que adopta un esquema en el que a cada determinante se le atribuye un porcentaje de participación en la causalidad de la situación de la salud de la población(ver grafico siguiente) medida en años de vida y calidad de vida. Este sistema se viene aplicando desde el año 2003⁷⁵.

Country Health Rankings model



Fuente: WHO Health in all policies: training manual. 2015

Queda claro que para mejorar la salud de una población en un momento dado, hay que conocer los determinantes que la condicionan más fuertemente y que estos dependen mucho del contexto en el que se encuentran. En un país con condiciones geográficas y socioeconómicas tan diversas como el Perú, resulta evidente la necesidad de estudiar cuáles son los determinantes de mayor importancia en cada territorio, y en los espacios geográficos y dispersos, para poder priorizar así las intervenciones sobre ellos.

⁷⁴ OMS 2011 “Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud” 8 p. http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

⁷⁵ The University of Winsconsin Population Health Institute. <http://www.countyhealthrankings.org/our-approach>

e.- Salud en todas las políticas

Una vez que se evidenció que la mayor parte de los factores que determinaban la salud se encontraban fuera de la esfera de los servicios de salud, estaba claro que había que influir sobre quienes tomaban las decisiones sobre esos factores. Por eso la Carta de Ottawa planteó en 1986 como una línea de acción el lograr una política pública favorable a la salud. Había que buscar que el Estado como un todo tomara en cuenta la salud al definir su política.

La OMS promovió un Encuentro Internacional sobre Salud en Todas las Políticas en la 8ª Conferencia Global de Promoción de la Salud que se realizó en Helsinki el 2013, se abocó a este tema central, los participantes reafirmaron que “la acción intersectorial y una política pública que tome en cuenta la salud, son los elementos centrales de la promoción de la salud, del logro de la equidad en salud y de la realización de la salud como un derecho humano”.

Llevar salud a todas las políticas consiste en que los otros sectores, cuando vayan a tomar una decisión, tomen en cuenta cómo repercutirá esa decisión en la salud de la población y que de ese modo todas las decisiones contribuyan a mejorar esa salud. Para ello, los sectores, incluido el de salud, deben dejar de pensar en sus metas sectoriales para enfocarse en el objetivo social que cada uno de ellos tiene. El cuadro que se presenta a continuación elaborado por el Dr. Julio Frenk, Decano de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard, ilustra esta relación entre sectores y salud, señalando cómo el sector salud contribuye a alcanzar las metas sociales de los diversos sectores y recíprocamente cómo los sectores contribuyen a alcanzar la meta social del sector salud.

	Metas Sociales					
	Población educada	Sustentabilidad ambiental	Seguridad pública	Seguridad alimentaria	Prosperidad económica	Salud
Educación	X					Impacto de otros sectores en la salud
Ambiente		X				
Seguridad			X			
Agricultura				X		
Comercio/ Economía					X	
Salud	Impacto de la salud en otros sectores					X

Desafío para la Rectoría: De las Políticas de Salud a las Políticas Saludables, Cuernavaca, México, 2015, Julio Frenk

Implementar salud en todas las políticas es una orientación amplia para todo gobierno dirigida a tomar en cuenta la salud como un criterio en las decisiones de política en todos los sectores, los que a su vez se hacen responsables por las consecuencias de sus decisiones en la salud de la población y el ambiente. Salud en Todas las Políticas es un enfoque para abordar la variedad de complejos y a veces intrincados problemas, tales como: Enfermedades crónicas, crecimiento



de las desigualdades y las inequidades en salud, falta de estrategias eficientes para el logro de metas gubernamentales con limitados recursos, etc.

f.- Enfoque territorial

El enfoque territorial en general se deriva de los análisis sobre desarrollo local que a partir de la década de 1990 se interesan por tres aspectos principales, como explican Shejtman y Berdegú en su libro *Desarrollo Territorial Rural del 2004*⁷⁶: a) las externalidades que permiten a las empresas alcanzar economías de escala (externas a la empresa, pero internas al territorio) como ocurre en la aglomeración industrial. b) La competitividad, que depende de la innovación, la que a su vez depende del conocimiento y el aprendizaje colectivo, que se facilita cuando las actividades se concentran en un territorio. y c) La gobernanza, aspecto analizado principalmente por el PNUD, que, apoyada sobre rutinas, reglas, costumbres y valores compartidos, permite el funcionamiento de mecanismos procesos e instituciones por los que ciudadanos y grupos articulan sus diferencias, median sus intereses y ejercen sus derechos y obligaciones legales.

Se mira el territorio no como un puro espacio físico con una existencia objetiva ajena a quienes en él se desenvuelven, sino como un conjunto de relaciones sociales que dan identidad, que, aunque de manera vaga, engloban también un propósito compartido por personas e instituciones diversas, públicas y privadas.

Frente a la potencialidad que encierra un territorio así concebido, el enfoque sectorial, que es el que hasta ahora predomina en el sector público en general y también en el de salud, no sólo resulta poco eficiente, sino que es inclusive limitante, porque frena la posibilidad de fortalecer esa identidad y ese propósito común.

Es fundamental desarrollar este enfoque para establecer las obligaciones de los actores del territorio sobre las poblaciones alejadas y dispersas, no es una responsabilidad sectorial(salud), es una responsabilidad compartida.

g.- La deuda sanitaria con las poblaciones dispersas

Los programas de salud y educación de las diferentes gestiones gubernamentales favorecieron a las poblaciones con mayor acceso cercanas a las grandes ciudades o capitales de departamento. La población pobre, que generalmente se encuentra en zonas rurales dispersas de sierra y selva, no han recibido la misma atención, esta pobreza genera exclusión la cual se expresa en indicadores de calidad de vida que se encuentran por debajo de los promedios nacionales.

En el 2009 un estudio de CIES-CARE⁷⁷ pone de manifiesto las deficiencias estructurales en la oferta de servicios públicos de salud y educación y las dificultades para una efectiva focalización de recursos en función a las necesidades reales de las poblaciones rurales. El mayor acceso no ha ido acompañado de mejoras sustanciales en la calidad, ni tampoco se ha modificado la percepción negativa sobre la población que tienen los operadores de servicios, lo que limita las

⁷⁶SHEJTMAN A, y BERDEGUÉ J, 2004 "Desarrollo Territorial Rural" RIMISP, Santiago, 2004, 53 p.http://www.rimisp.org/wp-content/files_mf/1363093392schejtman_y_berdegue2004_desarrollo_territorial_rural_5_rimisp_CARdumen.pdf

⁷⁷ CIES,CARE, Análisis de la implementación del Programa JUNTOS en las regiones de Apurímac, Huancavelica y Huánuco, febrero 2009



posibilidades de lograr cambios sustanciales en los indicadores de salud y educación, y podrían en un mediano plazo frustrar las expectativas de cambio de la población beneficiaria.

En el caso de salud, el efecto más importante destacado por los operadores de salud entrevistados, es la mayor cobertura y puntualidad en la asistencia a los controles de gestantes y población infantil, así como un aumento en el índice de partos institucionales, lo que tiene una incidencia en los indicadores de mortalidad materna y perinatal. Existe, además, una articulación entre el SIS y el programa JUNTOS, lo que aparte de favorecer una mayor cobertura, permite un seguimiento más cercano de cada niño/a beneficiario/a.

La propuesta del Estado por lo general ha sido la extensión de los servicios de salud pero orientada a atender la demanda de los usuarios que acuden a los establecimientos de salud, estos establecimientos generalmente tienen dificultad para realizar una atención integral porque la presencia de profesionales de la salud es insuficiente y además sus conocimientos y destrezas para trabajar con la comunidad son limitados; a ello habría que agregar la deficiente gestión del territorio asignado(sectorización, asignación de ámbitos, vigilancia y control de riesgos), " la carencia de equipos, insumos y medicamentos la falta de medios de comunicación y transporte para dar una buena atención en un contexto de pobreza y exclusión, en estas condiciones es poco lo que se puede hacer para incluir socialmente a la población que habita en centros poblados dispersos y alejados".⁷⁸

Para que la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social "Crecer para Incluir" alcance su objetivo de ordenar las intervenciones existentes a nivel intersectorial e intergubernamental orientándolas a resultados prioritarios de desarrollo e inclusión social para lograr la inclusión y el cierre de brechas que enfrenta la PEPI, se ha considerado las acciones en torno a cinco Ejes Estratégicos: Nutrición Infantil, Desarrollo Infantil Temprano, Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia, Inclusión Económica y Protección del Adulto Mayor⁷⁹.

"Actualmente las limitaciones en la atención a poblaciones dispersas y dispersas contribuyen a que los pobladores no puedan ser atendidos adecuada y oportunamente, condición que se mantiene en el tiempo, la cual ha determinado que esta población se encuentre expuesta a ser atendida en condiciones inadecuadas por los servicios de salud ofertados".⁸⁰

h.-Enfoque basado en los derechos humanos

El enfoque de derechos humanos se fundamenta en el respeto a la dignidad de toda persona, la que nace con derechos por su sola condición de ser humano. Según este enfoque, el ser humano es el centro de las diversas esferas de acción del Estado. Este enfoque implica la obligación estatal Inmediata de brindar las garantías para la igualdad de trato y la no discriminación, impidiendo así toda discriminación en la atención de salud y en lo referente a los factores determinantes básicos de la salud por los motivos prohibidos internacionalmente que tengan por objetivo, o por resultado el menoscabo del disfrute en condiciones de igualdad de derecho a la salud.

El Estado debe garantizar la disponibilidad de servicios de salud, que estos sean accesibles a

⁷⁸DIRESA AYACUCHO, Cuadernos PACD ,Cangallo 2001

⁷⁹ MIDIS, Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión social, Lima, Junio 2013

⁸⁰ Op. Cit²⁹



todos que sean de calidad y sean aceptados por las poblaciones valorando su necesidad y resultados; según esta lógica se han identificado como grupos prioritarios para la protección y garantía de sus derechos, las mujeres, las niñas y niños pobres de los grupos andinos y amazónicos que viven en zonas rurales así como los grupos étnico-culturales; el enfoque de derecho implica que el Estado garantice a la población los recursos para la atención en salud, la no discriminación, la no regresividad de los avances en materia de logro de los derechos y priorice a las poblaciones más vulnerables.

Pero este ideal estuvo y está muy lejos de la realidad. Debieron pasar muchos años hasta que la misma ONU en 1997 estableciera que estos eran una cuestión transversal en todas sus actividades e instaba a incorporarlos en todos los sistemas de la Organización. Tuvo que pasar aún más (2005) para que los Estados miembros de la ONU decidieran por unanimidad integrarlos en sus políticas nacionales⁸¹.

Sin embargo, pese a todas estas declaraciones y compromisos, la desigualdad entre los seres humanos no se reduce y las evidencias sobre los determinantes sociales de la salud lo confirman: la gradiente social, la desigualdad, es el factor que más influye en las injustas diferencias de las situaciones de salud de las poblaciones. En eso insiste la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud realizada en Río de Janeiro el 2011 "Cerrando la brecha"⁸²

Los conceptos aquí planteados se enlazan entre sí y coinciden en mostrar, desde distintos ángulos, una nueva y más rica manera de comprender el desarrollo de los seres humanos en todos los aspectos, que no está cerrada sino siempre en construcción y a cuya evolución tenemos que estar alertas. El enfoque de derecho implica que el Estado garantice a la población los recursos para la atención en salud, la no discriminación, la no regresividad de los avances en materia de logro de los derechos y priorice a las poblaciones más vulnerables.

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado debe adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

6.4.- PRINCIPIOS Y VALORES DEL MODELO DE ATENCION A POBLACIONES DISPERSAS

El modelo renovado de atención a poblaciones dispersas se basa en principios y valores que orientan la implementación y operación estratégica, en esta definición se conjugan las creencias, normas, que orientan y regulan la vida de una organización moderna al servicio de la población más necesitada. Son el soporte de la visión, la misión, la estrategia y los objetivos estratégicos

⁸¹OMS Enfoque de Salud Basado en los Derechos Humanos <http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/1948-DeclaracionUniversal.htm?gclid=CKDDnZWInMUCFdQdgQodnagAPw>

⁸²OMS 2011 "Cerrando la Brecha" Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, 2011, 48 p. <http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/1948-DeclaracionUniversal.htm?gclid=CKDDnZWInMUCFdQdgQodnagAPw>

de los sectores sociales y de salud. Estos principios se manifiestan y deben hacerse realidad en nuestra cultura, en nuestra forma de ser, pensar y conducirnos en el sector salud.

6.4.1.-Enfoque conceptual y estrategia de intervención en Poblaciones Dispersas.

El enfoque conceptual y la estrategia de intervención están centrados en los enfoques de derecho a la salud, la equidad en salud, el abordaje de los determinantes sociales de la salud, la familia como centro de la atención, la solución de los problemas de salud más frecuentes y cotidianos en estas poblaciones y el enfoque intercultural



a.-Salud como derecho: El enfoque central debe ser el derecho a la salud, El Estado debe garantizar la disponibilidad de servicios de salud a todas las personas incluyendo a las poblaciones dispersas, que estos servicios sean accesibles y de igual calidad y que tengan la aceptabilidad de quienes los utilizan; el Estado debe garantizar los recursos para la atención a todos con énfasis en los que viven en peores condiciones.

"El enfoque de derechos humanos para la política de salud es una opción para superar las inequidades, tanto en los resultados como en el acceso a los servicios de salud en materia de garantía del derecho a la salud, el reto es lograr el acceso universal y equitativo, individual, familiar y colectivo, para la atención integral en salud. Por tanto, se requiere combinar, de manera consciente y sistemática, el esfuerzo colectivo para redistribuir los recursos disponibles en la sociedad y, al mismo tiempo, reconocer las diferencias entre las personas."⁸³

b.-La equidad: Cuanto más igualitaria es una sociedad, es decir, cuanto más justamente se distribuyen sus riquezas, tierras, acceso a la atención de salud y educación, y otros recursos básicos, mejor parece ser el nivel de salud de su población. Hay una fuerte correlación o asociación entre salud e igualdad social, de allí la importancia de la equidad para lograr una población saludable.

La noción de inequidad adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS se reserva para las desigualdades que son "innecesarias, evitables e injustas"⁸⁴. Así, mientras que

⁸³ <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1620.pdf>

⁸⁴ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization; 1990. (Documento EUR/ICP/RPD/414).



la igualdad es un concepto utópico, la equidad constituye un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y de derechos humanos.

Desde el punto de vista operativo, la equidad en salud para las poblaciones dispersas comprendería eliminar las desigualdades o disparidades evitables en la salud y sus determinantes entre grupos humanos con diferentes grados de privilegio social⁸⁵. El problema no es que existan desigualdades, sino que las desigualdades pongan sistemáticamente en desventaja a un grupo, y el Estado y la sociedad no hagan nada para remediarlas, se trata de ofrecer más intervenciones a aquellos que tienen mayores necesidades y asegurar igual tratamiento para necesidades en salud equivalentes.

c.-El enfoque Intercultural.-Un elemento indispensable de la propuesta del modelo de atención rediseñado, es implementar una política o enfoque intercultural en salud como un proceso de respeto a las culturas y de acercamiento a los servicios de salud; es la comunicación intercultural que derriba las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios y aporta a los procesos de inclusión social. Un país como el Perú con una gran riqueza cultural derivada de su diversidad exige que las intervenciones, especialmente en el campo de la salud y de la educación se hagan desde una perspectiva cultural. Toda intervención dirigida a la inclusión debe hacerse en un marco de respeto a las culturas locales, incluir no debe asumirse como imposición de patrones culturales ajenos a los de la población con la que se interactúa.

La intervención de los equipos itinerantes (oferta móvil) es siempre complementaria a la atención de los establecimientos de salud que conforman la oferta fija que son los responsables finales de la salud de la población bajo su jurisdicción, la presencia de la oferta móvil en la comunidad debe propiciar que el sistema de salud comunal (curanderos, parteras y otros) se articule con el sistema de atención oficial y que a partir de este acercamiento de los sistemas exista una sinergia que con un enfoque intercultural pueda potenciar y atenderse de mejor manera a la población dispersa y excluida.

d.-Las Familias como centro de la intervención.-La aplicación de una política de atención a familias de centros poblados dispersos y alejados además, de la voluntad y recursos, necesita de estrategias que permitan construir las condiciones que la hagan posible; por ejemplo, un mejor posicionamiento de la estrategia en los decisores políticos más importantes del territorio (gobernadores regionales y alcaldes), fortalecimiento de una estrategia de difusión e información (poner en puesta en valor de la atención de los excluidos socialmente), de fortalecimiento y desarrollo de capacidades con interlocutores claves (para que la multisectorialidad sea efectiva), especialmente de las comunidades y lograr sus compromisos en las intervenciones; se sugiere la creación de un observatorio de la atención a las familias de comunidades dispersas; promover alianzas con instituciones (regionales y nacionales) académicas y de la sociedad civil para que asuman un rol de soporte técnico o de apoyo. "En el plan de intervención del equipo básico de salud familiar y comunitaria, conforme al diagnóstico

⁸⁵ Braveman P. Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 1998. (Documento WHO/CSH/HSS/ 98.12).



de necesidades previamente establecido, se interviene en la persona, familia y comunidad, ofreciendo los paquetes de cuidados esenciales, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y actividades de recuperación y rehabilitación....A través del trabajo con la comunidad, "Participación Comunitaria", y los diferentes actores y sectores claves involucrados en salud, "Intersectorialidad", se busca promover e impulsar el abordaje de los determinantes de la salud para impulsar en el nivel local políticas públicas relacionadas a la implementación de prácticas y comportamientos saludables en la población según el perfil epidemiológico"⁸⁶

e.-*Dar respuesta a las necesidades de la población.*- las personas y familias que viven en poblaciones dispersas tienen un cúmulo de necesidades que no solo son sanitarias, la atención a estas poblaciones debe tener como eje central el abordaje de los determinantes sociales de la salud, para lo cual es fundamental la acción intersectorial y la participación organizada de la población.

Recoger las demandas de la población, conocer y valorar su interpretación de la vida, la salud, la enfermedad, implica tener un enfoque de relación intercultural sólido a fin de ofertar una atención relacionada a sus necesidades y con enfoque intercultural.

Estrategia Operativa:

La Flexibilidad: cada comunidad dispersa es diferente de otra, esta diferencia está dada por su entorno y composición social, su historia, sus vínculos pero sobre todo por la cosmovisión propia del mundo de la realidad, de las situaciones que generan problemas y satisfacciones; una propuesta operativa tiene que construirse con la población, la oferta itinerante tiene que establecer criterios de acción basados en lo que la comunidad quiere, cuando lo quiere y bajo sus condiciones, es un reto tanto para la oferta móvil y fija establecer un plan de trabajo basados en los intereses comunes y con cronogramas y resultados consensuados.

La estrategia operativa considera tres momentos para la intervención sanitaria en comunidades dispersas, una etapa previa a la intervención o de preparación, la intervención en sí misma y el proceso posterior al proceso de intervención que implica una evaluación y realimentación permanente al proceso.

La estrategia de intervención deben considerar de manera ordenada y progresiva, la extensión y fortalecimiento de la Oferta Fija, la atención en la comunidad a través de la Oferta Móvil, y el acceso a la tecnología de los pobres y excluidos mediante campañas de atención especializada sostenida y programada.

La intervención debe darse desde una perspectiva intercultural que respete las costumbres y creencias de la población, teniendo en cuenta la privacidad, el afecto y el respeto en la atención para que la atención sea de calidad.

⁸⁶ MINSA, Plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021: Documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas -- Lima: Ministerio de Salud; 2011

La atención además de ser a nivel individual, familiar se realizará en otros escenarios de la comunidad, en escenarios importantes de la comunidad como los centros educativos, sectores, barrios y municipios distritales.

6.4.2.- Valores

Integralidad

La integralidad es un principio fundamental del modelo que debe ser asumida en diferentes formas:

- *La integralidad de la atención a /a persona:* Las personas son reconocidas en su carácter multidimensional, como seres biopsicosociales, inmersos en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas, La atención de salud no se reduce a la atención de enfermedades motivo de consulta en los establecimientos de salud, sino que aborda las diversas necesidades de salud de las personas en cada etapa de su vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez, senectud), sean hombres o mujeres, desde la fecundación hasta la muerte.
- *La integralidad de los espacios de atención:* la inclusión de la 'familia y la comunidad como objetos de la atención, La familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso en el campo de la salud la familia se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros "tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero.es escenario privilegiado para, la interacción y la integración de las personas y la familia.

La integralidad supone también que las intervenciones incluyan la promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de los daños. Por ello, la integralidad de la atención requiere el trabajo de equipos multidisciplinares (equipos de salud que cuentan con varios tipos de profesionales) y poli funcionales (profesionales que son capaces de desarrollar capacidades nuevas y asumir tareas y retos distintos)⁸⁷.

La atención continua:

La atención es continua se expresa en la articulación entre todos los niveles de atención, ordenando de forma flexible los flujos de atención y de recursos, asegurando una atención de creciente complejidad en caso de ser necesaria. Esto implica una complementariedad de los servicios al interior de un establecimiento de salud o de una red de salud y procesos de coordinación Interinstitucionales.

Universalidad

Es la garantía del derecho de toda persona, familia o comunidad para acceder a un sistema de salud expresado en servicios, producción de bienes y cobertura vinculados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para cubrir sus necesidades de salud sin distinción de

⁸⁷ MINSAL, Modelo de atención Integral Basado en familia y Comunidad, Lima 2011



PERÚ

Ministerio
de Salud

Programa de Apoyo
a la Reforma del Sector Salud
PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

clase social, raza, credo, género u otra condición.

Calidad

Orientación de los esfuerzos institucionales en salud para la satisfacción de usuario y la obtención del máximo beneficio para las personas, familia y comunidad, promoviendo el óptimo desempeño de la institución y la búsqueda permanente de la mejora continua de la atención en salud, la estandarización de procesos y la aceptabilidad de lo que se ofrece como atención.

Corresponsabilidad

Es la garantía del deber de participar de la persona, familia y comunidad como socios activos en la toma de decisiones para lograr y mantener un adecuado estado de salud, es un componente de la participación.

Equidad

Es la garantía de una adecuada y oportuna distribución de recursos y servicios de tal forma que se pueda atender con justicia a las personas, familias y comunidades, en función de sus necesidades de salud y que esta atención sea de la misma calidad para todos

Solidaridad

Obligación moral de contribución de los ciudadanos para el logro de una eficiente cobertura y acceso universal que permita satisfacer las necesidades de salud de la población especialmente la más vulnerable.

Eficiencia.

Reconociendo que la atención de salud representa la respuesta a las necesidades de salud en un contexto de restricción y limitación de los recursos humanos y financieros, la eficiencia se procura en dos niveles:

Las actividades de atención o intervención deben orientarse a aquellos grupos más vulnerables y que el gasto de los recursos proporcione los mayores resultados en términos de mejora en la situación sanitaria de la población, asegurando el máximo rendimiento y el desperdicio o gasto innecesario de los mismos⁸⁸.

Todos los principios descritos son esenciales para establecer las prioridades en la atención integral de salud para las poblaciones dispersas

6.5.- COMPONENTES DEL MODELO REDISEÑANDO PARA LA ATENCION A POBLACIONES DISPERSAS.

El modelo de atención integral de salud (MAIS) y el MAIS basado en Familia y comunidad (MAISBFC) ambos, propuestos por el MINSA en diferentes gobiernos(2002 y 2011), tiene cuatro componentes: Gestión, Prestación, Organización y Financiamiento. En la norma vigente sobre la atención a comunidades dispersas (AISPED) se incluye los componentes de capacitación e

⁸⁸ MINSA , Modelo de atención Integral Basado en familia y Comunidad, Lima 2011



información, que forman parte de la gestión, por recomendaciones del taller nacional, se incluye la capacitación como un sub componente de la gestión, describiremos en una primera parte la situación actual y luego el enfoque y los atributos de cada uno de ellos en la propuesta de modelo Renovado.

6.5.1.-Lecciones aprendidas después de 20 años de atención regular a poblaciones Dispersas.

Los cambios hasta donde da la información obtenida en las 6 regiones, reflejarían más de una adaptación casi espontánea al escenario institucional antes que una estrategia de continuidad en la política de atención a comunidades dispersas, esto se evidencia en el cumplimiento de la norma en cuanto a los componentes, pero con resultados más curativos que de prevención y promoción de la salud en contra lo que dice la norma. Sin duda, todas las experiencias que se han desarrollado en las regiones, han implicado esfuerzos y compromisos valiosos de autoridades, personal de los servicios de salud y los miembros de los equipos de atención itinerante, sin embargo estos esfuerzos no tuvieron un marco protagónico en las políticas regionales sociales y de atención integral de salud, lo que habría debilitado sus condiciones para la sostenibilidad.

El proceso de sistematización del trabajo realizado en los últimos 20 años en las 6 DIRESAs (Cajamarca, La Libertad, Cusco, Puno y San Martín, Loreto) evaluadas en la atención a poblaciones dispersas, llegó a conclusiones sobre los logros, las áreas críticas pero también plantea perspectivas que serán tomadas como base para reorientar el modelo de atención a poblaciones dispersas.

Si bien no se ha conseguido información precisa sobre las razones que expliquen la situación actual los testimonios recogidos permiten calificar e identificar resultados que se reseñan a continuación.

Los logros⁸⁹.

Ha existido un interés y se ha mejorado la presencia del Estado en comunidades y poblaciones Dispersas; se ha incorporado financiamiento nacional para la atención a esas poblaciones, especialmente con los equipos itinerantes de oferta móvil, es un paso importante dado que en los primeros años este financiamiento estuvo proporcionado por la cooperación internacional. Desde su inicio se han desarrollado normatividad al respecto, el 2005 y el 2009 se establecieron normas específicas para la atención a poblaciones dispersas, lo que permitió la institucionalidad del modelo de atención a poblaciones dispersas.

En el marco de la normatividad nacional se han realizado experiencias diversas como respuestas regionales y locales propias para abordar la problemática de salud de las poblaciones..

La atención de la oferta itinerante ha desarrollado innovaciones que se han generalizada en la oferta de servicios de salud, tanto de la oferta fija como en la móvil, estas innovaciones en la atención son por ejemplo uso de sellantes o carióstáticos en la atención Odontológica, la afiliación y el financiamiento de la atención por el SIS mediante los equipos móviles, generando un reembolso de fondos para reponer los medicamentos usados en la atención en las comunidades dispersas.

⁸⁹ Resumen de las opiniones de los equipos técnicos de las 6 DIRESA y redes visitadas



Se han desarrollado otras iniciativas nacionales y regionales como las campañas de Atención multisectorial como el PIAS en la amazonia, la atención mediante vehículos móviles para atención medica y odontológica en Cusco, Puno ,etc.

Áreas Críticas⁹⁰.

En general el proceso de atención mediante la oferta móvil se ha desacumulado en el tiempo, si bien la propuesta de oferta móvil obedecía a un diferente contexto social y económico ,no se crearon ni adecuaron nuevas formas de atención a estas poblaciones, la conectividad hacia estas comunidades ha mejorado, sin embargo persiste un porcentaje alto de poblaciones dispersas sin atención o con atención inadecuada.

A pesar de la normatividad,(MAIS_BFC, Norma sobre I nivel y AISPED) persiste enfoque biomédico predominante en el Sector que sesga la intervención en la población Dispersa

No se cuenta con una relación orgánica con los diversos actores que trabajan con la población excluida y dispersa, como por ejemplo los programas sociales no se articulan a salud y viceversa, no se prioriza la articulación interinstitucional

El personal de los equipos AISPED no cuenta con continuidad del contrato lo cual genera incertidumbre, desánimo y, en muchos casos, desertión.

La dependencia técnica, administrativa y presupuestal de los hoy llamados equipos AISPED de las redes y no de la DIRESA ha debilitado la coherencia de la gestión y orientación regional de los AISPED.

Se carece de orientación concertada para la atención a Poblaciones Dispersas por lo que cada Región está enfrentando el tema de manera diferente.

Se mantiene la Hegemonía del conocimiento científico sobre el conocimiento previo de la comunidad

A continuación veamos un análisis de lo ocurrido en este periodo de manera mas especifica y por componente:

a.- Componente de Gestión

Entre los hallazgos identificados en este componente, es la variación de las responsabilidades en el proceso de planificación de las intervenciones; en los primeros años, estas actividades fueron realizadas por el equipo técnico de la DIRESA, con la persona responsable de la atención a poblaciones dispersas y el equipo AISPED, si bien se contaba con planes oportunos, se generó un limitado involucramiento de las Redes, Microrredes y los establecimiento de salud de las zonas de intervención, sin embargo, en los últimos cinco años con la implementación de las unidades descentralizadas como las Redes o la unidades ejecutoras (UE), el proceso casi ha desaparecido y se ha ido al extremo, dejando de lado a la DIRESA, en la mayoría de las Regiones, igualmente no se encuentran evidencias de la participación de las autoridades locales y de la población de estas comunidades en la planificación de las actividades. La planificación de las acciones expresadas en el plan anual, si bien se realiza en la mayoría de las DIRESAS no existe un seguimiento del plan, quedando como una formalidad y no como un instrumento que direcciona

⁹⁰ Resumen de las opiniones de los equipos técnicos de las 6 DIRESA y redes visitadas



la gestión de los responsables de la atención a las poblaciones dispersas.

Los procesos de supervisión del desempeño de los equipos itinerantes u oferta móvil, que debieran ser desarrollados en cascada, desde el nivel Regional hasta las comunidades, no se realiza, lo que se observa actualmente es una escasa participación y compromiso de los equipos técnicos de las Redes y Microrredes de salud, el proceso de supervisión han estado condicionado a la disponibilidad de recursos y al interés de los equipos técnicos de la DIRESA o red que coinciden con las UE.

Los informes que deberían enviar a la DIRESA no son recepcionados o no están actualizados, no hay evidencia de una acción continua de reportes desde la UE a las DIRESAS, no se ha evidenciado la existencia de instrumentos o guías disponibles para la supervisión, siendo esta (la supervisión) condicionada a la disponibilidad de presupuesto, lo cual demostraría un cierto desinterés de las autoridades en medir el desempeño de los equipos; este rol que era una fortaleza por parte de la DIRESA se ha perdido en el tiempo al descentralizar la responsabilidad a las UE,

El involucramiento de los Gobiernos Regionales (GR) está circunscrito a la asignación presupuestal en base a un histórico y con reducciones cada vez mas frecuentes, hasta el 2012 había un relativo apoyo mediante ordenanzas de reconocimiento de población dispersa, elaboración de PIP para la atención a poblaciones dispersas, esto no se ha continuado.

Aunque el GR no está involucrado de manera concreta, se ha dado una continuidad de entrega de presupuesto de manera en que este programada por el MEF y de manera permanente es el caso de los GR de La Libertad, Loreto, Cusco, Puno; su involucramiento (del GR) no es valorable, se da más a pedido de la DIRESA que de mutuo propio, hay un discurso populista en la necesidad de atención a estas poblaciones, sin embargo, los recursos son difíciles de lograr.

La coordinación con los gobiernos locales queda criterio del equipo AISPED y es circunstancial y no programado, depende de las características personales de los miembros de los equipos itinerantes u oferta móvil en especial del jefe o coordinador, dependía de la disponibilidad de tiempo, de la ubicación en el cronograma y contar con gobiernos locales dentro de las rutas, en general se ha disminuido el interés de trabajar con gobiernos locales y también de manera progresiva el interés de los Gobiernos locales en la estrategia ha ido disminuyendo; en ninguna DIRESA (de las 6 visitadas) hay financiamiento de fuentes municipales para los equipos itinerantes u oferta móvil, hay un apoyo regular de los Gobiernos locales en ciertas oportunidades como cuando hay campañas o manejo de epidemias o brotes, a veces apoyan con combustible y movilidad, sin embargo, algunos Gobiernos locales (son pocos) si valoran la atención a las poblaciones dispersas y solicitan que se queden el 2015 y 2016.

La articulación con los programas sociales no se hace directamente desde la DIRESA generalmente se realiza desde la RED, siendo este espacio el mas favorable para la coordinación especialmente con el programa social JUNTOS, esta coordinación puede concluir en establecer un cronograma conjunto de salidas o intervenciones, sin embargo en algunas regiones existe más conflicto que comunicación.



b.- Componente Organización

En cuanto a la estructura orgánica de las responsabilidades para la atención a poblaciones dispersas a nivel nacional la responsabilidad es de la DGSP, adscrita a la Dirección de servicios de salud, que tenía responsables específicos de la atención AISPED, en los niveles regionales se tiene la misma estructura orgánica que se ha ido desestructurando en el tiempo, la responsabilidad de la atención a poblaciones dispersas ha contado con personal a dedicación exclusiva, proceso que en la mayoría de las regiones se ha ido desestructurando.

Los criterios para la selección de las comunidades han sido dados por la norma nacional vigente, sin embargo, en algunas DIREAS teniendo como base la norma del 2009, se han incorporado otros criterios como: resultados de coberturas obtenidas de las estrategias nacionales, indicadores y resultados de coberturas de las principales Estrategias nacionales o programas; comunidades con incremento de DCI y anemia, la migración de la población, en otras otras consideraciones; otras regiones han incorporado como criterio de selección de comunidades el componente de pobreza (quintiles I y II), se enuncia que la dificultad en el acceso a un EESS no específica complejidad, la permanente migración en zonas de Puno, Cusco, La Libertad, es un tema a tener en cuenta como criterio de selección; otro criterio utilizado es la capacidad resolutive del establecimiento de referencia.

Sobre la identificación de las comunidades y poblaciones dispersas esta es una actividad no desarrollada de manera adecuada, últimamente la información se ha realizado en base a población estimada, según la norma, estas poblaciones tienen que estar actualizadas de manera periódica, en la mayoría de casos esta no ha sido actualizada desde el 2012, ni cuenta con el aval del GR mediante resoluciones u ordenanzas regionales.

Actualmente no existe una relación verificable entre la Oferta de equipos itinerantes y la cantidad de comunidades dispersas que demandan, la relación oferta/demanda es deficitaria en las 6 DIREAS. En las regiones no hay información de incremento o disminución de comunidades dispersas, salvo el caso de Ayacucho en donde ha disminuido el número de comunidades Dispersas entre el 2010 y el 2014⁹¹.

En la DISA Cajamarca no se ha programado atención a comunidades dispersas por considerar que no son costo efectivas y los recursos económicos los han orientado a contratar personal para reforzar la oferta fija, distorsionando la estrategia. Lo verificable es que la identificación de las comunidades que van a ser atendidas es básicamente por rutas o cuencas en el caso de Loreto

En cuanto a la selección de personal en la mayoría de las DIREAS la selección de los integrantes de los equipos itinerantes u oferta móvil se realizó a este nivel hasta 2012, a partir de esta

⁹¹ En el 2010 La población de zonas vulnerables y alejadas vivía en 505 comunidades del Departamento de Ayacucho, en el 2014, en base a los criterios establecidos por la DIRESA Ayacucho se ha identificando a 376 comunidades vulnerables, alejadas y dispersas, con una población estimada en 43,057 habitantes y agrupadas en aproximadamente de 8719 familias. DIRESA Ayacucho, Programa de atención a familias de poblaciones dispersas, 2014



fecha la Red o UE se encarga de la selección de personal; según la norma para la selección del personal de los equipos itinerantes u oferta móvil se hace bajo criterios referenciales como: perfil personal acorde al tipo de trabajo a realizarse, conocimiento del idioma o dialecto de las comunidades, acreditar experiencia en el trabajo de campo, trabajo en equipo y buen estado físico y psicológico, debido a las condiciones de difícil acceso a estas comunidades, sin embargo, este proceso se ha ido flexibilizando por la poca demanda de profesionales de la salud a las plazas y por los sueldos que no son competitivos, lo que deteriorado mas el proceso de selección es el proceso de transferencia de la responsabilidad de la DIRESA a la UE o redes.

Respecto a los días de permanencia de los equipos itinerantes u oferta móvil en cada comunidad, generalmente están entre 2 a 3 días por cada caserío o comunidad, esto dependerá del número de comunidades por ruta, del tamaño de la comunidad y las condiciones de dispersión de las mismas, en comunidades pequeñas la permanencia puede ser de medio día a un día; estas comunidades son visitadas en lo posible entre 3 a 6 veces al año. En general se realiza un trabajo de 25 días por mes de los cuales, incluidos los días de movilización y el transporte, 21 son de trabajo comunal y cuatro días de gabinete en la red o DIRESA.

La mayoría de los equipos itinerantes u oferta móvil están conformados por profesionales de la salud, consta de un Médico General (quien lidera el equipo), una licenciada en Enfermería, un médico odontólogo, una licenciada de obstetricia y un técnico de enfermería, algunos equipos contaron con profesionales no médicos como sociólogo o antropólogo, no hubo continuidad para tener los equipos completos por falta de presupuesto y no programación de sus actividades con valor y resultados. En la Selva se incluye como parte del equipo un motorista en cada equipo, en el caso de Libertad por en el caso de GERESA de La Libertad se incluye un arriero dada la dispersión y la limitada accesibilidad a las comunidades

En la DIRESA Cajamarca se han implementado los P.S satélites, que son establecimientos construidos por la comunidad o los gobiernos locales que no tienen personal y que esporádicamente es atendidos por personal de establecimientos de la oferta fija de la jurisdicción, muchas veces los EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL prestan atención en estos establecimientos y esto alienta la controversia entre oferta fija y oferta móvil.

Hay unanimidad que es necesario realizar la medición de los resultados de la intervención en estas comunidades, en la mayoría de las DIRESAS esta medición se realiza de manera mensual, cuando los equipos retornan de las comunidades visitadas, generalmente se hace una reunión con una presentación PPT por cada equipo, esta evaluación se centra básicamente en la análisis de la relación atenciones / atendidos, algunas redes, han conformado Comités de muerte materna, en donde se analiza las emergencias obstétrica; el énfasis de la medición esta en cuantificar las atenciones y el cumplimiento del cronograma, se mide la relación de lo programado /ejecutado concluyendo el informe con describir, Inconvenientes en la intervención y las áreas críticas.

No mide la mayoría de las actividades de prevención ni de PS, se valora el cumplimiento de metas como contribución para mejorar las coberturas programadas para la oferta Fija.

c.- Componente de prestación

La prestación del servicio de atención mediante la oferta móvil de salud es entregada por el equipo itinerante ha estado sesgada hacia realizara el diagnostico y tratamiento de enfermedades comunes y prevalentes en cada zona. En este componente se han desarrollado un conjunto de acciones y flujos de atenciones en el marco del MAIS-BFC, haciendo un énfasis en la atención materno infantil, que incluye la atención básica, referencia de casos, se ha tratado que la atención tenga un enfoque de riesgo e interculturalidad, sin embargo no hay evidencia que esto último se haya realizado.

Las atenciones están organizados en Paquetes de Atención Integral de Salud(PAIS) por etapas de vida y tienen como referencia el PEAS. En casos de necesidad de atención de salud mental o de brotes epidémicos u otras situaciones de salud (Desastres naturales) se hace referencia de casos o se implementan algunas jornadas de atención. En este componente se ha considerado tres momentos para el desarrollo de las actividades: Antes, durante y después de la atención.

En la atención ambulatoria en comunidades, es importante destacar que no se registra el número de consultas sino el número de personas que consultan dividido por la población. Dado que no es fácil la obtención del dato sobre los consultantes que lo hacen por primera vez, se usa el número de consultas hechas por persona por año, es decir es una combinación de intensidad y extensión del uso del servicio.

La extensión de uso de los equipos itinerantes u oferta móvil, a nivel de todos los equipos de oferta móvil en las regiones esta en promedios entre 70 y el 80% en promedio pero estos datos varían según la zona de intervención de los equipos itinerantes u oferta móvil, se tiene como referencia la población programada en la ruta, pero no implica la atención de la población total que necesita la atención.

La intensidad de uso a nivel regional en Ayacucho es de 4,4 en promedio; es decir que las personas que se han atendido por los equipos AISPED han accedido por lo menos cuatro veces en el año. En el año 2009, la extensión de uso a nivel regional alcanzó solamente el 45%, La intensidad de uso para el año 2010 es de casi 5.

Es necesario tener en cuenta que la población de intervención de los equipos itinerantes u oferta móvil están también adscritos a un establecimiento de salud de la oferta fija, por lo tanto al obtener los datos de intensidad de uso puede producir variaciones en cuanto al número de atendidos debido a que la misma población puede haber acudido ya los establecimiento de salud de la oferta fija. Otro aspecto son los criterios de programación que no están claramente establecidos.⁹²

Cartera de atención individual

⁹² Bautista Prado Cleymer, Estudio de impacto de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas - EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL en la Región Ayacucho ,2011



El énfasis de la cartera de atención es individual y Basada en el PEAS del SIS se complementa con la Consejería a la mujer, adolescentes, adultos mayores, en las comunidades se hace intervenciones de Salud bucal en escuelas, DX de cáncer, PAP a las MEF, en odontología se privilegia las extracciones y fluorización, también se ha realizado la identificación de personas con cataratas.

La atención de Salud bucal se centra en la escuela, ya muchos equipos usan la técnica PRAT con uso de cariostáticos pero la acción no es generaliza ni continua.

Generalmente que hace la OFERTA de atención móvil, se encarga de completar los paquetes AIS no cumplidos por los establecimientos de la oferta fija y está basada en actividades programadas de las Estrategias nacionales, se realiza en áreas prioritarias como Niño, mujer y otras a demanda, dentro del énfasis en la atención materno infantil, como inmunizaciones y control de gestantes.

La Cartera de atención familiar

En cuanto a la cartera de salud pública, en el ámbito familiar solo se evidencia en algunos equipos el uso no continuo ni completo de la historia clínica familiar (HCF), no realizan el familiograma, algunas Diresas están proponiendo el APGAR familiar⁹³⁹⁴, sin embargo se prioriza la atención con Historias Clínicas individuales.

A nivel familiar se han realizado sesiones demostrativas sobre lavado de manos, sociodramas para familias sobre salud materna. Otras acciones a este nivel son el diagnóstico de violencia familiar, diagnóstico sobre la situación adulto mayor, tratamiento y seguimiento.

Ningún establecimiento de la oferta fija cuenta con HCF, salvo algunos tienen los "Cartones" o fólderes familiares.

Cartera de atención comunal

Respecto a la cartera en el ámbito comunal se centra el trabajo con Agentes comunitarios (ACS) específicamente la capacitación de promotores de salud, fortalecimiento de Botiquines comunales, apoyo a los Botiquines escolares; en el caso de La libertad y Cajamarca el fortalecimiento de Ecos- CODECOS, SIVICOS

En Cajamarca se elabora una guía para desarrollo de acciones de PS, definiendo acciones antes durante y después de la intervención en comunidad, muy pocos equipos elaboran Diagnóstico comunal o ASIS comunal, en algunas comunidades han elaborado el Plan comunal priorizando acciones de salud y saneamiento.

Cartera de salud pública, Promoción de la Salud(PS), otros

⁹³El APGAR familiar es un instrumento que muestra **cómo perciben** los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil

⁹⁴ http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci_arttext



Básicamente centrada en la Conformación y fortalecimiento de los SIVICOS, Diagnostico comunal, Planes comunales, respecto a entornos saludables solo se ha trabajado viviendas saludables solo en algunas DIRESAs con experiencias de Promoción de la Salud

El Problema de la continuidad de estas acciones se deben a la alta rotación de equipos, a la poca permanencia de los equipos en las comunidades y la limitada supervisión y decisión para realizara estas actividades

La cartera esta Centrada y priorizada en la entrega un paquete extramural consistente en la visita familiar en temas de alimentación y nutrición. En Cajamarca se implementó el Libro extramural que es llenado a veces.

Atención especializada

Una limitación en el acceso a la atención especializada es la no definición de una ruta para la continuidad de la atención, basar el relacionamiento entre servicios solo en un sistema de referencia y contrareferencia no ha funcionado, sin el financiamiento necesario para costear las atenciones especializadas, la mayoría de la población que vive en comunidades dispersas no tiene acceso a ayuda diagnóstica o tratamiento especializado o complejo.

La atención especializada ha estado centralizada en la referencia de casos desde las comunidades a los establecimientos de salud de la MR y la Red como apoyo a la comunidad, no se realizan actividades programadas y sostenidas para la atención especializada. En los últimos meses el MINSA ha implementado el programa atención especializada en estas jornadas los servicios que se brindan serán financiados por el Seguro Integral de Salud (SIS), aún no abarcan las comunidades dispersas

En Cajamarca por el problema en la comunidad de Redondo en Cajabamba (intoxicación masiva de niños) la DIRESA cómo un resarcimiento, realizó una jornada de atención especializada, que no continuo en los años siguientes: a veces se hacen Jornadas de atención especializada pero no son permanentes, no se mantiene principalmente por falta de presupuesto.

En los lugares que se han realizado, se paga a especialistas 10,000 x 15 días y si no se cuenta con presupuesto o disponibilidad de especialista queda solo en intención.

En otras regiones se realizan estas jornadas esporádicamente en zonas de brotes o catástrofes, igualmente, no hay continuidad por falta de presupuesto.

En varias regiones sean instalado otras modalidades de atención itinerante o móvil, en Cusco y Puno se han adquirido vehículos para atención medica y odontológica que oferta servicios básicamente curativos y algunos preventivos a poblaciones que tienen acceso por carretera y pueden convocar a poblaciones dispersas para ser atendidas, el problema es la continuidad por el costos de operación y el mantenimiento de los vehículos, han gestionado apoyo financiero al SIS que no se concretizado; en el caso de Loreto a través del PIAS(motonave de la marina que surca ríos grandes) hay atención medica ambulatoria y algunos Diagnostico por RX / ecógrafo /telemedicina, atención odontológica y tele consulta con el Instituto Materno Infantil de Lima que realimentan el diagnostico, este tipo de acciones solo se desarrollan en el rio Napo en el 2015 se plantea involucrar a poblaciones de otros ríos.

d.- Componente de financiamiento

El componente de financiamiento está referido a la fuente, asignación, transferencias, ejecución y rendición de los recursos financieros necesarios, para cubrir los costos de los equipos itinerantes u oferta móvil. Entre los antecedentes de las fuentes de financiamiento tenemos el Seguro Integral de Salud (SIS), el Programa de Acuerdos de Gestión (PAAG), JUNTOS, Recursos Ordinarios (RO), Comunidad Europea (CE) y otras menores. Actualmente, el financiamiento proviene del MEF de manera directa a los gobiernos regionales o a través del SIS, procesos que se han realizado previa modificación, adecuación de la normatividad complementaria y conveniente.

El Financiamiento de los equipos itinerantes u oferta móvil esta relacionado directamente al SIS, según el Ministro de Salud “el Seguro Integral de Salud (SIS), es la principal fuente de financiamiento para reducir la barrera económica de acceso a los servicios al permitir la atención gratuita de personas de soles para el 2015, se espera cumplir la meta de cubrir a 355,000 personas más que el año anterior. Para el 2015, se planea tener 265,000 personas de menos recursos adicionales incluidas en los beneficios del SIS. Asimismo, desde el 2014 se inició la cobertura de escolares, gestantes y menores de 3 años en el SIS. La meta del 2014 es de 910,000 afiliados más y la del 2015, 384,000 afiliados más”⁹⁵. La unidad ejecutora debe tener en cuenta a los equipos itinerantes u oferta móvil que realizaron las prestaciones a los afiliados SIS, lo que permite financiar directamente al EQUIPOS AISPED.

El accionar de los equipos itinerantes u oferta móvil es usualmente criticada por su alto costo en comparación con los costos de atención en la red de servicios de salud. Por su naturaleza, esta estrategia es de alto costo variable: se debe financiar (remunerar, equipar, capacitar, transportar, etc.) un equipo profesional para la atención de un grupo poblacional muy reducido, además de alejado y disperso. Sin embargo, la comparación que se realiza comúnmente no es justa, y técnicamente inválida. La evaluación de costo – efectividad tiene como objetivo estimar el costo que implica la oferta móvil en comparación con los beneficios y efectividad que ésta produce.

“Debido a que la efectividad de una intervención tiene muchas dimensiones, existe una considerable probabilidad que la estimación de efectividad de cualquier intervención sea sesgada, ya que suelen desconocerse los múltiples efectos que cualquier intervención pueda ocasionar en el caso de los equipos AISPED es así; Sin embargo, el resultado obtenido le da al autor del estudio la posibilidad de expresar su opinión y concluir que AISPED es una estrategia altamente costo – efectiva. Si bien no se cuenta con una estimación del valor de un AVISA, es altamente confiable decir que la sociedad peruana valora esta año adicional muy por encima de S/. 16. De esta manera, se concluye que está justificada la operación de las brigadas AISPED bajo un criterio de eficiencia, de costo – efectividad.

Si bien el estudio presenta limitaciones, la mayoría de ellas lleva a subestimar la efectividad y beneficios de AISPED. Incluso, si se considerase que AISPED no genera ningún ahorro, a través

⁹⁵http://www.minsa.gob.pe/porta/web/lineamientos/archivos/141127_Discurso_SMS_Sustentacion_al_Congreso_de_Presupuesto_2015



de los servicios de oferta fija que se tendrían que brindar, el Ratio de Costo – Efectividad Incremental (ICER) aumentaría a S/. 24.5. Este puede ser considerado como un límite superior de la estimación de este indicador, ya que es extremadamente conservador no considerar ningún beneficio a través de ahorro de costos generados por AISPED. Incluso en este caso, el autor se atreve a sugerir que AISPED es beneficiosa para el Perú. Analizando la inversión y los resultados.⁹⁶

Respecto al costo beneficio, no existen estudios de esta magnitud para la atención a poblaciones dispersas, la mayoría de los estudios realizados son estudios costo- efectividad que es el tipo de análisis más utilizado en investigaciones y proyectos sociales y del campo de la salud, para este calculo, la información necesaria son los costos y la efectividad de las intervenciones que se desean comparar o medir. La unidad de medida de los costos es monetaria: nuevos soles, dólares, etc., mientras que la de efectividad es el resultado de la intervención de manera natural, se puede utilizar el indicador de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA, AVAD o DALY por sus siglas en inglés), como expresión de esta medición.

Los sueldo del equipo son variables en cada Región sin embargo, los promedios son los siguientes;

- Médico: 4500 mensual x 12 meses=54,000
- Odontólogo: 2700 mensual x 12 meses=32,400
- Obstetra: 2700 mensual x 12 meses=32,400
- Enfermera: 2700 mensual x 12 meses=32,400
- Técnico de enfermería: 1900 mensual x 12 meses= 22,800

Haciendo un total de S/174,000 nuevos soles por año por equipo itinerantes u oferta móvil

e.- Componente de Capacitación

En las Diresas la capacitación de los equipos no están programadas dentro del plan anual de capacitación de la Diresa, esta capacitación no es formal tampoco tiene recursos; para paliar esta situación se hace una capacitación de 2-3 días aprovechando la entrega de informes con temas contingentes, siempre con temas clínicos y recuperativos

En los años iniciales cuando se seleccionaba a un equipo itinerantes u oferta móvil, estos recibían la inducción durante una semana, aunque la temática estaba referida a las estrategias nacionales, esta practica se ha perdido, solo se hace capacitación no programada; actualmente algunos miembros de los equipos itinerantes están realizando el Diplomado DEGIS promovido por PARSALUD y el MINSA mas como iniciativas individuales.

Hasta el año 2012 se realizaban reuniones periódicas de capacitación en las redes, contando con el apoyo del proyecto UMBRAL de USAID en base a este apoyo Regiones como Cajamarca, Ancash, Ayacucho han elaborado guías para capacitación de los equipos itinerantes u oferta móvil, que no han sido renovadas , los últimos quipos no han tenido acceso a este material dado que su edición era limitada.

Una de las limitaciones para tener un programa de capacitación definido y sostenido es la alta

⁹⁶ Alarcon Giovanni ,Estudio Costo efectividad de la AISPED, Proyecto Umbral 2011



rotación de los equipos, con los problemas en la selección en los años 2012-2013-2014 se han relajado los criterios de selección del equipo, y luego de ser seleccionado recibir una inducción y una capacitación periódica mientras se trabaja en las comunidades.

En los lugares que se hace una capacitación la medición de los resultados se basa en hacer un test de entrada y test de salida viendo la diferencia, otra forma de evidenciar esta actividad es el Informe de capacitación pero es insuficiente para valorar.

La capacitación no ha estado programada para el personal de la oferta fija de ámbitos que cuentan con poblaciones dispersas, esta acción habría favorecido una mejor valoración del trabajo de los equipos AISPED y desarrollar el enfoque intercultural y de salud como derecho, mejorando de esta manera una percepción de la necesidad de un trabajo complementario entre la oferta fija y la oferta móvil.

Las entidades formadoras de RHUS, no han estado involucradas en la formación, capacitación de los equipos de atención a poblaciones dispersas y no se incluye la temática de poblaciones dispersas en la curricula académica de las carreras relacionadas al campo de la salud el campo social.

f.- Componente de Información

En ninguna de las 6 DIRESAs se cuenta con sistemas de información adecuado para conocer los resultados de las intervenciones de la oferta móvil, la información de atenciones y atendidos es individual para cada miembro del equipo itinerante u oferta móvil, esta información se puede obtener del informe del HIS, no hay software ni base de datos, para manejar la información, en algunas DIRESAs usan solo un Excel no continuo, en la oficina de estadística esta toda la información de producción pero es difícil tener una información por cada equipo.

La utilidad de la información acopiada es limitada, solo utilizada para compararla con coberturas de la oferta fija, se enfatiza básicamente el porcentaje de coberturas, el monitoreo se realiza utilizando indicadores de la norma, la información de los AISPED está limitada a dar datos de la producción atendidos y atenciones; la información solo se usa como justificación del trabajo y para pagar al equipo.

Si no hay una utilidad manifiesta no hay una realimentación, en cada Red o UE se debería hacer esto, pero, no hay evidencia de que haga esta realimentación, en el caso de La Libertad ha sido útil para la supervisión hasta el 2012.

Se ha producido cambios en el flujo de la información, las UE deberían enviar la información a la DIRESA y estas al MINSAs, ya no se envía información a Lima, parece que nos les es importante contar con información actualizada en los tres niveles, Nacional, Regional y Local interesa; no está clara la organización de los equipos itinerantes u oferta móvil en el nivel central, no identifican un coordinador nacional.

En algunas regiones utilizan la información para hacer seguimiento del cumplimiento del trabajo en la ruta prevista y ver el aporte del equipo itinerante u oferta móvil a las coberturas de las estrategias en el establecimiento de la oferta Fija.



El sistema de información como base del monitoreo no permite determinar los procesos de inclusión sanitaria e inclusión social o de mejora de la comunidad, no se mide el cambio, el desarrollo o mejora social, sin embargo en las supervisiones se evidencia que hay mejora en las viviendas, en mejora de hábitos de salud en las personas o la implementación de servicios básicos en la comunidad; en casi todas las DIREAS se trabaja en mejora de los entornos saludables como Familias saludables, Escuelas Promotoras de la salud pero no hay información disponible, mensurable y comparable.

La información de trabajo sobre los ACS esta básicamente relacionada a la capacitación, existe apoyo a fortalecimiento de la organización comunal como los CODECOS o SIVICOs pero no es valorada suficientemente, por lo cual no se informa ni se exige este tipo de información.

Para el monitoreo si bien se conoce y utilizan los indicadores de la norma, su uso débil y sin seguimiento hace que no son suficientemente valorados por la Redes y DIREAS

En todas las DIREAS no se han incorporado nuevos indicadores para evaluar el trabajo de los equipos itinerantes u oferta móvil en la comunidad, especialmente para las acciones de promoción de la salud y para evaluar la inclusión sanitaria y el desarrollo social. No se utilizan datos e informaciones para tomar decisiones para mejorar el proceso.

6.5.2.- COMPONENTES DE LA PROPUESTA DE REDISEÑO DEL MODELO DE ATENCIÓN

La formulación del Rediseño del Modelo de atención a poblaciones dispersas, tiene como propuesta cuatro componente: Gestión, Prestación, Organización y financiamiento, de acuerdo al MAISBFC y dos sub componentes, capacitación e información, cada uno de los componentes y subcomponentes contienen características específicas que denominaremos atributos, esta propuesta recoge las opiniones de los 6 equipos técnicos de las DIREA visitadas y la opinión de expertos sobre el tema y que fue posteriormente validada en un taller nacional:

A.-COMPONENTE GESTION.

Comprende un conjunto de procesos vinculados a la entrega de servicios de salud a las comunidades y poblaciones dispersas relacionados a las acciones de planificación, administración, organización, seguimiento y evaluación de las intervenciones que se realizan directamente o con apoyo de otros actores e instituciones, comprende, asimismo, los procesos de referencia y contra referencia de casos, la coordinación asistencial para asegurar la continuidad de la atención, así como los procesos de coordinación y colaboración interinstitucional para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Para que la atención en salud a familias que habitan en centros poblados dispersos y alejados tengan mejores posibilidades de superar dificultades como las de falta de continuidad / sostenibilidad, carencias presupuestarias y competencias no deseadas, entre otras, la recomendación de los equipos técnicos de las DIREAS, es que debe formar parte de una política nacional y regional orientada hacia la atención Integral en salud que complemente la oferta fija con la oferta móvil.

La experiencia muestra la importancia del fortalecimiento de la articulación intersectorial, para ello es necesario lograr el compromiso de los Gobiernos Locales para una intervención coordinada de la Gerencia de Desarrollo Municipal con otros sectores como los de educación,

vivienda y agricultura, entre otros para abordar de manera integral la problemática sanitaria de las poblaciones que habitan en centros poblados dispersos y alejados.

Como no es posible precisar el impacto de las experiencias sistematizadas por la falta de información sistemática y rigurosamente registrada que lo impide, una primera acción en la reorientación del modelo de atención a poblaciones se debe establecer una línea basal del estado sanitario de la comunidad para la intervención y criterios de riesgo familiar e individual. La utilización de este instrumento permitirá que la atención sea adecuadamente planificada, monitoreada y evaluada, así como organizada y focalizada, permitiendo identificar personas y familias, comunidades en riesgo o con necesidades de mejora.

Enfatiza la necesidad de contar con un plan anual de intervención y se refiere a la acción de los equipos itinerantes u oferta móvil que es siempre complementaria a la oferta fija y además define las funciones de la DIRESA, RED y Micro red; el equipo itinerante u oferta móvil, depende administrativamente y técnicamente de la RED, y de la MR depende en la organización de la prestación a nivel operativo. Los logros y resultados deben dar cuenta de la mejora de la situación de las familias, este logro debe expresarse en familias beneficiadas, mejoradas o el avance social alcanzado por estas.

Atributos del componente:

<p>Información comunal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Información nominal por comunidad - Información del número de familias y organizaciones - Establecer instrumentos estandarizados de recolección de información comunal - Línea de Base comunal en base a indicadores previstos en propuesta - Diagnostico comunal - información de servicios sanitarios no formales propios de la comunidad
<p>Planificación de la atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Basado en información de cada comunidad(considerando su territorio) - Plan de actividades anuales por ruta - Cronograma mensual de intervenciones - El Plan anual de actividades participativas en las comunidades esta de acuerdo con el convenio 169 de la OIT y ley de consultas previas para pueblos indígenas
<p>Supervisión y acompañamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - información previa de actividades y metas de las comunidades visitadas. - Personal supervisor debe estar capacitado y certificado por MINSA - Supervisión del cumplimiento del Plan por niveles y en cascada, nacional, Regional (DIRESA), Red, Microred, Establecimiento de salud. - La DIRESA Supervisará el trabajo multidisciplinario y multifuncional del equipo. - Uso de guías de supervisión en base a los componentes.



	<ul style="list-style-type: none"> - El MINSA define criterios y establece los instrumentos de supervisión y la Región adecua y operativiza de acuerdo a realidad local - Supervisiones Periódicas según el plan - El acompañamiento es el soporte que se da al personal del equipo de oferta móvil para mejorar su desempeño
<p>Rol del Gobierno Nacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formulación de políticas públicas - Actualizar la normatividad periódicamente
<p>Rol del Nivel Regional-Gerencia de Desarrollo social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer a las comunidades y poblaciones dispersas con ordenanza regional. - Articular y optimizar las intervenciones intersectoriales para estas poblaciones. - Priorizar la incorporación de la atención a poblaciones dispersas en los planes de desarrollo concertados(PDC) - Gestionar las partidas presupuestales anuales y por 12 meses, que incluya RHUS, equipamiento e insumos. - Coordinar con la DIRESA o GERESA las evaluaciones - Formulación de Políticas públicas intersectoriales que fortalezca la atención Integral en salud y complemente la oferta fija con la oferta móvil.
<p>Rol del nivel Local- Gobiernos Locales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relación estructurada con gobiernos locales, tanto provinciales como distritales - Compartir información sobre avance y limitaciones en las intervenciones de los equipos itinerantes u oferta móvil - Promover el Cofinanciamiento de actividades de promoción de la salud por los gobiernos locales. - La RED dará asesoramiento para utilizar adecuadamente planes de incentivos, Presupuesto participativo. - Apoyo de la DIRESA en la elaboración de PIP en gobiernos locales para proyectos de de salud y desarrollo comunal - Gestionar con los gobiernos locales las condiciones de alojamiento para equipos itinerantes



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

	<ul style="list-style-type: none"> - Socialización de las actividades a desarrollar por los equipos itinerantes en el ámbito del Gobierno Local. - Involucrar a los Gobiernos Locales en las actividades de Promoción de la Salud
<p>Relación Programas Sociales y Otras Instituciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación Multisectorial MINSA-MIDIS-MINEDU-MIMP-VIVIENDA, para mejorar la atención de las Poblaciones Dispersas. - Fortalecer las Políticas de salud en zonas de frontera en el marco de los convenios internacionales vigentes. - Coordinación entre las Gerencias de Desarrollo Social de los Gobierno Regionales-DIRESA, GERESA y los coordinadores regionales de los programas sociales. - Coordinación entre el MINSA y las FFAA y FFPP en acciones intersectoriales de salud. -
<p>Relación MINSA-DIRESA-Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La relación entre el MINSA y las DIRESAS/GERESAS debe ser similar a las que se tiene con las estrategias sanitarias nacionales. - Disponer de un Registro Nacional eficiente de la información proveniente de las poblaciones dispersas de las Regiones. - Realimentación permanente a la información regional. - Sistema Integrado de Control Gerencial del cumplimiento de las carteras de los equipos itinerantes u oferta móvil en los niveles regionales. - Implementar un observatorio de la inclusión sanitaria y social y atención a poblaciones dispersas
<p>Monitoreo y evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diseñar un sistema único de identificación de poblaciones dispersas complementando los ya existentes : HIS,SIS,INFORHUS - Fuente de información en base al HIS y SIS - Monitoreo en base a nuevos indicadores relacionado a los Determinantes Sociales
<p>Evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de desempeño del equipo, también por fuentes secundarias - Evaluación de procesos comunales en base a protocolos

**Resultados Esperados:**

Dar respuesta a las necesidades de salud de la población dispersa de manera ordenada, expresada en un plan de acción, con involucramiento de los tres niveles de gobierno y una intervención multisectorial efectiva que garantice la inclusión sanitaria y social.

"Promover la conducción sectorial social, articulada, concertada y participativa a través del fortalecimiento de los Consejos Regionales y Locales de Salud en un nuevo marco jurídico sanitario que fortalezca sus roles y funciones y le den el carácter de autonomía y vinculación con los procesos de la gestión pública en salud"⁹⁷.

B.-SUB COMPONENTE CAPACITACION.

Es necesario e importante desarrollar y fortalecer las capacidades del personal de salud, tanto de la oferta móvil como de la oferta fija, para realizar de manera conjunta un trabajo óptimo en las poblaciones dispersas, se debe priorizar acciones de promoción de la salud y el abordaje de los determinantes sociales, cumpliendo un rol de facilitador o articulador de otros actores institucionales y sociales, para esto es necesario implementar un proceso de capacitación y educación continua a los involucrados con la atención a poblaciones dispersas.

La capacitación de los equipos itinerantes u oferta móvil se desarrollará mediante un plan basado en un diagnóstico de capacidades, se implementarán diversas modalidades, que irán desde cursos temáticos nacidos de las necesidades de los equipos hasta un diplomado o maestría, el diplomado será tipo PROFAM para el desarrollo de nuevas competencias del personal tanto de los niveles gerenciales y quienes conforman el equipo multidisciplinario del equipos itinerantes u oferta móvil, habrá otro tipo de capacitación de acuerdo a la identificación de necesidades de capacitación.

En los procesos de capacitación se incluirá al personal de los establecimientos de la oferta fija que tengan responsabilidad administrativa sobre las poblaciones dispersas

En cualquiera de las modalidades el profesional capacitado deberá tener o completar las siguientes competencias:

- Habilidades para implementación de la cartera de servicios de salud pública de atención a la familia.
- Habilidades para la implementación de una cartera de servicios de salud individual en comunidades dispersas y alejadas.
- Habilidades para implementación de la cartera de servicios de salud pública de atención a la comunidad.
- Maneja los enfoques de derechos, de género y de interculturalidad.
- Conoce y maneja los instrumentos de registros y procesamiento de información y los usa en la planificación y gestión de sus actividades.

⁹⁷ MINSAL, Plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021: Documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas -- Lima: Ministerio de Salud; 2011



- Propone y aplica estrategias y herramientas para la concertación y la articulación intersectorial para la gestión.
- Identifica casos que necesitan atención especializada y preparan la referencia para las jornadas de atención especializada.

Se propone una capacitación permanente liderada por la DIRESA, esta debe estar dentro del plan regional de capacitación, el objetivo es mantener siempre las competencias técnicas del personal de los equipos itinerantes u oferta móvil y que la atención sea: efectiva, segura y culturalmente adecuada, se sugiere contar con Guías, normas disponible, boletines o publicaciones relacionadas a las competencias del equipo.

Aquellos que trabajan en zonas indígenas tienen que tener una capacitación especial, sobre todos en el lenguaje y comportamientos culturales adecuados y propios. Se sugiere una evaluación permanente del desempeño durante todo el año, e identificar las falencias que pueden ser mejoradas mediante la capacitación y la educación continua.

Se hace necesario la coordinación con las entidades formadoras de RHUS a fin de que se involucren técnicamente y académicamente en darle un valor agregado a la atención a las poblaciones dispersas y promover la discusión de metodologías, enfoques, estrategias de intervención e investigaciones sobre la atención equitativa de calidad y bajo el enfoque de derecho en las poblaciones dispersas,

Atributos del SUB-componente:

<p>Planificación de la capacitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La capacitación de los equipos itinerantes u oferta móvil, forman parte del Plan anual de capacitación regional. - Las capacitaciones son periódicas en todos los niveles. - La capacitación cuenta con recursos suficientes para implementarla - La capacitación sobre la atención a poblaciones dispersas incluye a los establecimientos que conforman la oferta fija con énfasis en el enfoque y principios.
<p>Contenido y temas de capacitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La capacitación se desarrollará mediante un plan basado en un diagnóstico de competencias. - Capacitación en aspectos de Promoción de la salud prevención, manejo clínico de casos, e Interculturalidad - Identificación y manejo de conflictos sociales socio ambientales - Capacitación de PROFAM, TELESALUD - Elaboración de PIP menores, para prevención y Promoción de la salud. - Prevención de catástrofes y desastres naturales



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

Espacios de capacitación	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación en servicios en Redes, microredes y DIRESA - Plataforma virtual (PROFAM, etc) - Red de consultores clínicos(Telesalud, Celsalud) - manuales educativos - Promover que las Universidades incluya sus curriculas el enfoque de atención a poblaciones dispersas, enfatizando los temas de relación intercultural y salud como derecho.
Evidencia de los resultados de la capacitación	<ul style="list-style-type: none"> - Proyecto de mejora - Seguimiento de uso de conocimientos en la practica - Evaluación de competencias y con certificación periódica
Material educativo	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuación cultural de material educativo - Usos de material educativo diverso
Guías clínicas y guías de procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> - Guías para intervenciones de promoción de la salud - Guías de trabajo para equipos itinerantes u oferta móvil - Guías de protocolos clínicos de tratamiento de casos frecuentes - Guías de protocolos en prevención de riesgos
Modalidad de Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> - Virtual, auto formativa y semi presencial
<p>Resultados Esperados:</p> <p>Los equipos de atención a poblaciones dispersas deben contar con Recursos Humanos con capacidades y destrezas que garanticen un desempeño adecuado para brindar una atención integral que les permita actuar en el campo de la promoción de la salud, la prevención y la atención de manera eficiente y sostenida a nivel individual y colectiva; se contará con recursos y materiales suficientes y adecuados para tal fin.</p> <p>Las entidades formadoras de Recursos Humanos deben incorporar en sus currículos académicas la atención a poblaciones dispersas con enfoque intercultural y de derecho a la salud. </p>	

C.-COMPONENTE ORGANIZACIÓN:

La Organización de la atención a poblaciones dispersas debe basarse en una estructura orgánica y funcional del nivel de Gobierno, que haga posible que los servicios prestadores de salud tenga como centro de la gestión a la persona, las familias que viven en estas comunidades; la Organización debe ser adecuada y estar bajo los principios de Integralidad, Accesibilidad y Aceptabilidad; debe hacerse actuando en base al conocimiento de las necesidades de la población dispersa; debe estar orientada a dar el soporte eficiente y oportuno al aparato prestacional móvil, que permita su cabal funcionamiento, este sistema de organización debe



estructurar la conformación de los equipos itinerantes y que adquiera y distribuya los recursos necesarios con oportunidad para una acción efectiva en las comunidades.

En la estructura orgánica tanto del MINSA como en las DIRESAs o GERESAS, la responsabilidad de la gestión de la atención a poblaciones dispersas debe estar de la siguiente manera: en el MINSA debe estar adscrita a la unidad relacionada con Atención de las personas en coordinación con la Unidad de Promoción de la salud, que podría contar con una unidad consultiva con direcciones, unidades u oficinas relacionadas con la atención integral a las poblaciones dispersas.

En los niveles regionales se adecuará la organización sugerida para el MINSA dependiendo el volumen de comunidades dispersas, la complejidad de atención y los avances logrados.

Respecto a la conformación del equipos itinerantes u oferta móvil, se propone que el equipo estaría conformado por dos tipos de profesionales: médico (Médico General, de preferencia un médico de Familia, Odontólogo) y personal no médico(Lic en Enfermería, Lic Obstetricia, Antropólogo o sociólogo). Lo importante que tengan las competencias y la experiencia para trabajar en las poblaciones dispersas , sin embargo, deja discreción de la conformación del equipo a la DIRESA de acuerdo a su ámbito y complejidad geográfica y epidemiológica, si bien el equipo es el mismo la diferencia es que deber tener nuevas y mejores competencias para la implementación de la nueva estrategia que privilegia la mejora de los Determinantes sociales de la salud, la prevención de riesgos y el cuidado de la salud mas que la atención de la enfermedad.

En la programación ya debe definir un trabajo de 21 días en comunidades, que la estancia en cada comunidad sea como mínimo tres días a fin de que desarrollen el nuevo enfoque, cada comunidad debe ser visitada entre 3 a 6 veces al año, en los lugares que existan los tambos promovidos por el gobierno hay que coordinar las salidas con los dirigentes de comunidades, y ser el centro de comunicación con los servicios de salud; si no hay tambos oficiales existe la posibilidad de establecer una especie de "tambos" o lugares en zonas intermedias que sirvan como almacenes temporales para cualquier emergencia, en la selva se enfatiza que el trabajo con comunidades nativas implica conocer su cultura y respetar a los no contactados.

Los Tambos son plataformas de servicios con equipamiento moderno que facilitan a todos los sectores del Estado, en los tres niveles de gobierno, atender a poblaciones en condiciones de pobreza y pobreza extrema que habitan en zonas rurales, asentados de manera dispersa. Existen actualmente alrededor de 200 TAMBOS construidos a nivel nacional y así facilitar la aplicación de intervenciones comunitarias en las poblaciones menos favorecidas.

Atributos del componente:

Estructura organizacional para gestionar la atención a poblaciones dispersas	<p><u>MINSA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dirección o Unidad relacionada con la atención a las personas y la promoción de la Salud. - Conformación de un comité consultivo para la atención a poblaciones dispersas(estrategia familia, pueblos indígenas, SIS, etc) <p><u>GR- DIRESA:</u></p>
---	---



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección o Unidad relacionada con la atención a las personas y la promoción de la Salud. <p><u>RED</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dirección o Unidad relacionada con la atención a las personas y la promoción de la Salud. <p><u>MICRORED</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsable de Promoción de la salud y atención integral a las poblaciones dispersas.
<p>Criterios para la Identificación de poblaciones dispersas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comunidades o poblaciones a mas de 4 horas de EESS salud I-2 o I-3. - Si son comunidades indígenas nativas - Alta migración de estas comunidades por el tema de mercado o minería. - Tener en cuenta Niveles de Pobreza I y II - Zonas con alta prevalencia de Desnutrición Crónica Infantil (DCI), Anemia, Muerte Materna - Coberturas bajas identificadas en el Censo comunal y datos no registrados por el INEI
<p>Perfil y conformación de los miembros de equipos itinerantes u oferta móvil</p>	<p>El perfil de los profesionales y técnicos será definido de acuerdo a la zona de intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformado por un equipo polifuncional <p><u>Personal médico:</u> (de preferencia 1 médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria , temporalmente un médico General con mayores capacidades en PS Promoción de la Salud y prevención,</p> <p><u>Personal no médico:</u> 1 Odontólogo con experiencia en técnica PRAT) 1 licenciada en enfermería 1 licenciada en Obstetricia.</p> <p><u>Personal de las ciencias sociales</u> 1 sociólogo o antropólogo</p> <p><u>Personal técnico:</u> 1 técnico de enfermería 1 técnico de laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo a las necesidades: Arrieros en zonas que lo necesiten Motorista en zona de selva: como servicio de terceros traductor en comunidades indígenas nativas - Equipos deben contar con Seguro ESSALUD, y seguro de accidentes
<p>Definición de rutas y programación de salidas</p>	<p><u>Programación de Salidas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La DIRESA como centro de la programación.



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

	<ul style="list-style-type: none"> - La programación de la intervención debe coordinarse con el líder y/o agente de la comunidad - difusión del cronograma de intervención en los establecimientos de salud incluidos en las rutas. - Estimar entre 3 a 5 días en cada comunidad y un mínimo de 6 visitas a cada comunidad cada año <p><u>Programación de Rutas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tener en cuenta las comunidades con mayor y menor población , sus anexos y sectores - En la selva tomar como referencia la cuenca alta, media, o baja del río y la estación del año por el nivel de navegación.
Equipamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Priorizar en el plan de reposición anual - Enfatizar equipamiento necesario para la prevención y la curación. - Inventario completo y actualizado cada mes - Estimar el estado del equipo. - Plan de mantenimiento y renovación de equipos en la oferta móvil - Material educativo con énfasis en la prevención y en la PS Promoción de la Salud - Implementar el Vestuario Trimestralmente - Incluir en los PPR la renovación de equipos dentro del centro de costos de la oferta móvil. adquisición de equipo informático portátil
Insumos y medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar Código RENAES del equipo itinerante u oferta móvil de acuerdo al consumo mensual (ICI). - Solicitar partida y compra de insumos y medicamentos de acuerdo al petitorio SISMED -
Rol de los Tambos	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir en las rutas a los tambos - Coordinar la atención en los tambos - Utilizar a los tambos como centros de comunicación con las comunidades y los servicios antes, durante y después de las salidas. - Utilizar los tambos como centros de aprovisionamiento de medicamentos e insumos e caso de desastres o fallas en el acceso
Resultados Esperados:	

Identificar cuantas son y donde están las comunidades dispersas en el Perú, e implementar acciones integrales de salud con equipos itinerantes conformados por personal con nuevas capacidades y destrezas que permitan acciones efectivas y con resultados en las familias e individuos que viven en estas poblaciones, contando con los recursos e insumos necesarios para una atención integral.

"La oferta móvil enfatiza la prevención y promoción basado en familia y comunidad, es complementaria a la oferta fija integrada a la red de servicios de salud pública y aplica un enfoque de riesgo, equidad de género e interculturalidad de salud con la participación de los gobiernos regionales y gobiernos locales"⁹⁸.

D.-COMPONENTE DE PRESTACION

La prestación centrada en la persona y en la familia representa un cambio radical en relación a los modelos tradicionales de atención poblaciones dispersas, posibilita que el equipo de salud tanto de la oferta fija como de la oferta móvil conozca que es lo mejor para las personas que viven en estas poblaciones; la palabra esencial es la alianza entre el equipo de salud, la persona, la familia y las autoridades de la comunidad, esta relación se construye teniendo como base el conocimiento de las necesidades de la población y entender que las personas y sus familias poseen ciertos conocimientos, habilidades, fortalezas, expectativas, preferencias y una cultura sobre la salud que deben ser considerados en el plan de atención y cuidado. Las personas cambian con mayor facilidad en contextos en los que se establecen relaciones basadas en la confianza mutua.

La oferta de servicios estará relacionada en tres niveles: El rol facilitador para desarrollar acciones de promoción de la salud relacionado con el abordaje de los DDSS, la prevención de riesgos (10 atenciones claves de prevención) y la atención curativa con las necesidades y problemas de salud de la población; el énfasis estaría dado a desarrollar acciones tendientes a preservar la salud; la oferta de atención estará basada principalmente en las actividades definidas en la cartera de salud Pública definida por el MINSA y adecuada en cada Región, para la atención individual se tendrá como referencia al PEAS tanto para la atención como la prevención de enfermedades o daños.

Se enfatiza que la atención debe ser integral⁹⁹, por etapa de vida basada en evidencias, en base a la normatividad vigente, con reglas de bioseguridad y de calidad con respeto a la cultura de

⁹⁸ MINSA, Plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021: Documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas -- Lima: Ministerio de Salud; 2011

⁹⁹ atención Integral definida como "El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural" Ministerio de Salud Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial (2005). Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención Nº 1.



las personas registrando si es necesario la etnia a la cual pertenecen , debe usarse Historia clínica de preferencia familiar y registro de HIS y SIS, la referencia de casos debe ser en base a las normas.

La atención especializada también tiene que llegar a estas poblaciones, la atención en el primer y segundo nivel de atención tiene que estar articulada con la redes existente en los territorios distritales, provinciales y regionales, los establecimientos estratégicos deben estar implementados con especialistas en pediatría, ginecobstetricia y medicina interna es un primer escalón en la atención básica prestada por los equipos de los equipos itinerantes u oferta móvil.

En las comunidades rurales se plantea un trabajo cercano con los agentes comunitarios de salud(ACS) priorizando temas de mejora de las viviendas, mejora del cuidado de los niños priorizando temas como el monitoreo comunal de la DCI y anemia y otras prioridades de salud de la zona de intervención, se debe impulsar el trabajo con los IIEE de la zona para hacer de estas escuelas promotoras de la salud y además desarrollar acciones para la vigilancia comunitaria con participación de la comunidad y no solo los promotores de la salud..

Se promueve como elementos fundamentales para el trabajo en promoción de la salud el trabajo desde la organización comunal, con apoyo multisectorial, el horizonte de las intervenciones de PS es la salud de la población y su desarrollo.

Se debe continuar con los esfuerzos de atención integral a las poblaciones, especialmente de la selva con iniciativas la como la de Plataformas Itinerantes de Acción Social – PIAS para las comunidades de selva, con embarcaciones recuperadas por el SIMA, que integran servicios de salud con otros servicios públicos (evaluaciones medicas u despistajes de salud preventiva), con servicios públicos como el Banco de la Nación, Programas Sociales, Reniec, entre otros.

Atributos del componente:

Atención Individual	<p><u>Escenario:</u> Persona</p> <p>11 acciones de prevención: Definidas de acuerdo a cada Región)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Atención integral del niño -Lavado de manos -Control Pre Natal y atención del parto inminente -Descarte de Cáncer Uterino mediante Inspección Visual con Acido Acético -Planificación Familiar -Prevención del embarazo en adolescentes -Despistaje de Tuberculosis e Infecciones de transmisión sexual -Sesiones demostrativas de alimentos -Despistaje de cáncer de mama -Uso de Sal yodada -Atención de morbilidad odontológica básica <p>- El registro debe hacerse en una Historia Clínica Familiar (HCF)</p>
----------------------------	--



	<p>-Atención a las personas por etapa de vida de acuerdo a la normatividad vigente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niño niña - adolescente - adulto hombre y mujer - Adulto mayor hombre y mujer
Atención Colectiva	<p><u>Escenario: Familia:</u> Plan de atención integral en salud familiar(PAIFAM)</p> <p><u>Escenario : Comunidad</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan de atención integral comunitaria(PAIC) o MAIS????? - APOC(La Atención Primaria Orientada a la Comunidad)¹⁰⁰ <p>a-conocer la comunidad y sus necesidades b.-priorizar ámbitos a abordar c.-diseñar programa de intervención d.- monitoreo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajar con las organizaciones comunales como: SIVICOS, CODECOS, MUNECOS)??????? para elaborar planes comunales - Plan comunal con corresponsabilidad <p><u>Escenario: Instituciones educativas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan de salud escolar - Aplicación de Cartera de salud pública sujeto a su aprobación por el MINSA. - Desarrollar Paquetes de educación sanitaria
Referencia de Casos	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer los flujos de referencia por consulta externa, apoyo al diagnóstico y emergencia a establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive - Organizar la Referencia Comunal
Atención Especializada	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación del perfil epidemiológico de la zona. - Previo Tamizaje de casos que necesitan atención especializada por parte del equipo itinerante. - Medición de agudeza visual por miembros del equipo itinerante para selección de casos que necesiten atención especializada. - Selección de pacientes para las Jornadas de atención especializada (JAMES).

¹⁰⁰ La Atención Primaria Orientada a la Comunidad APOC se define como la practica unificada de la Atención Primaria individual y familiar con la Atención Comunitaria, dirigida a mejorar la salud de la comunidad como un todo. "La APOC es una práctica en la que elementos idóneos de atención comunitaria, familiar e individual, se prestan conjuntamente" (Sidney Kark)



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 “Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

	<ul style="list-style-type: none"> - Requerimiento y dotación de Médicos Especialistas de acuerdo a los daños identificados en el tamizaje. - Coordinación entre la DIRESA y la RED la programación de las Jornadas de atención especializada. - Coordinación entre la DIRESA, Red y Gobiernos Locales el desplazamiento de pacientes a las Jornadas de atención especializada. - Seguimiento por parte del Equipo Itinerante de los casos atendidos en las Jornadas de atención especializada
<p>Relación con la oferta Fija</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación por parte de la comunidad dispersa del establecimiento fijo de su jurisdicción. - Coresponsabilidad del equipo itinerante y el establecimiento de salud de la comunidad dispersa asignada. - La Oferta Fija debe atender a estas comunidades cuando no este la oferta móvil - La Red debe Sensibilizar a la oferta fija sobre la complementariedad de la oferta móvil. - Solicitar Provisión de equipos e insumos claves para emergencias obstétricas por parte de los establecimiento de salud a los equipos itinerantes. - la oferta fija realizará el seguimiento de los casos referidos
<p>Acciones de Promoción de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación y promoción de familias, viviendas, comunidades y escuelas saludables. - Fortalecimiento de SIVICOS, CODECOS. - Escuelas promotoras de la salud - Apoyo y fortalecimiento de espacios de concertación distrital y local -
<p>Resultados Esperados: Proponer un modelo de atención basado en la atención a todos los miembros de la familia, su entorno y la comunidad, priorizando el abordaje de los determinantes sociales de la salud a través de la Promoción de la salud, la prevención de daños y riesgos prevalentes y la atención de casos que lo requieran, así como, la atención especializada que garantice la continuidad de la atención de las personas en todos los niveles necesarios, esta atención debe tener la aceptabilidad de la población, debe ser dada con calidad y teniendo en cuenta las características culturales de la población. <i>“Énfasis en las acciones de promoción de la salud, disminución de riesgos y prevención daños en el primer nivel de atención a través del abordaje integral de las personas en sus diferentes etapas de vida y familia recogiendo los principios y valores de la atención primaria de la salud</i>”</p>	



renovada”¹⁰¹.

E.- COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO.

Según las recomendaciones del CNS la principal fuente de financiamiento para la atención a poblaciones dispersas debe provenir del tesoro publico y específicamente del seguro integral de salud, actualmente el SIS capitado financia insumos y en algunas regiones el traslado y equipamiento medico, sin embargo, las carteras de atención individual y colectiva para la atención en poblaciones dispersas aun no esta definida. El CNS propone que “el MINSA deberá potenciar la estrategia de atención itinerante para que la población localizada en zonas alejadasse deberá ampliar el número de brigadas de Atención Integral de Salud a la Población Excluida y Dispersa (equipos itinerantes u oferta móvil)y que cuenten con financiamiento a través del Seguro Integral de Salud”¹⁰².

Un buen sistema de financiamiento de la atención y cuidado de salud para las poblaciones dispersas es aquél que se lleva a cabo de manera más equitativa, que incentiva a los prestadores, tanto de la oferta fija como de la móvil, a la entrega de servicios de manera eficiente y con calidad, todas las formas de pago presentan, puntos fuertes y débiles, en el pago por capitación (per cápita) es potente el incentivo para desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades y en la contención de costos, pero como riesgo puede inducir los prestadores a no ofrecer determinados servicios necesarios; por otro lado, el pago por unidad de servicios o por procedimientos, incentiva una prestación excesiva de servicios, sin embargo es el sistema que más satisface a los usuarios.

El simple aumento de los recursos financieros, aisladamente, no contribuye para la resolución de la crisis contemporánea de los sistemas de atención de salud. Recursos adicionales para hacer más de lo mismo significa tirar el dinero. Como afirma el profesor indio Ramalingaswani: “es necesario más dinero para la salud, pero es necesario, especialmente, más salud para cada unidad de dinero invertida” (FRENK, 2006).

Respecto al involucramiento del Gobierno Regional y local, se debe buscar nuevas fuentes complementarias de financiamiento como del Canon minero o la responsabilidad social de las empresas (en el Caso de Cusco Pluspetrol financiaba una brigada en el bajo Urubamba pero lo dejo de hacer sin explicación), debe evitarse siempre la duplicidad y la inversión sin resultados, se debe mantener la principal fuente de financiamiento del SIS tanto para las actividades comprendidas en el PEAS como actividades de la cartera de salud publica.

Atributos del componente:

Fuentes de financiamiento	- En los Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud, dentro las Propuestas de
----------------------------------	---

¹⁰¹ MINSA, Plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021: Documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas -- Lima: Ministerio de Salud; 2011

¹⁰² CNS, Lineamientos y medidas de reforma del sector salud, Julio 2013, pág. 44



	<p>Mandato de Política, establece que el SIS debe financiar la atención integral en las poblaciones dispersas tanto en la atención individual como colectiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de metas presupuestales a las estrategias nacionales de cada Unidad Ejecutora para la operatividad de los equipos itinerantes. - Presupuesto diferenciado para zonas de frontera y de Poblaciones excluidas y dispersas. - Proponer el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) apertura como un programa presupuestal. - Generar evidencias de los resultados del cumplimiento del Plan Anual de Intervención para contar con más y mejor financiamiento. - Cada equipo Itinerante debe constituirse en un centro de costos. - Implementación de un Presupuesto por Resultados en lo que respecta a medicamentos, equipamiento y capacitación de los equipos Itinerantes. - Presupuesto para Control (Monitoreo, evaluación, supervisión). - Reembolso a la oferta móvil no sujeto a cumplimiento de coberturas, con costos diferenciados. - Financiamiento del SIS para las acciones de prevención de la salud y la cartera de salud pública
<p>Orientación del uso del Financiamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pago de remuneraciones, seguros y beneficios sociales de los miembros del EQUIPO ITINERANTE U OFERTA MOVIL. - capacitación permanente con la nueva estrategia. - supervisión del desempeño del personal de la oferta móvil como de la oferta fija. - Incentivos al personal de la Oferta fija para la atención de poblaciones dispersas (incluir además del bono por Atención Primaria de Salud y del ámbito VRAEM). - Definición de costos per cápita para las prestaciones en comunidades dispersas (se



	<p>paga más por la atención de un poblador de comunidad dispersa).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fondo para el traslado de pacientes de las comunidades excluidas y dispersas en situación de emergencia hacia el establecimiento de referencia. - Plan de incentivos al personal itinerante que incluya sistemas de mejoramiento de la producción de servicios que reconozcan la visitas domiciliaria
Gestión y control del Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el financiamiento con los resultados de acuerdo a lo programado en su plan anual. - Reuniones de rendición de cuentas con actores locales y las Redes de Salud.
Financiamiento Regional y Local	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la corresponsabilidad entre la Red y el gobierno local para mejorar las condiciones de permanencia en las comunidades excluidas y dispersas de los equipos itinerantes. - Las Redes de Salud gestionaran el cofinanciamiento de los gobiernos locales y empresas con acciones de responsabilidad social para dar sostenibilidad a la operatividad de los equipos itinerantes.
<p>Resultados Esperados:</p> <p>Se debe contar con los recursos económicos suficientes, distribuidos de acuerdo a las necesidades del territorio, cuya entrega a los niveles operativos sea de manera oportuna y sostenible y que la inversión tenga resultados tangibles en el campo de la inclusión social y sanitaria, se promoverá un involucramiento mayor y creciente de los niveles regionales y locales.</p> <p><i>"Asegurar el financiamiento a través de la capitación de las acciones de la Atención Primaria de la Salud . . Reorientación del Financiamiento en Salud hacia el Presupuesto por Resultado a las acciones de la atención primaria en salud con enfoque a la persona por etapa de vida, familia y comunidad...Reorientación del presupuesto de incentivos municipales hacia la APS"</i></p> <p>103</p>	

F.- COMPONENTE INFORMACION

Se busca contar con Información actualizada, disponible y útil para toma de decisiones oportunas, contar con información no solo de datos de morbilidad, mortalidad, también sobre la situación de los determinantes y sobre la inclusión sanitaria y social cuya data puede estar en otros sectores; se promueve desarrollar todo el proceso de la información que va desde la recolección, proceso, análisis y entrega de la información de lo que se hace en las comunidades(

¹⁰³ MINSA, Plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021: Documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas -- Lima: Ministerio de Salud; 2011



a nivel individual y familiar), toda esta información debe hacerse en los formatos HIS y SIS, la fuente debe hacerse desde las historias clínicas familiares.

Para el monitoreo y evaluación de la aplicación y los resultados del modelo renovado es necesario contar con un sistema de información con metodologías e instrumentos que permitan la medición del proceso, el efecto y el impacto de las acciones, para esto se deben utilizar nuevos instrumentos que pueden dar cuenta de la implementación de las estrategias. La información básica deberá estar recogida, de preferencia de la Ficha Familiar (FF), esta información nos permite tener datos de los cambios desde la familia hasta la comunidad, cada ficha tendrá un número que coincida con el número de la vivienda, la cual se consolidará en un registro comunal que el establecimiento deberá tener siempre actualizado, este registro puede ser un libro de registro de atención por ciclo de vida que debe tener cada comunidad.

Tener un sistema de registro comunal es necesario para recoger información como el número total de familias, niños, MEF y adultos, el personal de salud tanto de la oferta móvil como del establecimiento utilizará este registro tanto para planificar sus actividades del mes, de regreso al establecimiento de la oferta fija en donde se actualizará el libro con datos como nuevos nacimientos, fallecimientos, migración, etc.

Atributos del componente:

Fuentes de información para elaboración de Informe	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de información en formatos SIS(FUA, Afiliación, referencia) y HIS - Información cualitativa que incluya prácticas y conductas de la zona. - Historias Clínicas familiares
Recolección y síntesis de la información	<ul style="list-style-type: none"> - Software o aplicativo que permita tener información de resultados de intervención sobre metas establecidas
Socialización de la información	<ul style="list-style-type: none"> - A través de boletines, paginas web de MINSAL, DIRESA y Redes
Flujo de la información	<ul style="list-style-type: none"> - Desde equipos ITINERANTES U OFERTA MOVIL, Microredes, redes, DIRESA y MINSAL
Información de determinantes sociales de la salud	<ul style="list-style-type: none"> - Información de paquetes de salud individual - Información de entornos saludables - Diagnostico de determinantes sociales identificados con aplicación de instrumentos ficha familiar, ficha de diagnostico de entornos y comportamientos saludables, según normatividad vigente
Información por cada Equipo ITINERANTE U OFERTA MOVIL	<ul style="list-style-type: none"> - Información de paquetes de atención integral - Informe de entornos saludables y determinantes sociales por comunidad. - Informe de los factores de riesgo y morbimortalidad de la población.



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 “Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

<p>Medir la inclusión y la mejora Social</p>	<p>- Con los indicadores se podrá medir la aceptabilidad de la intervención y la participación de la población. Se considera Indicadores de inclusión y cambio social.</p>
<p>Resultados Esperados: Contar con información confiable y oportuna que permita, medir los procesos de mejora y cambio, en los individuos, familias y comunidades que posibilite medir la inclusión social en las poblaciones dispersas, así como, la contribución individual , colectiva del equipo ITINERANTE U OFERTA MOVIL y de la oferta fija.</p>	

6.6.-LAS RESPONSABILIDADES SECTORIALES E INTERSECTORIALES.

Para implementar este modelo renovado se necesita que los actores institucionales, que están involucrados tengan definidos sus roles, funciones y tareas que hagan posible un reordenamiento de las intervenciones para las poblaciones dispersas y tener mejores resultados.

6.6.1 Ministerio de Salud

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONALES	RESPONSABILIDADES CON OTRAS INSTITUCIONES
<p>Diseñar y aprobar la política nacional de salud a favor de las poblaciones dispersas, garantizando su cumplimiento y resultados previstos relacionados con la atención integral y la inclusión sanitaria y social</p> <p>Impulsar el compromiso multisectorial para abordar la acción conjunta a favor de las poblaciones dispersas</p>	<p>Brindar asistencia técnica a los gobiernos regionales y gobiernos Locales para involucrarlos en el diseño e implementación de políticas regionales y locales a favor de las comunidades dispersas.</p>
<p>Normar los nuevos procesos técnicos y administrativos y la entrega de servicios de cuidado de la salud que faciliten la atención en salud a las poblaciones dispersas, en coordinación con los niveles regionales</p>	<p>Sustentar ante entidades privadas y publicas los logros y limitaciones (con evidencias) de las intervenciones en comunidades dispersas con el fin de lograr cooperación y apoyo financiero de otros sectores y de agencias intergubernamentales, multi o bilaterales de cooperación.</p>
<p>Producir conocimiento e información útiles para la implementación, desarrollo y consolidación del modelo renovado de la atención a estas poblaciones.</p>	<p>Formular políticas de comunicación e información para involucrar a diversos actores públicos y privados en la implementación del modelo renovado</p>
<p>Elaborar norma que defina la modalidad de atención de los equipos itinerantes u oferta móvil.</p> <p>Definir metas sanitarias nacionales</p> <p>Brindar asistencia técnica a los Gobiernos</p>	<p>Coordinar con MIDIS políticas de inclusión social</p> <p>Coordinar con programas sociales acciones conjuntas</p>



regionales a través de las DIRESAS	Incluir en normas actividades coordinadas
Consolidar la información regional de las comunidades	
Medir y socializar los logros (productos, resultados e impacto) de los planes anuales regionales para la atención a las poblaciones dispersas	

6.6.2. Gobierno Regional

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONALES	RESPONSABILIDADES CON OTRAS INSTITUCIONES
<p>Formular y aprobar los requerimientos presupuestales para la atención a estas poblaciones dispersas tanto para RHUS, equipamiento y transporte.</p> <p>Creación de centros de costos</p> <p>Monitoreo y evaluación de la calidad del gasto</p>	<p>Incorporar la estrategia de atención integral a comunidades dispersas como parte importante de las políticas regionales como parte de la inclusión social lucha contra la pobreza y la inclusión social.</p> <p>Participar activamente a través de la Gerencia de desarrollo social el monitoreo y evaluación de la atención a poblaciones dispersas.</p>
<p>Aprobar el Plan estratégico bi o trienal para la atención de las comunidades dispersas de la región.</p> <p>Incorporar en el plan estratégico Institucional(PEI) la atención a comunidades dispersas</p> <p>Reconocer con ordenanza a las comunidades dispersas en el territorio regional</p>	<p>Coordinar con los gobiernos locales provinciales y distritales para que incorporen en sus respectivos planes de desarrollo territorial las acciones de atención y acciones de desarrollo en las comunidades dispersas así como lograr los recursos financieros necesarios.</p>
<p>Asegurar los recursos financieros para el fortalecimiento de los establecimientos de la oferta fija</p> <p>Implementar a los establecimientos estratégicos, para asegurar la continuidad en la atención a los pobladores de estas comunidades dispersas.</p>	<p>Definir en coordinación con las Instituciones y sectores sociales a su cargo y los gobiernos locales provinciales la intervención progresiva de los programas sociales en las poblaciones dispersas</p>

6.6.3 Dirección Regional de Salud (DIRESA o GERESA)

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONALES	RESPONSABILIDADES CON OTRAS INSTITUCIONES
<p>Adecuar las normas de los procesos administrativos y técnicos sobre la atención a poblaciones dispersas, para viabilizar la mejor atención a las poblaciones dispersas</p>	<p>Coordinar con la Gerencia de Desarrollo Social del GR el plan de atención a poblaciones dispersas e involucrarlo en el monitoreo y evaluación de los resultados</p>



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 “Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

<p>en su ámbito de regional.</p> <p>Ejecutar el plan estratégico bi o trianual para la atención de las comunidades dispersas de la región.</p> <p>Fortalecer los servicios de salud de la oferta fija relacionados con la oferta móvil dotándolos de RHUS y equipamiento necesario para acciones de PS y prevención</p> <p>Proponer al gobierno regional el listado de comunidades dispersas para ser reconocidas</p> <p>Sistematización de la información y análisis para la toma de decisiones en la atención a poblaciones dispersas</p>	<p>Incorporar a los alcaldes provinciales y miembros de las comunidades al Consejo Regional de Salud para asegurar la viabilidad y sostenibilidad de la estrategia de salud dirigida a las poblaciones dispersas</p>
<p>Supervisar, monitorear y evaluar a las redes las metas regionales</p> <p>Dar el soporte administrativo a las redes en la implementación de los procesos administrativos y técnicos para la atención a las poblaciones dispersas</p>	<p>Promover la cooperación financiera de agencias públicas y privadas</p> <p>Impulsar que la responsabilidad social de las empresas contribuyan con las acciones de los equipos ITINERANTES U OFERTA MOVIL</p>
<p>Consolidar y actualizar permanentemente la información de las poblaciones dispersas proporcionadas por las Unidades ejecutoras y redes</p>	<p>Articular la participación social a nivel regional</p>
<p>Elaborar en coordinación con las redes, las metas regionales físicas y presupuestales para garantizar la ejecución</p>	<p>Organizar y mantener un equipo permanente de facilitadores regionales responsables de brindar capacitación continua y permanente a los equipos itinerantes u oferta móvil.</p>
<p>Brindar asistencia técnica a las redes para la implementación del modelo renovado de atención a poblaciones dispersas.</p>	<p>Promover la acción multisectorial para apoyo a las estrategias de atención a poblaciones dispersas.</p>
<p>Incorporar anualmente en el presupuesto de la DIRESA los recursos necesarios para financiar los costos de insumos, medicamentos, capacitación, etc destinados al funcionamiento de los equipos itinerantes u oferta móvil.</p>	
<p>Adecuar la modalidad de atención de los equipos itinerantes de salud de acuerdo a la norma</p>	

6.6.4 Red de Servicios de Salud

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONALES	RESPONSABILIDADES CON OTRAS INSTITUCIONES
<p>Implementar el soporte logístico apropiado para el funcionamiento de los equipos itinerantes u oferta</p>	<p>Establecer un comité consultivo para la planificación y</p>



<p>móvil</p> <p>Implementar el soporte logístico apropiado para el funcionamiento</p> <p>Es la entidad responsables de la atención a las poblaciones dispersas</p> <p>Seleccionar al personal de salud que conformará los equipos itinerantes en salud</p>	<p>evaluación de la atención a poblaciones dispersas.</p> <p>En lo posible Incorporar en el directorio de la red a los alcaldes provinciales para conducir la atención en salud a las poblaciones dispersas.</p>
<p>Incorporar dentro de los planes de acción anuales de las UE y las redes de servicios` actividades y metas sanitarias a favor de las comunidades dispersas.</p> <p>Incorporar los PDP anuales y quinquenales</p>	<p>Capacitar a sectores sociales y gobiernos locales en temas de PS, prevención especialmente sobre entornos saludables</p>
<p>Disponer de información demográfica, social y de salud de las comunidades y dispersas.</p> <p>Incorporar en la sala de situaciones de la Red, información de poblaciones dispersas</p>	<p>Coordinar con autoridades locales las jornadas de atención especializada</p>
<p>Asegurar la provisión de medicamentos e insumos a través del SISMED para su entrega a los equipos itinerantes de salud</p> <p>Apoyar con el transporte y movilidad de los equipos itinerantes u oferta móvil</p>	<p>Coordinar con el gobierno local el apoyo para la movilidad y el transporte de los equipos itinerantes u oferta móvil</p>
<p>Supervisar, monitorear y evaluar el soporte administrativo que brindan las micro redes a los equipos itinerantes u oferta móvil que brindan atención a las poblaciones dispersas</p>	<p>Implementar salas de situaciones en los gobiernos locales de la jurisdicción para monitorear la inclusión y desarrollo social</p>
<p>Consolidar la información presentada por los equipos itinerantes de salud en las poblaciones dispersas y remitirlo a la DIRESA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪
<p>Organizar con la DIRESA las jornadas de atención especializada en EEEE para atender a los casos captados por los equipos itinerantes u oferta móvil en su acción de tamizaje.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪

6.6.5 Micro Red de Servicios de Salud



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 “Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONALES	RESPONSABILIDADES CON OTRAS INSTITUCIONES
Implementar y fortalecer los establecimientos de salud que conforman la oferta fija responsables de las comunidades dispersas	Capacitar a sectores sociales y gobiernos locales en temas de PS, prevención especialmente sobre entornos saludables
Proporcionar información sobre la situación de salud de las comunidades a intervenir a los equipos itinerantes en salud	Coordinar con el gobierno local el apoyo para la movilidad y el transporte de los equipos itinerantes u oferta móvil
Organizar con el personal de la oferta fija el itinerario de los equipos itinerantes u oferta móvil para que desarrollen acciones complementarias	Capacitar a sectores sociales y gobiernos locales en temas de PS, prevención especialmente sobre entornos saludables
Desarrollar el proceso de inducción y proporcionar el equipamiento y recursos necesarios para su movilización.	Coordinar con autoridades locales las jornadas de atención especializada
Apoyar con el transporte y movilidad de los equipos itinerantes u oferta móvil	Implementar salas de situaciones en los gobiernos locales de la jurisdicción para monitorear la inclusión y desarrollo social
Suministrar al Equipo Itinerante en salud de los insumos necesarios para la atención como vacunas, medicamentos, suplementos vitamínicos, formatos, fichas para la afiliación al AUS	▪
Mantener permanente comunicación con el equipo itinerante para conocer del requerimiento adicional de medicamentos y de las acciones de referencia de pacientes.	▪
Atender los casos de referencia efectuados por los equipos itinerantes de salud o referirlo a otros establecimientos de mayor complejidad y capacidad de resolución.	▪

6.6.6 Gobiernos Locales y Comunidades

GOBIERNO LOCAL	COMUNIDADES DISPERSAS
<p>Impulsar la incorporación en el Plan de desarrollo del gobierno local y del Plan de desarrollo concertado(PDC) y en el presupuesto anual actividades destinadas al apoyo a las comunidades dispersas ubicadas en su ámbito distrital o provincial.</p> <p>Formar parte de comités consultivos en las redes para planificar y monitorear y evaluar la atención a</p>	Elaborar el diagnostico comunal que identifique , problemas, necesidades y potencialidades de las comunidades en el campo del desarrollo humano.



poblaciones dispersas.	
Apoyar a las comunidades dispersas en la implementación de los centros de información y vigilancia comunal para monitorear la DCI y la anemia.	Elaborar el plan de Desarrollo comunal y conducir su ejecución y realizar actividades de monitoreo de lo actuado, los equipos ITINERANTES U OFERTA MOVIL darán soporte a las acciones de diagnóstico y planificación comunal.
Organizar conjuntamente con el personal de los establecimientos de salud y la micro red el apoyo logística para el traslado de casos de referencia de pacientes de las comunidades dispersas al establecimiento de salud estratégico que tiene mayor capacidad resolutive.	Participar en las actividades de promoción de salud a cargo de los equipos itinerantes de salud organizados por la microred y el gobierno local.
Gestionar la asignación de recursos humanos, la construcción, mantenimiento y equipamiento de locales o establecimiento de la oferta fija y apoyar el traslado de los equipos ITINERANTES U OFERTA MOVIL con abastecimiento de vehículos, equipos y materiales necesarios.	Elaborar conjuntamente con los equipos ITINERANTES U OFERTA MOVIL, Mapas Croquis, fichas familiares; censo comunal, Plan de desarrollo comunal; proyectos comunitarios, etc.
Prestar apoyo a los equipos ITINERANTES U OFERTA MOVIL en el fortalecimiento de las organizaciones comunales, en la elaboración de pequeños proyectos comunales y en su incorporación en el presupuesto participativo.	Otorgar conformidad al trabajo realizado por los equipos itinerantes en salud en su comunidad como condición previa al pago de sus honorarios profesionales.
Participar en el directorio de las redes de servicios en la toma de decisiones para la mejor marcha de la atención a las poblaciones dispersas.	Organizar conjuntamente con el equipo itinerante en salud el servicio de emergencias para la referencia de pacientes al establecimiento más cercano con capacidad resolutive.
Liderar la organización de las JAMES en la jurisdicción, asegurando el traslado de pacientes identificados en las comunidades dispersas, hasta el establecimiento en donde se realiza las Jornadas y regresarlos a su lugar	Ceder e implementar un espacio físico para el funcionamiento del centro de información y vigilancia comunal. Implementar los centros de vigilancia nutricional en la comunidad.
Apoyar con la alimentación y alojamiento de pacientes que acuden a las JAMES de lugares dispersos lejanos.	Proporcionar un ambiente para el descanso del personal itinerante en salud y prestar el apoyo logístico para el traslado de este personal a otras comunidades

6.6.7.-Otros Sectores .



MIDIS.-

Siendo el Ministerio de Inclusión social el organismo del Poder Ejecutivo que tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de la población en situación de vulnerabilidad y pobreza, promover el ejercicio de sus derechos, el acceso a oportunidades y al desarrollo de sus propias capacidades. En este marco es importante realizar coordinaciones tanto al nivel nacional, regional y local para que conjuntamente con las diversas entidades del sector público, el sector privado y la sociedad civil, se consigan las metas de inclusión social.

FFAA y PN

Las fuerzas armadas y la Policía Nacional tienen presencia en los espacios de acción social en comunidades, pueden prestar ayuda logística para transporte en caso de emergencias y desastres ; en la zona de selva su presencia en comunidades dispersas es casi permanente y se debe coordinar estrechamente. La marina de guerra presta un apoyo central para las intervenciones en la modalidad de las acciones PIAS en los ríos de la amazonia y en la zona de Puno

6.7.- ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE REDISEÑO DEL MODELO DE ATENCIÓN A POBLACIONES DISPERSAS.

6.7.1.-enfoque estratégico.

El enfoque Estratégico para garantizar la atención a las comunidades dispersas, debe hacerse desde dos campos ,uno desde la oferta(las redes, los Establecimientos de salud) y otro desde la misma comunidad(la población y su demanda) es decir habrá que garantizar que en esta interacción se desarrolle el enfoque de promoción de la salud, la prevención de riesgos y enfermedades, la atención integral y la atención especializada de quienes lo requieran buscando ,que esta prestación sea con equidad y calidad, para los cual se debe contar con las capacidades y los recursos mínimos necesarios, la interacción debe articularse a la red social de las comunidades, los distritos , la provincia y los gobiernos Regionales .

Los Equipos itinerantes de salud o también denominadas brigadas de atención, AISPED, deben privilegiar el enfoque social que garantice la inclusión sanitaria y promueva el desarrollo social ,buscando el involucramiento local para lograr la sostenibilidad de las acciones. Los equipos itinerantes u oferta móvil contribuirán con su accionar a la construcción de una plataforma social por donde se deslicen los demás procesos incluyendo los de salud. Esta plataforma social se orientará a crear la necesidad ciudadana de conceptualizar la salud como parte de su desarrollo y conformar una corriente de opinión a nivel comunal en donde el auto cuidado y la solidaridad son elementos claves. Mejorar las relaciones entre ciudadanos, entre comunidades y entre las comunidades y los servicios de salud son factores determinantes en la inclusión sanitaria.

La oferta móvil no deberán actuar solo como prestadores móviles, será necesario privilegiar el enfoque social de este equipo que garantice la inclusión sanitaria y promueva el desarrollo social, para lograr la inclusión social, buscando el involucramiento del gobierno local para lograr

la sostenibilidad y continuidad de las acciones.

La oferta móvil genera también capacidades en la población, sus organizaciones y líderes para desarrollar actividades de prevención y autocuidado para evitar enfermedades y realiza un tamizaje de patologías o problemas de salud que necesiten diagnóstico o atención especializada.

FORTALECIMIENTO DE LA OFERTA FIJA	ATENCION INTINERANTE RENOVADA	ATENCION ESPECIALIZADA
<ul style="list-style-type: none"> • ENFATIZAR LA ATENCION FAMILIAR Y COMUNAL • RESPONSABILIDAD DEL TERRITORIO ASIGNADO • AISPED ALIADO ESTRATEGICO • COMPLEMENTA LA ATENCION EN COMUNIDADES DISPERSAS • EVALUA LOS RESULTADOS 	<ul style="list-style-type: none"> • PROMOCION DE LA SALUD • PREVENCIÓN DE RIESGOS Y ENFERMEDADES • REFERENCIA DE CASOS • ATENCION TIPO PIAS • ATENCION MEDIANTE UNIDADES MOVILES • ATENCION DE CASOS NO COMPLEJOS. 	<ul style="list-style-type: none"> • TAMIZAJE COMUNAL • JORNADAS DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA(JAMES) • SEGUIMIENTO DE CASOS. • TECNOLOGIA LLEGA A LOS POBRES

a.-El fortalecimiento de la oferta Fija

Uno de los resultados de la atención de salud en las comunidad dispersas, será el fortalecimiento de la oferta fija, Se necesita una nueva oferta fija¹⁰⁴ que coincida con el MAIS_BFC que propone” *Para el nuevo MAIS-BFC, la APS se constituye como el primer punto de contacto que las personas tienen con la red de servicios de salud, por tanto su fortalecimiento es esencial. Esto implica que en todos los **Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención**, el fortalecimiento debe estar centrado en la formulación e incorporación de un nuevo enfoque en la totalidad de estos establecimientos de APS y cuyo propósito es acentuar la dimensión familiar y comunitaria en el quehacer de los equipos de salud de los establecimientos de salud. Este es el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad”*¹⁰⁵

Para esto se debe contar con RHUS con capacidades y motivación, para impulsar apoyar el enfoque estratégico basado en la APS renovada que privilegie la promoción de la salud y la prevención de riesgo y que además permitan una oferta permanente de servicios que garantice la atención de las referencias de casos en el mismo establecimiento durante por lo menos doce

¹⁰⁴ “Esto significa romper paradigmas históricos, tradicionales de Modelos de Atención de Salud basado en un enfoque curativo predominante en los establecimientos de salud, generado principalmente por el comportamiento de la demanda al solo buscar atención cuando se siente haber perdido la salud y no antes, cuando se está sano pero expuesto a factores de riesgos o con enfermedad subyacente, induciendo de esta manera a la oferta a que se adecue a ella para satisfacerla, en un comportamiento similar de recuperación y rehabilitación de la enfermedad o el daño” MINSa, Plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021: Documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas -- Lima: Ministerio de Salud; 2011.

¹⁰⁵ MINSa, Plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021: Documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas -- Lima: Ministerio de Salud; 2011



horas, que este disponible para la atención de urgencias, que periódicamente atienda a las comunidades lejanas cuando no este el equipo itinerante u oferta móvil y también a las comunidades cercanas sin descuidar la atención en el establecimiento; para esto idealmente el EESS debe contar con un equipo multidisciplinario y multifuncional de Profesionales del Área de Salud: médico, enfermera u Obstetriz, técnico de enfermería, además se contará con la atención programada periódicamente de un Odontólogo, Psicólogo o nutricionista y un trabajador del área social según sea el caso; *"el Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria se constituye en el protagonista principal de la implementación que en coordinación estrecha con la comunidad, organiza la atención, planificación y acción, según el diagnostico de necesidades de la persona, familia y comunidad(MAIS_BFC 2011)"*.

El fortalecimiento de la oferta fija se expresará en una mejora de los indicadores de calidad de vida y de salud, el incremento progresivo de la demanda de atención por las referencias realizadas por los equipos itinerantes y la concientización de la población que acudirán libremente a controles y atenciones periódicas, idealmente estos establecimientos, responsables de estas comunidades ,deben evaluar los avances y logros de toda su jurisdicción de responsabilidad.

Para mejorar la relación entre oferta fija y oferta móvil es necesario establecer una minuciosa programación que permita la atención tanto en el establecimiento como en las comunidades y que todo el personal pueda rotar tanto en comunidad como en el establecimiento generándose una identidad y una corresponsabilidad entre el equipo móvil y el personal del establecimiento, este proceso debe contar con todo el apoyo político de las autoridades de la red y de la DIRESA. Contar con un adecuado sistema de información, que proporcione datos útiles de manera periódica y que sustentándose en la línea de base, pueda evidenciarse el cambio de los indicadores definidos, esto será evidenciado en un sistema de monitoreo y evaluación de la red y de la DIRESA respectiva.

b.-Atención Itinerante Renovada.

La atención itinerante puede tener varias modalidades de intervención:

b.1.-Los equipos Itinerantes o móviles.-

En base a las experiencias obtenidas en 20 años de atención se ha realizado en base a los equipos itinerantes u oferta móvil, esta atención debe continuar con un enfoque renovado que haga énfasis en atención a poblaciones alejadas, esta acción estará a cargo de un equipo con nueva conformación, integrado por personal capacitado y con competencias para realizar acciones de promoción de la salud en comunidad, con conceptos claros de prevención de riesgos y enfermedades, atención de casos de capa simple y conocer los canales de referencia y que promueva la articulación de las comunidades con los servicios de la salud y desarrolle una acción intercultural concreta.

b.2.-la atención itinerantes mediante unidades móviles.



Progresivamente se ha ido desarrollando en el país varias experiencias de atención a poblaciones dispersas utilizando equipos móviles portátiles que llevan atención y tecnología mediante vehículos apropiadamente equipados

Las Unidades Móviles de Salud, constituyen una estrategia para acercar de manera efectiva los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a las poblaciones que viven en zonas rurales, con énfasis en las comunidades con poblaciones pobres, vulnerables y con dificultad de acceso

Las mayoría de las Unidades Móviles pueden prestar los siguientes servicios: atenderá casos de salud no complejos ,consejerías en salud sexual, reproductiva y salud mental, dependiendo del equipamiento del vehículo la atención será multitemática (salud oral, nutrición y enfermedades crónicas), también puede adecuarse servicios de vacunación para personas y también vacunación canina.

Las unidades móviles para vacunación. Estrategia con la que se logra complementar y extender la cobertura de servicios de salud en los campos de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y acompañamiento psicosocial para ayudar al fortalecimiento del modelo de atención basado en la Atención Primaria de Salud Renovada. Para la continuidad y la sostenibilidad es necesario llegar a acuerdos institucionales para tener un presupuesto sostenido y suficiente para la operación y mantenimiento preventivo.

b.3.-los Programas integrales de atención en Salud en zonas amazónicas. Plataformas Itinerante de Acción social(PIAS)

El objetivo de la estrategia es generar desarrollo de manera sostenible y sustentable en zonas rurales amazónicas a partir de la inversión prioritaria en la infancia y adolescencia en el marco del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia, garantizando la efectiva la presencia del Estado, impulsada por el MIMP, generando condiciones de protección, promoción de los derechos, desarrollo económico, social y la lucha contra la pobreza.

La PIAS brinda servicios vinculados a la salud, educación, registro de identidad, seguro integral de salud, protección de situaciones de riesgo, nutrición

La Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad es un mecanismo generado y promovido por el Estado, para garantizar el goce de derechos de las personas en las cuenca de los ríos de la Amazonía peruana, a partir del fortalecimiento de la gestión local (distrito y provincia), regional y nacional, para la implementación de procesos de desarrollo sostenibles en el marco del Plan Nacional de Acción por la Infancia (PNAIA) y Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia (PRAIA).

Se hace necesario una coordinación estrecha con los equipos itinerantes y los equipos de los PIAS para no duplicar la atención en salud.

c.-Atención medica especializada, el acceso a la tecnología de los pobres y excluidos

Los equipos itinerantes u oferta móvil si bien enfatizan su accionar en la promoción de la salud y prevención de riesgos ,también deben responder a las necesidades de atención médica de los



pobladores enfermos, esta atención se ha dado para paliar problemas de salud leves, sin embargo la demanda de diagnósticos y tratamiento complejos ha estado muy limitado para la población pobre que viven en comunidades dispersas; los pobres también tienen derecho a recibir los logros de la tecnología y del desarrollo tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

El proceso se inicia en la comunidad con el tamizaje, por parte del equipo móvil, de casos que necesitan atención especializada para diagnosticar o tratarlos, esto se consolida en una lista de todas esas comunidades de la ruta, con esta lista más los pacientes que acuden a los establecimientos de la oferta fija, se determina que tipo de especialidades se necesita para atender la demanda

La Red inicia las coordinaciones con los equipos técnicos de los EEEE y Hospitales para que sus especialistas participen en las Jornadas de Atención Médica Especializada (JAMES), conjuntamente debe establecerse, fechas tentativas de atención que pueden ser trimestrales, se debe proveer que el tipo de especialistas dependerá de la demanda expresada en el tamizaje, esto implica logística compleja y financiamiento de manera oportuna y suficiente para pago de salarios, viáticos, gastos de transporte y el traslado cuidadoso de equipos necesarios tanto para el diagnóstico como para tratamiento.

Las JAMES deben desarrollarse en espacio salubres y que permita la oferta de dar una atención biosegura y culturalmente adecuada, tradicionalmente este tipo de jornadas se realizan con mucha propaganda y quienes se benefician son las personas que viven en la zona urbana o cercana al establecimiento, en desmedro de la atención de los que vienen de zonas lejanas, lo que hace que se sature la atención con problemas simples que no necesitan atención especializada; para esto debe programarse las comunidades por días, dejando el último día para la atención de los que viven en la zona urbana; un tema complejo es el traslado de las personas que están en la lista de tamizaje en cada comunidad hacia el lugar en donde se realizara la Jornada de atención médica, en este tema los gobiernos locales pueden apoyar con el traslado, la alimentación de estos pacientes, debe preverse, Carpas de triaje y de atención, lugares de espera, lugares para exámenes de diagnóstico, dispensación de medicamentosa y material para curaciones etc.

Esta atención puede articularse de mejor manera con el plan "MAS SALUD" impulsada por el MINSa a través del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) y "De esta manera se busca acercar la salud a los pueblos donde no existen médicos especialistas, favoreciendo a las familias de pobreza y pobreza extrema, que antes no recibían esa atención". Los integrantes de las brigadas estuvieron conformados por 28 médicos de las especialidades de Cirugía General, Urología, Traumatología, Anestesiología, Ginecología, Cardiología, Neurología, Gastroenterología, Medicina Interna, Pediatría, Psiquiatría, Cirugía Dental y Dermatología; así como profesionales de enfermería, tecnólogos médicos, químicos farmacéuticos y técnicos asistenciales, las atenciones son totalmente gratuitas, debido a que los beneficiados son afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS)

Las intervenciones del Plan "Mas Salud" se efectúa gracias al esfuerzo conjunto entre el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) del Ministerio de Salud (MINSa); los gobernadores



regionales, las direcciones regionales de Salud (DIRESA), y los alcaldes provinciales, quienes facilitaron los requerimientos necesarios para la realización de las referidas jornadas de salud¹⁰⁶.

Las estrategias de intervención deben ordenarse relacionando la acción con la temporalidad, existen estrategia a desarrollar antes, durante y después de las intervenciones en la comunidad;

6.7.2.- Antes de la intervención

a.- Establecer criterios para calificar a las comunidades dispersas.

En esta paso se establecerá la identificación de las poblaciones beneficiarias para la intervención de la atención mediante la oferta móvil, a nivel del GR ,la DIRESA y Redes de salud se definirán los criterios de calificación de las comunidades dispersas entre los criterios referenciales a tomar en cuenta tenemos los siguientes:

1. Distancia a establecimientos EESS II-1
2. Económicos: Niveles de pobreza según diferentes formas de medición, puede ser NBI
3. Geográficos: Distancia, Vías de Comunicación, red de transporte, y existencia de servicios de salud.
4. Culturales: Factores de autoexclusión y/o niveles inadecuados para adquirir estilos de vida saludables.
5. Perfil Epidemiológico: que determinan zonas de riesgo en DCI, Anemia , mortalidad materna o zona endémica de enfermedades transmisibles
6. Migración permanente de las comunidades
7. Coberturas bajas de programas estratégicos en salud
8. Si es una comunidad nativa

b.-Selección e Identificación de Comunidades a Intervenir

Una vez establecidos los criterios para identificar las comunidades dispersas, se indicara a la redes o Unidades Ejecutoras que aplicando estos criterios establezcan el número y el nombre de las comunidades dispersas del ámbito de la Red o UE, estableciendo prioridades por distancia y con limitaciones de la oferta fija para atenderlas; el listado de comunidades de cada red es consolidada a nivel de la DIRESA o GERESA que verificará y solicitará que el Gobierno Regional (GR) las reconozca mediante una ordenanza regional.

Con la selección de comunidades cada red deberá tratar de obtener información de fuentes secundarias disponibles, con datos estimados ,esta será corroborada o corregida con la primera visita de los equipos itinerantes a cada comunidad, con esta información preliminar que consta de recolección de datos cuantitativos y cualitativos con la finalidad de tener una visión general de la realidad de las comunidades, esta recolección se obtiene de fuentes secundarias de las instituciones públicas o privadas ubicadas en las capitales de departamento, provincia y distrito, en base a esta información se realizara la planificación de la primera salida

¹⁰⁶ <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16497>



c.- Planificación Del Trabajo En Campo

c.1.-Selección del equipo itinerante u oferta móvil.

El otro paso importante es definir y conformar el equipo de atención itinerante, que debe estar conformado por personal médico y personal no médico, mas allá de la profesión se busca que los profesionales tengan las competencias y la experiencia para desarrollar el enfoque del modelo renovado, la conformación del equipo dependerá de las características y necesidades de la población y las prioridades de la Red. La selección del equipo tiene que hacerse a nivel de la Red buscando en primer lugar que sean personas calificadas y preferentemente de la zona, por lo menos un tercio del equipo debe hablar como lengua materna la lengua de las comunidades a intervenir.

Se Capacitará al equipo en las estrategias de intervención mediante los manuales de procedimientos para la promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades y la atención de persona basada en estándares, se capacitara en el manejo de sistema de registro e información a utilizar igualmente en instrumentos de recojo de información y material para la educación sanitaria personalizada.

c.2.-Coordinaciones previas.

Si bien la coordinación tiene que darse en los tres niveles de gobierno Nacional, Regional y Local, tiene que haber una información previa desde el Estado sobre los objetivos, metas y estrategia del modelo renovado, la idea es asegurar una intervención multisectorial eficiente y eficaz de los Equipos itinerantes en las comunidades, los gobiernos locales responsables del desarrollo social de estas comunidades deben estar debidamente informados y comprometidos, igualmente el MIDIS a través de los programas sociales; igualmente tiene que haber una mejor coordinación entre las unidades prestadoras y administrativas que conforman la Red de salud.

c.3.-Coordinación interna.- Con la red, microred y los establecimientos de la oferta y los coordinadores de la atención itinerante, se debe dejar en claro que el trabajo de los equipos itinerantes u oferta móvil es complementario a las actividades que realiza la oferta fija, pero que no tiene como principal objetivo incrementar las coberturas de los programas o estrategias nacionales ,sino, mejorar la situación de salud delas familias que viven en esas comunidades, el enfoque de promoción de la salud y la prevención de riesgos tiene que ser relevada, dado que el personal de salud de la oferta fija no tiene recursos ni personal suficiente para llegar a estas poblaciones dispersas, un trabajo complementario con los equipos equipos itinerantes u oferta móvil contribuiría a una mejor administración de tiempo, recursos y una adecuada articulación a las actividades comunales, del EESS, Micro RED y la RED permitirá tener mejor resultados sanitarios, sociales y también coberturas.

c.4.-Coodinacion con las comunidades

Conjuntamente con las autoridades comunales y representantes de organizaciones, de la zona, se establecerá un plan de trabajo coordinado para conocer los objetivos , las estrategias para el trabajo de salud itinerante; hay que tener en cuenta que las autoridades aun priorizan la atención de enfermos mas que la atención de salud, hay que convencerlos de los beneficios de la nueva estrategia intercambiando opiniones referentes a lo que se quiere hacer y tomando las recomendaciones de la población.



Se debe consensuar la importancia de la organización comunal que Cada comunidad deberá contar con un diagnóstico comunal que sea la base de un plan comunal como instrumento de orientación estratégica(donde quieren ir y en que tiempo lo lograrían), por otro lado contar con un plan comunal se convierte en una herramienta potente de negociación con instituciones publicas y privadas

Las acciones de promoción debe basarse en la familias, en las organizaciones relevantes de la comunidad tiene que ser planificadas y con previo conocimiento cuantitativo y cualitativo de la población de la comunidad, el censo de viviendas el levantamiento de la información de las familias sobre situación socioeconómica, producción, pobreza, servicios disponibles, estado de salud etc, tiene que hacerse con la participación de la comunidad, en el caso prevención y atención de salud debe contarse con información nominal por ciclo de vida, conocer el perfil epidemiológico de la comunidad, no habrá atención a la libre demanda ni improvisada esta planificación previa hará que el equipo , material y medicamentos este relacionado con lo que se va hacer en cada intervención

Una estrategia de contacto y comunicaciones entre la comunidad y los servicios es la presencia en las comunidades de los ACS especialmente los promotores de salud , este es un enlace ideal que puede participar en la planificación de las actividades, el cronograma de presencia de los equipos en la comunidad ,al igual que los ACS, también se deberá establecer comunicación permanente y fluida con las o los parteras tradicionales existentes en la comunidad, los líderes de las organizaciones comunales quienes deben estar informadas no solo de las fechas , sino cual es el objetivo de la nueva estrategia y sus resultados esperados; de las fechas de intervención con anterioridad, los agentes de la medicina tradicional que son reconocidos en las comunidades más alejadas deberán ser capacitados e invitados a articularse con los servicios de salud, su aporte será útil en la vigilancia comunitaria al ser parte de la comunidad conocen el idioma y la cultura.

c.4.-Planificacion de las rutas y el trabajo en comunidades

para la intervención en las comunidades la organización se basa en la definición de rutas o sectores de trabajo del grupo itinerante, se hace buscando el mejor resultado de las intervenciones, las poblaciones con mayor numero de personas eran apetecible para el trabajo por la mayor data de atendidos y atenciones, en este modelo renovado en donde se trabaja con familias y comunidades saludables, es probable que los resultados sean mejores en las comunidades pequeñas, es importante el nivel de involucramiento de las comunidades y el intercambio de experiencias entre las comunidades de cada ruta , incluso puede ponerse metas de rutas y no solo de comunidades

En el caso de la actividad asistencial es necesario establecer una "ruta sanitaria" en cada salida para la referencia de casos o también estableciendo en lugares estratégicos , almacenes de medicamentos u equipos " tambos sanitarios" que permitan una logística sostenible en la intervención, se debe mantener la comunicación con la comunidad y programándose la visitas de la oferta móvil respetando su calendario de actividades comunales y festivas.

6.7.3.- Durante la intervención

En el análisis del trabajo de los equipos itinerantes u oferta móvil o Brigadas de atención tradicionales solo se encargaban de atender a la población en micro concentraciones, en donde se hacía el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que los pacientes demandan, En

La propuesta de modelo renovado el equipo itinerante deberían cumplir cuatro actividades: promoción de la salud, prevención de riesgos y enfermedades y la atención de casos que necesiten atención básica y el tamizaje de casos que necesiten atención especializada, para lo cual es necesario la articulación con los servicios de salud.

La atención en cada comunidad deberá expresar la presencia y el reconocimiento a los esfuerzos del Estado para estar presente en estos lugares alejados, y romper con el prejuicio de atención tradicional que es la entrega de medicamentos gratuitos.

Esta etapa exige una interrelación activa entre el equipo móvil, la organización comunal, los agentes comunitarios de salud, las autoridades comunales y las familias. El modelo de intervención de la oferta móvil está dirigida a facilitar el acceso y acercamiento del servicio de salud a las comunidades dispersas y excluidas y desarrollar conjuntamente una propuesta participativa en salud bajo el enfoque de comunidades saludables.

La organización comunal y la participación de la población será un elemento clave en la propuesta orientada a mejorar la salud no solo por su participación directa en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, la prevención y la atención de las enfermedades que demanda la población, debe promoverse la participación de la mujer en espacios de decisión y el enfoque intercultural como elemento clave del proceso.

Las actividades estarán orientadas a:

a.-Fortalecimiento de la Organización comunal

El elemento fundamental es el fortalecimiento de la organización comunal a través de una alianza entre las organizaciones existentes en la comunidad y conformar o fortalecer los comités de desarrollo comunal (CODECO), SIVICO Junta Vecinal o Comunal u organización similar o el fortalecimiento de la organización que la comunidad identifique, se definirán sus funciones y se hará la capacitación respectiva que fortalezca su liderazgo y promueva el trabajo democrático

b.-Utilización de instrumentos de gestión Comunal

Una vez conformado el CODECO la tarea principal es el levantamiento de información, elaborando el diagnóstico comunal que es el elemento base para elaborar el plan de desarrollo comunal, los procesos de planificación deben concluir en la elaboración de un plan anual de actividades o perfiles de proyectos comunales.

c.-Desarrollo y fortalecimiento de la capacidad de negociación de la comunidad

Los perfiles de proyectos elaborados serán negociados, financiados en espacios de concertación o ferias de salud y desarrollo, se promoverán encuentros comunales en coordinación con gobiernos locales a fin de intercambiar experiencias.

d.-Uso de la información y evaluación de la mejora comunal

La comunidad tiene que disponer y manejar información, puede contar con un centro de información comunal que puede ser el centro de vigilancia nutricional, el proceso concluirá en



la calificación del avance de la comunidad en su desarrollo utilizando indicadores trazadores y símbolos seleccionados por ellos mismos.

e.-Desarrollo y promoción de entornos saludables

e.1.-Familias:

A nivel familiar se promoverá la propuesta de familias y viviendas saludables se identificarán familias y viviendas modelo que con apoyo de la comunidad se promoverán concursos de las mejores viviendas, para estimular la mejora y el cambio a nivel de familias y vivienda. se hará un plan de la familia con énfasis en el Plan integral de atención en salud(PIAS)

e.2.-Escuelas:

Se impulsará la propuesta de Escuelas promotoras de la Salud que impulsa la dirección de Promoción de la salud, en coordinación con los centros educativos se capacitarán a profesores y APAFAS, en temas relacionados a habilidades para la vida y al cuidado del ambiente y la salud. Se promoverá encuentros de docentes, APAFAS y alumnos de las diferentes escuelas para la socialización de experiencias de escuelas promotoras de salud, se identificarán y premiarán a las escuelas modelo y se establecerán pasantías intercomunales a las escuelas modelos.

e.3.-Comunidad saludable.

En base a la organización comunal se impulsará el proceso de planificación local participativa, el abordaje del desarrollo integral de la comunidad, los problemas de salud, saneamiento básico, la promoción de la participación y la difusión y ejercicio de deberes y derechos en salud, se busca que las comunidades tengan satisfechas sus principales seguridades en salud, educación, ambiente, vivienda, organización, alimentación y nutrición y mejores ingresos económicos, para lograr esto no se puede realizar solo desde la comunidad por lo que es necesario la concertación con instituciones y el estado, habrá una línea de base y una medición del desarrollo mediante indicadores de autoevaluación generados por la propia comunidad, se propondrá que existan comunidades modelo que serán premiadas y serán centros de pasantías.

Como una acción transversal a todo el proceso se impulsará la participación de la mujer en todos los procesos de desarrollo y en las tomas de decisiones a nivel familiar y comunal.

f.-Provisión de servicios integrales de salud

Es necesario establecer una línea basal desde los entornos saludables, el estado sanitario de las familias en la comunidad para establecer criterios de riesgo en la familia esto se hará mediante la aplicación de la historia clínica familiar(HCF) a todas las viviendas

La utilización de estos instrumentos permitirá que la atención sea planificada, organizada y focalizada, permitirá identificar personas y familias en riesgo, hacer el seguimiento a los casos que así lo requieran y la caracterización de la patología frecuente por ciclo de vida.

La atención tendrá que ser de acuerdo a los estándares determinados por protocolos con un enfoque intercultural que respete sus costumbres y creencias, teniendo en cuenta la privacidad y el afecto y respeto en la atención, el diagnóstico y el tratamiento será financiada por el SIS, según sea el caso.

A nivel Individual.



Se brindará una atención integral en base a etapas de vida en Salud Integral: niño, adolescente, adulto, adulto mayor, y emergencias. Cada programa de Atención integral de salud, contiene un paquete de atención que debe estar plenamente estandarizado y contar con los insumos necesarios para atender la patología o el proceso diferenciado por cada etapa de la vida, los cuales se constituyen de la siguiente manera:

A nivel de la familia

La familia como núcleo de la comunidad también tiene que ser parte de la atención focalizada del equipo itinerante para esto utilizara criterios de riesgo que permita priorizar la atención a determinadas familias mas que otras esta priorización se hará en base a la HCF Se promoverá los esfuerzos a fin de que la familia no solo este unida y dialogante sino que tenga un entorno social y ambiental adecuado, se busca mejorar la autoestima de la familia, los hijos y especialmente la mujer, evitar la violencia entre pareja y con los hijos, práctica de mejores hábitos sanitarios saludables y finalmente Promover la participación de la pareja en espacios sociales a nivel comunal

Complementariamente se buscara la mejora de la vivienda mediante un plan participativo de la familia y con apoyo de la comunidad, se promoverá un ordenamiento de la vivienda, mejorar las condiciones de hacinamiento mejorar los servicios básicos como acceso a agua limpia y segura, disposición de excretas y basura.

g.-Articulación de la comunidad con los servicios de salud

Una acción complementaria de la presencia en la oferta móvil en la comunidad es logra que el sistema de salud comunal se articule con el sistema de atención oficial y que a partir de este acercamiento de los sistemas exista una sinergia que con un enfoque intercultural pueda potencializarse y atenderse de mejor manera a la población excluida.

Hemos identificados cuatro estrategias de articulación:

- El trabajo con los agentes comunitarios de salud(ACS)
- La afiliación y atención de toda la población a través del SIS
- Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia comunal
- Establecer un sistema de vigilancia a nivel de la comunidad
- Reorientación de los servicios para una atención con enfoque de Promoción de la salud y una interrelación intercultural adecuada.

6.7.4.- Después de la intervención

a.- Entrega de información y seguimiento de actividades.

Después de terminada la atención de las comunidades en una ruta(Ruta sanitaria) pre-establecida, coordinada y planificada con la comunidad y el establecimiento de salud responsable de este comunidades(, que puede ser un PS o CS) ,el personal que conforma el equipo itinerantes u oferta móvil entregará la información, verbal y escrita al personal del establecimiento, actualizando al información necesaria y relevante para el seguimiento de casos, complementación de tratamientos o alerta sobre personas o familias en riesgos, se encargara al personal responsable de la comunidad hacer el respectivo seguimiento de casos



que necesiten atención o seguimiento especialmente embarazos o niños o adultos con enfermedad que pueda complicarse

Aquí juegan un rol importante los ACS, especialmente los promotores de salud que harán el seguimiento de casos, seguimiento de las instrucciones del personal de la oferta móvil para el seguimiento de casos en estado crítico o que necesiten continuidad en tratamiento u observación periódica.

En esta etapa el sistema de Vigilancia comunal debe estar en pleno funcionamiento, cada semana el ACS responsable de la Vigilancia comunal hará llegar al establecimiento de salud de responsabilidad la información negativa de casos según el formato correspondiente, en el caso que se presente un caso sospechoso de enfermedad de notificación obligatoria se hará de manera inmediata.

b.-Intercambio y realimentación mutua entre el equipos itinerantes u oferta móvil y los EESS de la oferta fija

es necesario que el equipo conformado por personal profesional pueda elaborar e implementar un programa y paquete educativo para el personal del establecimiento, en base a las actividades de promoción de la salud, Prevención de patologías prevalentes de la zona, la actualización necesaria para poner al día los diagnósticos y tratamientos de acuerdo con los avances tecnológicos y normas vigentes, además de implementar conocimientos, nuevas metodologías e instrumentos que faciliten el trabajo, tanto intra como extra muros y la coordinación para la atención especializada.

identificación de personas, familias y comunidades con riesgos, esta información estará de manera visible, simplificada y actualizada por lo menos cada mes, debe incidir en el aporte que hace la oferta móvil a la mejora de la cobertura y la atención, ver si se ha aumentado la demanda con la inducción en la comunidad.

Se tendrá una reunión del equipo técnico del establecimiento con el equipo AIUSPED para analizar y evaluar, la estrategia los resultados y ver las actividades pendientes de atención, estas reuniones se harán cada vez que el equipo móvil termine su atención mensual en la ruta determinada previamente.

c.- Relación de intercambio con la Red.

La Presentación la información escrita y de acuerdo a la nueva norma, enfatizando los resultados en los seis componentes: Gestión, organización, prestación, capacitación, información, financiamiento, presentando el avance de lo programado y concluyendo con conclusiones y recomendaciones, las intervenciones en las comunidades dispersas deben estar dentro del plan territorial de la red, en el marco de este plan debe realizarse una discusión trimestral entre el equipo técnico de la red y los equipos itinerantes u oferta móvil para evaluar el avance del plan anual, los logros y limitaciones y mejorar la relación entre oferta fija y la oferta móvil de la jurisdicción, concluyendo en acuerdo refrendados en una acta. La red reafirma que es la responsable del seguimiento de las acciones de los equipos itinerantes u oferta móvil.



d.-Reuniones de información y coordinación con los Gobiernos Locales.

Para involucrar a los gobiernos locales de las rutas en donde actúa el equipo itinerantes u oferta móvil, es necesario que los miembros de la oferta itinerante se reúnan con los alcaldes ,sus regidores y miembros de la gerencia de desarrollo social a fin de informarle los avances, dificultades y las áreas del campo social y de servicios que necesitan el apoyo del gobierno local, presentar y entregar una copia de los planes comunales para que sean incorporados en su plan anual , en el caso que existieran proyectos comunales solicitar su gestión para financiamiento en el caso se requiera. Invitar a los regidores a realizar a visitas conjuntas a las comunidades y estar atento al cronograma de los presupuestos participativos (entre marzo y junio) para inscribir proyectos delas comunidades dispersas en este proceso. concluyendo con Una mayor efectividad de estas acciones, se logrará también, a través de su operación descentralizada, con lo que se obtendrá la identificación temprana de riesgos y de inconsistencias y la aplicación oportuna de medidas preventivas y correctivas de las desviaciones identificadas tanto a nivel regional como en las propias redes de servicios de salud.

6.8.-Monitoreo y evaluación del modelo.

Toda actividad social y sanitaria deberá ser monitoreada y evaluada con el propósito de mejorar la estrategia y lograr los objetivos de la atención en la población, el monitoreo y evaluación de los equipos de la oferta móvil, se desarrollará en los mismos ámbitos de intervención y será incorporado a los programas y cronogramas de medición de la Red de atención y trimestralmente en los procesos de evaluación que realiza la DIRESA, sin embargo la evaluación local será la más importante.

El Modelo de Atención renovado contará con un mecanismo de monitoreo continuo en los diferentes ámbitos de operación en donde los responsables de la conducción del modelo en el nivel de la DIRESA, la red y las micro redes de servicios de salud analizan y evalúan los alcances y en su caso definen medidas de intervención oportunas en beneficio de la población beneficiaria. Esta acción fortalecerá los mecanismos internos de concertación y coordinación de la DIRESA, de tal manera, que el monitoreo funcione de forma dinámica y homogénea a nivel de micro red; red y DIRESA.

¿QUÉ MEDIR?

Si bien la evaluación permitirá conocer el avance en el logro de los objetivos y resultados esperados en base a la comparación de lo encontrado con el patrón de referencia planificado, es necesario saber que queremos medir, para este momento es necesario haber realizado la línea de base que será fundamental para medir el cambio.:

6.8.1.- Definir indicadores y tener la información de la línea de base por comunidad

Propuesta de indicadores para medir el trabajo en las comunidades vulnerables, alejadas y dispersas*

Área de medición	Escenario de medición	Tipo de acción	Definición del indicador para medir	Fuente de verificación
------------------	-----------------------	----------------	-------------------------------------	------------------------



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 "Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

Atención a la familia	Familia y vivienda	Promoción de la salud	-% de familias que implementan estrategia de Familias y Viviendas Saludables. -% de mujeres que están en Juntas directivas de organizaciones comunales.	Informes de equipos itinerantes u oferta móvil de Registro de Instituciones
		Prevención primaria.	-% de familias que consumen sal Yodada -% de familias que han recibido sesiones demostrativas conocen las practicas adecuadas del lavado de las manos -% de familias que han recibido sesiones demostrativas para la preparación de alimentos en forma balanceada. -% de familias que disponen adecuadamente las excretas y basura	Informes de equipos itinerantes u oferta móvil de Registro de Instituciones
		Prevención Secundaria	-% de mujeres con examen de mama -% de niños y AM con miopía que reciben lentes. -% de niños menores de 12 años libres de caries -% de pacientes con enfermedades infecciosas y no infecciosas referidos por etapas de vida	Informes de equipos itinerantes u oferta móvil de Registro de Instituciones
Acción Comunitaria	Organización Participación social	Comunidad/ Sector/anexo	-% de comunidades con JVC o CODECO formalizado y funcionando. -% de comunidades con Dx comunal -% de familias afiliadas al SIS -% de comunidades con sectorización	Informes de equipos itinerantes u oferta móvil de Registro de Instituciones
	Gestión comunal	comunidad	-% de comunidades con Plan Comunal. en ejecución -% de comunidades que trabajan con ACS de manera sostenida. -% de comunidades con centros comunales de vigilancia nutricional.	Informes de equipos itinerantes u oferta móvil de Registro de Instituciones
	Articulación comunal con GL e Instituciones	Comunidad Municipalidad o Gobierno local	-% de reuniones planificadas de concertación con autoridades locales. -% de familias con DNI. -% de reuniones o acuerdos con equipos comunales o responsables de Programas sociales de la zona.	Informes de equipos itinerantes u oferta móvil de Registro de Instituciones



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 “Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

			-% Planes articulados elaborados e implementándose	
Atención individual	Atención del niño y niña	Vivienda Comunidad	<p>-% de niños menores de 3 años con vacunas y CRED completo de acuerdo a su edad.</p> <p>-% de Niños menores de 3 años que utilizan MMN.</p> <p>-% de niños menores de 3 años con dosaje de HB y seguimiento de la anemia.</p> <p>-% de niños menores de 3 años con educación de Higiene Oral</p> <p>-% de niños menores de 5 años con Asesoría Nutricional</p>	Informes de equipos itinerantes u oferta móvil
	Atención del Adolescente	Vivienda Comunidad IIEE	<p>-% de jóvenes organizados en asociaciones o grupos formales</p> <p>-% de Jóvenes con conocimiento de salud reproductiva.</p> <p>-% de Adolescentes con planes de vida</p> <p>-% de jóvenes con uso de tiempo libre</p> <p>-% de adolescentes con medición de IMC</p>	Informes de equipos itinerantes u oferta móvil
	Atención de la Mujer	Vivienda Comunidad	<p>-% de mujeres gestantes con CPN en el 1er trimestre y cuentan con plan de parto.</p> <p>-% de gestantes con parto institucional</p> <p>-% de gestantes que culminaron el uso del suplemento de hierro y AF.</p> <p>-% de parejas protegidas con métodos seguros de PPF</p>	Informes de equipos itinerantes u oferta móvil
	Atención Adulto mayor	Vivienda Comunidad	<p>-% de Familias que reciben Consejería sobre cuidados del AM.</p> <p>-% de AM con Rehabilitación Ocular</p> <p>-% de AM con Rehabilitación Oral</p> <p>-% de AM con cataratas referidos</p> <p>-% de enfermedades crónicas referidas.</p>	Informes de equipos itinerantes u oferta móvil
Atención especializada	Tamizaje de necesidades de	Vivienda y Comunidad	% de pacientes identificados referidos a establecimientos de mayor nivel	Informes de equipos itinerantes u oferta móvil



	atención especializada		% de pacientes identificados referidos a las JAMES. -% de personas atendidas por especialistas. En jornadas de atención especializada	
Prevención de Desastres	Organización para la prevención de desastres	Comunidad	-% de comunidades que han iniciado acciones de prevención de riesgos según la propuesta de defensa civil -% de distritos que han iniciado acciones de prevención de riesgos según la propuesta de Defensa Civil	Informes equipos itinerantes u oferta móvil

* Adecuada en base a la propuesta del Programa de atención a poblaciones Dispersas, DIRESA Ayacucho 2014

6.8.2.-Medir los resultados.

El efecto de este modelo rediseñado de atención a las poblaciones dispersas es en primer lugar la inclusión sanitaria que es un paso previo a la inclusión social ,en segundo lugar mediremos los logros en la mejora de los entornos saludables (vivienda, IIEE y comunidad), la calidad de la atención estará relacionada directamente a la oferta de servicios con enfoque de interculturalidad y en tercer lugar el uso de recursos para la estrategia de atención a estas comunidades en cuanto a los recursos estamos asignando a la atención de los pobres y excluidos, esto no quita que tenga que medirse la coberturas de atención pero como parte de la atención Universal y la inclusión social y no como el efecto de las estrategias o programas de salud en la comunidad

6.8.3.- Medir los cambios en las familias y comunidades.

Medir la situación de mejora de las familias protegidas como alternativa a reducir su vulnerabilidad, lo que implica mejorar el relacionamiento dentro de la familia, mejora de los servicios básicos, comportamientos saludables y el relacionamiento con la comunidad.

Impulsar conceptos como

- Niños saludables: definidos como aquellos niños que cuentan con DNI, Afilado al SIS, sin anemia, con control de CRED adecuado y oportuna , vacunas completas según edad, que asista al nido, PRONOEI, cuna más, Educación inicial, etc
- Gestante sana (sin anemia, CPN reenforcado, examen completo).
- Nacimiento saludable (parto institucional, edad gestacional adecuado, peso adecuado al nacer, etc

a.-Espacios para el monitoreo y la evaluación(M&E)

El monitoreo y evaluación tiene que realizarse en cada uno de los escenarios que tienen responsabilidad y compromiso con la atención a la población que vive en zonas dispersas, los escenarios sugeridos son las redes, la DIRESA o GERESA y los gobiernos locales, en estos escenarios debe realizarse y presentarse la evaluación de la intervención y tener una sala de situaciones en donde, conociendo los resultados del monitoreo y evaluación, se toman las correcciones o decisiones para lograr los resultados previstos en el plan anual.

Redes:

La red monitoreara y evaluara de manera bimensual los resultados de las intervenciones en comunidades en base a los indicadores y teniendo como referencia la línea de base de cada



comunidad y ruta y los resultados del plan operativo elaborado y utilizando los indicadores definidos por la DIRESA, debe implementarse una sala de situaciones específica o como parte de la sala de situaciones de la Red que refleje la inclusión sanitaria y la mejora de las familias.

DIRESA:

Cada semestre la DIRESA o GERESA monitoreará y evaluará de manera semestral el trabajo de las redes en la atención a comunidades alejadas y dispersas como parte de las evaluaciones semestrales y anuales de la gestión de las Redes y Hospitales, incorporar los resultados de inclusión y atención sanitaria en la sala de situaciones de la DIRESA, estas reuniones pueden tener la presencia y apoyo de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud en su condición de Secretaría Técnica de la Comisión Central supervisará y monitoreará la implementación del Modelo en los ámbitos regionales

En base a las evaluaciones la Dirección Regional de Salud implementará un plan de supervisión regional para garantizar el avance de la aplicación del Modelo renovado; el tipo y La calidad de la atención de las intervenciones en Promoción de la salud, en prevención de riesgos y en la atención en salud; La suficiencia y oportunidad de los recursos y; Los resultados y posibles impactos de las acciones en la población beneficiaria.

Gobierno Local

Lograr que este modelo renovado sea sostenible pasa por tener resultados de cambios basados en evidencias y que estos resultados sean apropiados no solo por las DIRESA y Redes sino por los responsables del desarrollo social e inclusión que son los gobiernos locales, en esta lógica también pueden darse dos alternativas involucrar a los gobiernos locales en las reuniones de monitoreo y evaluación de las redes o DIRESA o tener un espacio específico de monitoreo con los gobiernos locales en el municipio, en donde se presenten los resultados, los logros y limitaciones estas reuniones pueden ser de carácter semestral; es posible inducir la formación de una sala de situaciones del campo social en cada municipio, en donde se evidenciarán las tendencias, brechas y resultados de la inclusión sanitaria y social.

b.-Evaluación anual del modelo de atención renovado

El fin último del modelo es mejorar las condiciones de bienestar de la población excluida y dispersa; finalidad que se alcanza a través de acciones de organización, participación gestión comunal y también del otorgamiento de servicios de atención en salud que sean equitativos y de calidad y congruentes con las necesidades y expectativas de sus pobladores; por lo tanto, el desarrollo e impacto de estos servicios en el logro de este propósito debe evaluarse.

En este contexto y para coadyuvar a que el modelo logre la finalidad y objetivos establecidos es necesario establecer indicadores de evaluación que sobre la base de la estructura del modelo renovado

6.9.-CONDICIONES DE ÉXITO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MAISPOD.

La implementación del modelo renovado de atención a las poblaciones dispersas implica desarrollar ciertas condiciones que permitan el desarrollo y la puesta en marcha de las estrategias

y el logro de resultados previstos en los objetivos y metas definidas tanto a nivel local, regional y nacional: podemos considerar cuatro grupos de condiciones

a.-Cambio de paradigmas: nuestra manera de ver y pensar

-De mirar y conceptualizar la salud solo relacionada con la presencia de la enfermedad a pasar a una mirada de la salud con un enfoque biopsicosocial.

-De buscar en la oferta de los servicios de salud y en los paquetes de atención en el nivel operativo para cambiar la situación de salud de la población, a pasar a trabajar con la población y sus organizaciones para mejorar o modificar los determinantes sociales de la salud, desde el nivel político a través del Estado en sus tres niveles de gobierno.

-Lograr el Tránsito del enfoque individual y pasar al enfoque colectivo o poblacional, en donde la familia es el centro de la acción." Esto implica también salir de un tipo de atención intramural centrado en la parte curativa y asistencialista, preparado para identificar y responder las necesidades individuales, al daño y la enfermedad y pasar a potenciar el tipo de atención de trabajo extramural, comunitario domiciliario o colectivo que interviene y privilegia la parte de prevención de riesgos y daños y la promoción de la salud"¹⁰⁷.

-Pasar del enfoque sectorial (MINSA,MIDIS) al enfoque territorial, en donde el protagonista es la población, sus autoridades y sus organizaciones, avanzar de la accione en escenario (establecimiento, Escuela) hacia la acción integrada del territorio.

-Cambio de una gestión autoritaria a otra democrática (pasar de Gobierno y gobernabilidad a gobernanza).

- La debilidad estratégica de esta modalidad radica en la instrumentación de la continuidad; su inmensa oportunidad radica en el desarrollo de los agentes tradicionales de salud y los agentes comunitarios de salud, según sea el caso¹⁰⁸.

- Para asegurar el éxito de la intervención debe haber legitimidad con lo que se hace y eso se logra ganando confianza y demostrando transparencia con lo que se hace

b.-Acuerdos y participación: Estado, población, Sectores

Los cambios no solo se darán por el cambio de paradigma, necesitamos cambios y arreglos en normas o leyes que favorezcan la inclusión social, la articulación operativa y los resultados de detrás de la inversión.

- Necesitamos, arreglos, cambios institucionales que favorezcan o impulsen la atención a las poblaciones dispersas.

-Debemos lograr el compromiso activo de los otros sectores relacionados con la inclusión social formalizados en acuerdos, compromisos y asignación de recursos.

¹⁰⁷ MINSA, Plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021: Documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas -- Lima: Ministerio de Salud; 2011

¹⁰⁸ Arca Gonzales del Valle Miguel, opinion personal y sugerencia



-Impulsar y promover activamente la participación comprometida de actores sociales y organizaciones sociales en la atención .

c.-Gestión Técnica

-- Necesitamos, arreglos, cambios institucionales que favorezcan o impulsen la atención a las poblaciones dispersas.

-Debemos lograr el compromiso activo de los otros sectores relacionados con la inclusión social formalizados en acuerdos, compromisos y asignación de recursos.

-Contar con presupuesto suficiente y oportuno de una fuente principal como el SIS y otras fuentes complementarias regionales o locales.

- Contar con personal de salud con las suficientes capacidades instaladas en el personal de salud sobre la propuesta.

d.-Oferta flexible.

La atención a poblaciones dispersas tiene un alto contenido de relación intercultural , las propuestas de acción en las comunidades tienen que ser consensuadas y ser respetuosos de las percepciones de la comunidad respecto a la salud y las condiciones como se desarrollaran las actividades de promoción de la salud, prevención y la atención, no se puede imponer un modelo prediseñado desde la oferta tiene que ser acordada de manera conjunta, la flexibilidad debe estar en las modalidades de acción, cronograma ,etc, el eje de la acción debe estar basado y en el respeto mutuo.

VII.-BIBLIOGRAFIA.

1. CNS, Lineamientos y medidas de reforma del sector salud, Julio 2013
2. MIDIS, Estrategia Nacional para la Inclusión Social , Lima 2012
3. Pesqueira E. "Caravanas de la salud. Innovaciones en la ampliación de los servicios ambulatorios" Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. [presentación en Internet] [citado 2008 Feb 01] disponible en: http://www.aserca.gob.mx/artman/uploads/presentaci_n_2_pesqueira.pdf.
4. Universidad Austral - Argentina. Un hospital móvil viajó a atender chicos Kollas - 2001. Revista Salud tecnología, deportes, viajes, turismo, negocios y entretenimiento - salud tecnología. Secc. Ciencias Salud. [serie en Internet] 2006 [citado 2008 Feb 04]. Disponible en: <http://espanol.all-world-news.com/modules/news/makepdf.php?storyid=4751>.
5. Nybo T. Los agentes sanitarios itinerantes prestan servicios esenciales a las familias brasileñas. UNICEF. [serie en internet] 2007 [citado 2008 Feb 01]; Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/brazil_41042.html
6. Municipalidad de Neuquén – Argentina. Modalidad itinerante de Atención Primaria de la Salud dirigido a la población vulnerable de los barrios urbanos y periurbanos de la ciudad de Neuquén – 2003. Rev. Argentina. Medicina y sociedad. [serie en internet] 2007 [citado 2008 Feb 04] Disponible en: http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/25_junio2007/Informes4.doc.
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa IMSS Oportunidades. Programa IMSS



- Oportunidades. [serie en internet] [citado 2008 Feb 04] Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Programa_IMSS_Oportunidades.
8. Gerencia de Asuntos Corporativos de la Compañía Minera Antamina S.A – Perú. Programa de Atención Médica Integral Itinerante – 2007. Fondo Minero de Antamina. [serie en internet] 2007 [citado 2008 Feb 04] Disponible en: http://www.antamina.com/noticias/noticias_2007_58.html.
 9. Costa Rica, Instituto de Investigaciones en Salud (INISA). Oferta y acceso a los servicios en Costa Rica: Estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS); 1998.
 10. Modelo de Atención para Zonas de Alta Dispersión Poblacional, oficialización de la oferta móvil operativizada por los ELITES. Resolución Jefatural Nro. 073-2001- PAAG, Ministerio de Salud. (Agosto del 2001). Perú.
 11. Perú, Ministerio de Salud. Modelo de Atención para Zonas de Alta Dispersión Poblacional. Lima: Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG), Ministerio de Salud; 2001.
 12. Norma técnica: Atención integral de salud a poblaciones dispersas y dispersas, Norma técnica No 028 – MINSa / DGSP – V. 01 del año 2006, con Resolución Ministerial No 437 – 2005/MINSa. Ministerio de Salud, (06 de junio del 2005).
 13. Aspectos Teóricos Conceptuales para la Organización de la Oferta de Servicios de Salud. MINSa. DGSP. 2002.
 14. El Nuevo Modelo de Atención. Lima. Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud. 2001.
 15. Geyman J. The modern Family Doctor and changing medical practice. New York, Appleton-Century-Crofts. 1971.
 16. Guía práctico do Programa Saúde da Família. Programa Saúde da Família. Ministério da Saude. Governo Federal. Brasília. 2001
 17. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales. Sevilla 2001.
 18. Lineamientos para la Conformación de Redes de Salud. Ministerio de Salud. Lima Perú. 2001.
 19. Lineamientos y Estrategias para la Gestión Local de la Comunicación Educativa. PAAG-SBPT-AC.MINSa. Lima. 2000.
 20. Marco Sociocultural de la salud. Rodríguez-Contreras Pelayo, R.. Ars Pharmaceutica, 41:3; 325-338, 2000.
 21. MINSa – Dirección Regional de Salud Ayacucho – Proyecto de atención a comunidades dispersas. 2001. Cuadernos PACD N° 4 Equipos Itinerantes de Salud. Manual de procedimientos.
 22. MINSa – Dirección Regional de Salud Ayacucho. 2001. Modelo de intervención en sociedades dispersas. Documento de trabajo.
 23. MINSa – Programa de gestión de acuerdos de gestión – Programa de salud básica para todos – Convenio MINSa – Comunidad Europea. 200. Manual de operaciones del equipo itinerante de salud.
 24. MINSa, Plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021: Documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas -- Lima: Ministerio de Salud; 2011



25. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud: Glosario. OMS. 1998
26. Programa de Acción, Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo, Egipto, 1994.
27. Programa Estatal De Salud.1998-2004. Dirección de Planeación y Desarrollo. Estado de Aguascalientes. México.
28. Quiñones Figueroa, Pedro. 2001. Experiencias de atención a poblaciones dispersas – Informe final.
29. Rogers JC y Corboy JE. Task-Oriented Process in Care A blueprint for ambulatory visits. Clinics in Family Practice. Vol3.(1): 35-57.
30. ROVERE, Mario. REDES – Hacia la construcción de redes de salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. Instituto de Salud Juan Lazarte. Rosario. Argentina. 1998.
31. Sagasti, E. Iguíñez, J. Equidad, Integración Social y Desarrollo. Universidad del Pacífico. Lima. Perú.
32. Servicio Andaluz de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2000. Plan Estratégico. España.
33. Solís Fonseca, Gustavo. 2001. Interculturalidad: encuentros y desencuentros en el Perú.
34. Walsh Catherine. 2001. La interculturalidad en la educación. MINEDU – Programa FORTE PE.

VIII.- ANEXOS.

ANEXO 1: Lista de ACRONIMOS Y ABREVIATURAS

AISPED : Equipo de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas O Dispersas.

APS: Atención Primaria de Salud.

APS-R: Atención Primaria de Salud Renovada.

AUS: Aseguramiento Universal en Salud

EBS-FC :Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria

CODECO: Comité de desarrollo comunal

GERESA: Gerencia de Red de Salud.

DIRESA: Dirección Regional de Salud.

DS: Decreto Supremo.

EsSalud: Seguro Social de Salud del Perú.

JAMES: Jornadas medicas de atención especializada



PERÚ

Ministerio
de Salud

Programa de Apoyo
a la Reforma del Sector Salud
PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

JV: junta Vecinal

MAIS: Modelo de Atención Integral de Salud.

MAIS-BFC: Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.

MINSA: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud:

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PEAS: Plan Esencial de Atención de Salud.

MAISPOD: Modelo de atención integral de salud para poblaciones dispersas

PS: Promoción de la salud

RENAES: Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

RIAPS: Redes Integradas de Atención Primaria de la Salud.

SIS: Seguro Integral de Salud.

SIVICO: Sistema de Vigilancia Comunitaria.

UPC :Unidad Per Cápita

ANEXO 2 : GLOSARIO DE TERMINOS¹⁰⁹

Ámbito geo - socio - sanitario

Se entiende como el espacio físico determinado en el cual vive y se desarrolla la población residente, en el cual una autoridad sanitaria o una red de salud ejercen sus competencias y funciones. Tiene tres componentes: geográfico: territorio; socio: desarrollo de la población; y, sanitario: competencias y funciones a ejercer por una autoridad sanitaria.

Atención Integral de Salud

Se entiende a las intervenciones de promoción de la Salud , prevención del riesgo o enfermedad , recuperación y rehabilitación en salud, provistas de manera integral, integrada y continua por el establecimiento de salud o la Red de Salud, con calidad y equidad, teniendo como eje de intervención la persona, familia y comunidad.

Atención Extramuros

Atención integral de salud que se brinda a la persona, familia y comunidad de su jurisdicción fuera del establecimiento por el personal de salud según competencias y nivel de complejidad a

¹⁰⁹ Adecuado de la información del MAIS-BFC



través de la visita domiciliaria, visitas a escuelas, organizaciones comunitarias, y otros ámbitos que convoquen familias de manera participativa para cubrir sus necesidades de salud.

Atención Intramuros

Atención integral de salud que se brinda a la persona y familia dentro del establecimiento, por el personal de salud según sus competencias y nivel de complejidad a través de las unidades productoras de servicios para cubrir sus necesidades de salud.

Autocuidado

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece,

Comunidad

Es un conjunto de personas y familias que comparten un espacio geográfico definido que interactúan y que tienen intereses comunes, necesidades y expectativas y que pueden o no compartir esperanzas, valores y creencia

Desarrollo Humano

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), es aquel que sitúa a las personas, en el centro del desarrollo, trata de la promoción del desarrollo potencial de las personas, del aumento de sus posibilidades y del disfrute de la libertad para vivir la vida que valoran, Integra aspectos del desarrollo relativos al desarrollo social, el desarrollo económico (incluyendo el desarrollo local y rural) así como el desarrollo sostenible,

Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria

Es el equipo constituido por profesionales de Medicina Humana, Enfermería, y Obstetricia; y personal técnico(a) de enfermería con competencias en salud familiar y comunitaria, Se podrá incorporar otros recursos humanos en salud, conforme a las necesidades de atención de salud de la población. El aspecto esencial del trabajo del Equipo básico de salud familiar y comunitaria es atender las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad en el marco de los Determinantes de la Salud, '

Familia

Es la unidad básica de salud, conformada por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos, conviven bajo un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, que están llamados al desarrollo humano pleno.

Modelo de Atención de Integral de Salud (MAIS)

Representa el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades reales

que son percibidas o no por la población).

Necesidades de Salud

Las necesidades de salud son el conjunto de requerimientos, de carácter biológico, psicológico, social y ambiental que tienen las personas, familia y comunidad para alcanzar una condición de salud deseable, mantenerla, recuperarla y mejorarla.

Necesidades de desarrollo

Son aquellas cuya satisfacción permite a las personas, familia y comunidad, desarrollar por completo su potencial humano, permitiendo su plena inserción social y la satisfacción de las otras necesidades de salud. Es importante resaltar que no se está abordando el desarrollo como una condición de bienestar social, sino desde un punto de vista de potencial físico y psicosocial. Se dividen en:

- aspectos orientados a reforzar el desarrollo personal
- aspectos orientados a reforzar el funcionamiento familiar'
- aspectos orientados a reforzar el funcionamiento social

Demanda en Salud:

Expresión de las necesidades de salud de la persona, la familia o comunidad,

Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS:

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) es el listado priorizado de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, sean éstas públicas, privadas o mixtas, el mismo que está traducido en un plan de beneficios que contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios. El PEAS incluye el manejo integral de las personas en sus aspectos preventivos, recuperativos y de rehabilitación lo que está enmarcado en el modelo de Atención Integral de Salud. Salud Familiar Equilibrio biológico, psicológico y social del sistema familiar resultante de la adecuada función o interacción (dinámica) entre sus miembros y de estos con relación al entorno. Los cambios se dan a lo largo del ciclo vital familiar, estructura, tipo de familias, adaptación, relaciones, determinados por factores económicos, psicológicos, culturales, y sociales.

ANEXO 3: Cuadro comparativo entre modelo actual y modelo Rediseñado de atención a poblaciones dispersa:

CUADRO COMPARATIVO DEL MODELO ACTUAL Y EL MODELO REDISEÑADO DE ATENCION A POBLACIONES DISPERSAS.

A.-COMPONENTE: GESTION

ATRIBUTO	MODELO ACTUAL	MODELO REDISEÑADO
Información comunal	Se ha desacumulado el interés por el ASIS comunal Pocos equipos hacen Dx Comunal	Información nominal Número de familias y organizaciones Línea de Base comunal en base indicadores Diagnostico comunal o ASIS comunal



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 "Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

	<p>El Dx comunal tiene el sesgo de los casos de enfermos o población en riesgo</p> <p>Limitada información de población sana</p> <p>Actualización limitada de la información comunal</p>	
Plan anual	<p>Solo algunas Diresas elaboran plan anual</p> <p>El plan se basa generalmente en información secundaria</p> <p>No se privilegia el plan comunal.</p> <p>Limitado involucramiento de redes y EESS.</p> <p>No hay seguimiento al plan anual</p>	<p>Basado en información de cada comunidad</p> <p>Plan de actividades anuales por comunidad y ruta</p> <p>Cronograma mensual de intervenciones</p>
Supervisión	<p>Condicionada a existencia de presupuesto</p> <p>No hay guías de supervisión</p> <p>La supervisión enfatiza coberturas de atención y prevención.</p> <p>Escasa participación y compromiso en la supervisión</p>	<p>Evaluación previa de informes de comunidades.</p> <p>Evaluación de desempeño del equipo por fuentes secundarias</p> <p>Personal supervisor capacitado y certificado</p> <p>Supervisión por niveles y en cascada, nacional, Regional, Diresa, Red, Microred, Establecimiento de salud, comunidad.</p> <p>Se supervisará el trabajo multidisciplinario y multifuncional.</p> <p>Esta debe ser en cascada de arriba hacia abajo, la red define criterios, pero la red y micro red implementan los mecanismos de seguimiento.</p> <p>Se hace en base a guías para la supervisión en base a los componentes.</p>
Rol del Gobierno regional	<p>Discurso de Inclusión</p> <p>NO valora la intervención en poblaciones dispersas</p> <p>Limitado involucramiento para articular intervenciones en el campo social.</p> <p>Financiamiento histórico</p> <p>No define criterios de resultado</p> <p>Circunscrito a la entrega del presupuesto</p>	<p>Reconocer las comunidades y poblaciones dispersas con ordenanza regional.</p> <p>Articular y optimizar las intervenciones sectoriales para estas poblaciones.</p> <p>Garantizar las partidas presupuestales anuales y por 12 meses, que incluya RHUS, equipamiento e insumos.</p> <p>Coordinación con la Diresa o GERESA para las evaluaciones</p> <p>Formulación de Políticas públicas orientada hacia la atención Integral en salud que complemente la oferta fija con la oferta móvil.</p>



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 "Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

<p>Relación Gobiernos Locales</p>	<p>Esporádica y a voluntad del quipo EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL. Desinterés por coordinar de ambos lados(servicios y Gobierno local) Estrategia no articulada a la gerencia social del GL Apoyo esporádico a los equipos EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL en casos de emergencias y brotes</p>	<p>Relación estructurada con gobiernos locales, tanto provinciales como distritales Compartir información sobre avance y limitaciones en las intervenciones de los EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL Cofinanciamiento de actividades de promoción de la salud por los gobiernos locales. Asesorar para utilizar adecuadamente planes de incentivos, Presupuesto participativo. Apoyo para elaborar PIP en gobierno locales para proyectos de de salud y desarrollo comunal</p>
<p>Relación Programas Sociales y Otras Instituciones</p>	<p>Coordinación esporádica y en espacios comunales No realizan planificación conjunta. El programa con mayor relacionamiento es JUNTOS</p>	<p>Coordinación nacional MINSA-MIDIS-MINEDU Coordinación a nivel Regional, Gerencia de desarrollo social y coordinadores regionales de programas sociales. DIRESA y Redes con coordinadores provinciales de programas sociales, especialmente JUNTOS. cunamas, P65 Coordinación de establecimientos con organizaciones de Programas sociales. Coordinación con las FFAA y FFPP en acciones intersectoriales para coordinación de acciones de salud: Establecer -Políticas de salud en zonas fronterizas Apoyo a la Optimización de planes de acción tipo PIAS en zonas amazónicas</p>
<p>Relación MINSA-DIRESA-Redes</p>	<p>Desacumulación de relaciones MINSA-DIRESA. UE han deteriorado la relación DIRESA -RED Información de desempeño de EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL desactualizada y fragmentada</p>	<p>La relación con las DIRESA debe ser similar a la relación que se tiene con las estrategias nacionales. Tener un repositorio nacional de la información proveniente de las regiones. Realimentación permanente a la información regional. Control del cumplimiento de las carteras de los EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL en los niveles regionales Apoyo estructurado desde el punto normativo, capacitación y relacionamiento con instancias sectoriales.</p>



		Implementar un observatorio de la inclusión sanitaria y social y atención a poblaciones dispersas
Monitoreo y evaluación	Centrada en la atención individual Se usas indicadores de la norma pero con datos poco consistentes	Fuente de información en base al HIS y SIS Monitoreo en base a nuevos indicadores relacionado con los DDSS y la prevención más que la curación. Se monitoreará inclusión sanitaria e inclusión social

B.-COMPONENTE ORGANIZACIÓN:

Atributos del componente:

ATRIBUTO	MODELO ACTUAL	MODELO REDISENADO
Identificación de poblaciones dispersas	Se usan Criterios de la norma, básicamente distancia a un EESS, dispersión y si es comunidad nativa. Información no actualizada sobre numero y ubicación de CCDD	Comunidades o poblaciones a mas de 4 horas de EESS que cuenten con por lo menos 2 profesionales de la salud o I-2 Si son comunidades nativas Alta migración de estas comunidades por el tema de mercado o minería. Tener en cuenta Niveles de Pobreza I y II Zonas con alta prevalencia de DCI, Anemia, MM. Coberturas bajas por Censo comunal y no datos INEI
Conformación del equipo EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL	Médico: consultas medicas Enfermera: niños Obstetriz: mujeres Odontólogo: extracciones Técnico de enfermería: inyectables y curaciones Sociólogo antropólogo: sensibilización autoridades o preparar la campaña. Énfasis en la atención de enfermos y prevención de riesgos	Personal médico: (1 médico General con mayores capacidades en PS y prevención, 1 Odontólogo con experiencia en técnica PRAT) Personal no médico: 1 licenciada en enfermería 1 licenciada en Obstetricia. Personal técnico: 1 técnico de enfermería 1 técnico de laboratorio Arrieros en zonas andinas Motorista en zona de selva Equipo con Seguro ESSALUD, y seguro de accidentes
Definición de rutas y programación de salidas	Rutas aleatorias sin prioridades. Cuenca, alta, media o baja de un rio 1ª 2 días por comunidad	El distrito como centro de la programación Tomar en cuenta comunidades con mayor y menor población. Tener en cuenta, comunidades, anexos y sectores



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 “Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

	4 a 6 vueltas al año por cada comunidad	Útil para cronograma y número de vueltas al año. En zona de selva tomar como referencia la cuenca alta, media, o baja del río. Estimar por lo menos 5 días en cada comunidad y un mínimo de 6 visitas a cada comunidad cada año.
Equipamiento	Los primeros años EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL Equipados Últimos años sin equipamiento por alta rotación o no contar con presupuesto Equipamiento para curar, deteriorado y sin plan de reposición	Enfatizar equipos necesarios para la prevención antes que la curación. Inventario completo y actualizado cada mes en caso de alta rotación de miembros equipo Estimar el estado del equipo, bueno, regular, malo. Plan de reemplazo y renovación Material con énfasis en la prevención y en la educación sanitaria. Incluir en los PPR la renovación de equipos de la oferta móvil.
Insumos y medicamentos	Primeros años vestuarios completos y 2 veces al año. Con partidas para compra diferentes en cada región. Limitados fondos para transporte y movilidad Vehículos deteriorados Problemas para alquilar acémilas y botes. Disponibilidad de medicamentos por DIREMID, SISMED y apoyado por código RENAES	Vestuario 2 veces al año Medicamentos, Utilizar Código RENAES del EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL, y solicitar periódicamente al SISMED Establecer partida de compra anual para todos los EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL a nivel DIRESA o UE. Incluir fondos para transporte y movilidad de los equipos. Fondos para combustible en la Red y distribuir a las MR para transporte de EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL
Rol de los Tambos	No se incorporan los tambos en las acciones	Incluir en las rutas el paso por los tambos Coordinar la atención en tambos Utilizar a los tambos como centros de comunicación con las comunidades y los servicios antes, durante y después de las salidas. Utilizará los tambos como centros de aprovisionamiento de medicamentos e insumos e caso de desastres o fallas en el acceso

C.-COMPONENTE DE PRESTACION

Atributos del COMPONENTE:



ATRIBUTO	MODELO ACTUAL	MODELO REDISENADO
Atención Individual	<p>Centrado en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.</p> <p>Entrega de paquetes por etapa de vida.</p> <p>Atención Bucal en escuelas</p> <p>Diversidad de acciones preventivas</p> <p>Direccionados por programas y estrategias nacionales.</p> <p>Escenario: Vivienda-familia, Instituciones educativas y comunidad.</p>	<p>Escenarios la vivienda- familia</p> <p>10 acciones de prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inmunizaciones -Lavado de manos -CRED -CPN -Descarte de Cáncer Uterino mediante IVA -Planificación Familiar -Despistaje de TBC e ITS -Sesiones demostrativas alimentos -Despistaje cáncer de mama -Uso de Sal yodada
Atención Colectiva	<p>Esporádica</p> <p>No estructurada</p> <p>Algunas acciones en comunidad con SIVICOS y CODECOS</p> <p>Trabajo con ACS</p> <p>VEA comunal y botiquines comunales</p>	<p>Familia:</p> <p>Historia clínica familiar(HCF)</p> <p>APOC(La Atención Primaria Orientada a la Comunidad)¹¹⁰</p> <p>Plan de atención integral en salud(PAIS)familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> -Escenario: Vivienda-familia, mejora en entornos de la vivienda -Instituciones educativas acciones de prevención entorno escolar saludable -Comunidad. <p>Diagnostico comunal en Base s HCF</p> <p>Sectorización comunal</p> <p>Plan comunal</p> <p>-Aplicación de Cartera de salud pública.</p>
Referencia de Casos	<p>Solo referencia de emergencias</p> <p>No se refiere para ayuda diagnóstica</p>	<p>Conocer los flujos de referencia a establecimientos de mayor complejidad</p> <p>Trabajo articulado con los Establecimientos estratégicos</p> <p>Referencia de casos que necesiten ayuda al diagnóstico</p> <p>Conocer como referir y las condiciones de referencia</p>
Atención Especializada	<p>Esporádica , no programada</p> <p>Alto costo</p> <p>Sin tamizaje previo</p> <p>PEAS</p>	<p>Tamizaje de casos que necesitan atención especializada.</p> <p>Medición de agudeza visual por enfermera</p>

¹¹⁰ La Atención Primaria Orientada a la Comunidad APOC se define como la practica unificada de la Atención Primaria individual y familiar con la Atención Comunitaria, dirigida a mejorar la salud de la comunidad como un todo. "La APOC es una práctica en la que elementos idóneos de atención comunitaria, familiar e individual, se prestan conjuntamente" (Sidney Kark)



		<p>Selección de pacientes para las Jornadas de atención especializada(JAMES)</p> <p>Apoyo a pacientes que asistan a Jornadas de atención especializada.</p> <p>Seguimiento de casos atendidos</p> <p>Financiamiento del SIS de las JAMES</p>
Relación con la oferta Fija	<p>Relaciones tensionadas por la diferencia de sueldos.</p> <p>Oferta fija no ve como un complemento estratégico al EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL</p> <p>Actitud utilitaria del EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL para mejorar coberturas</p>	<p>Reconocimiento de la población bajo responsabilidad del establecimiento fijo, y dentro de esta la población dispersa</p> <p>Compartir responsabilidad sobre la población del territorio asignado a la oferta fija</p> <p>La Oferta Fija debe atender en lo posible a estas comunidades cuando no este la oferta móvil</p> <p>Capacitar a personal de oferta fija sobre la importancia de la oferta móvil</p> <p>Negociar con los Establecimientos: equipos, claves de emergencia obstétrica, seguimiento de casos.</p> <p>Monitoreo de los indicadores de la atención en comunidades dispersas</p>
Acciones de Promoción de la salud	<p>Algunas acciones de familias saludables.</p> <p>Diagnósticos y planes comunales limitados</p> <p>Pocos días de permanencia en comunidades no permite hacer PS</p>	<p>Formación y acreditación de viviendas saludables.</p> <p>Fortalecimiento de SIVICOS, CODECOS.</p> <p>Capacitación y apoyo de ACS</p> <p>Diagnósticos y planes comunales</p> <p>Escuelas promotoras de la salud</p> <p>Sistemas de vigilancia comunal, centros de vigilancia nutricional comunal</p> <p>Apoyo y fortalecimiento de espacios de concertación distrital</p> <p>Acción concertada con otros sectores sociales para intervenir en la comunidad</p>

D.- COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO

Atributos del componente:

ATRIBUTO	MODELO ACTUAL	MODELO RENOVADO
Fuentes de financiamiento	<p>Tesoro publico</p> <p>SIS en algunas regiones</p>	<p>Renovación de metas presupuestales de la DIRESA dentro de las estrategias nacionales.</p> <p>Generar evidencias para contar con más y mejor financiamiento</p> <p>Control de financiamiento de la UE por parte de la DIRESA.</p> <p>Recursos suficientes para operación y supervisión</p> <p>Financiamiento del SIS para las acciones de prevención de la salud y la cartera de salud publica</p>



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 "Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

Orientación del Financiamiento	Pago de personal Sin recursos para capacitación y supervisión Sueldos desfasados del mercado Alto costo sin resultados	Hacia el pago de los miembros del EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL Para la capacitación permanente con la nueva estrategia Para supervisión del desempeño del personal de la oferta móvil como de la oferta fija. -Incentivos al personal para la atención de poblaciones dispersas (incluir además del bono por APS y VRAEM) -Definición de costos per cápita para las prestaciones de en comunidades dispersas (se paga más por la atención de un poblador de comunidad dispersa) -Sistemas de evacuación para atención de emergencias. -Los distintos niveles de incentivos al personal para la atención móvil, ello incluye sistemas de mejoramiento de la producción de servicios que reconozcan la visitas domiciliaria
Gestión y control del Financiamiento	Presupuesto sin resultados Recursos EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL utilizados para oferta fija	Contrastar el financiamiento con los resultados Reuniones de rendición de cuentas con actores locales y los servicios de salud
Financiamiento Regional y Local	Muy limitado	Buscar cofinanciamiento de gobiernos locales, empresas con acciones de responsabilidad social.

E: COMPONENTE CAPACITACION

Atributos del SUB-componente:

ATRIBUTO	MODELO ACTUAL	MODELO REDISENADO
Planificación de la capacitación	Capacitación esporádica sin financiamiento. No incluida en los planes regionales de capacitación	La capacitación de los EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL forman parte del Plan Regional de capacitación o de la red . La capacitaciones periódicas y está cronogramada. La capacitación cuenta con recursos suficientes para implementarla



Contenido y temas de capacitación	Predominio de temas clínicos Capacitación esporádica por estrategias nacionales	La capacitación de los equipos EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL se desarrollará mediante un plan basado en un diagnóstico de capacidades Capacitación en aspectos de Promoción de la salud prevención, y manejo clínico de casos. Manejo de identificación y manejo de conflictos sociales. gerencia social. PROFAM, TLESALUD Planes Estímulos Municipales Presupuesto en gobiernos locales Elaboración de PIP menores , para prevención y Promoción de la salud. Prevención de catástrofes y desastres naturales
Espacios de capacitación	DIRESA REDES	Redes, microredes y DIRESA Universidades
Evidencia de los resultados de la capacitación	No hay medición No hay reportes	Prueba entrada y salida de capacitaciones Seguimiento de uso de conocimientos en la practica Certificación de competencias
Material educativo	Énfasis curativo y preventivo Sin adecuación cultural No apoyo audiovisual	Diseño y edición de material educativo Adecuación cultural de material educativo Usos de material educativo diverso
Guías clínicas y guías de procedimientos	Material limitado Normas nacionales	Guías para intervenciones de promoción de la salud Guías de trabajo para equipos EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL Guías de protocolos clínicos de tratamiento de casos frecuentes Guías de protocolos en prevención de riesgos

F:COMPONENTE LA INFORMACION

Atributos del componente:

ATRIBUTO	MODELO ACTUAL	MODELO REDISENADO
Fuentes de información	Registro de atención HIS	SIS y HIS



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 “Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

		<p>Información cualitativa de los informes</p> <p>Información por cada EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL, filtrando la información individual de cada miembro.</p>
Recolección y síntesis de la información	<p>HIS</p> <p>No se analiza ni clasifica</p> <p>Información individual por cada miembro de AIP{ED</p>	<p>Software que permita tener información de resultados sobre la línea de base de cada comunidad.</p> <p>Información disponible para usuarios de redes sociales</p>
Socialización de la información	<p>Algunas veces en reuniones mensuales</p> <p>Informe anual de las DIRESA</p>	<p>A través de boletines, paginas web de MINSA, DIRESA y Redes</p>
Flujo de la información	<p>Equipos- EESS- RED –DIRESA</p> <p>No realimentación.</p>	<p>Desde equipos EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL, Microredes, redes, DIRESA y MINSA (viceministerio Salud Publica)</p>
Información individual y de determinantes sociales de la salud	<p>No información sobre DDSS</p> <p>Atendidos y atenciones</p>	<p>Información de atenciones individuales</p> <p>Información de entornos saludables</p> <p>Información de determinantes sociales identificados</p>
Información por cada Equipo EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL	<p>No se hace, se puede hacer con información HIS</p>	<p>Cada EQUIPOS ITINERANTES U OFERTA MOVIL podrá ser monitoreado y evaluado en base a su información constatada con la línea de base</p> <p>Sistema de datos similar a información realizada para el CLAS</p>
Medir la inclusión y la mejora Social	<p>No se mide</p>	<p>Con la información se podrá tener percepciones sobre la aceptabilidad / participación social.</p> <p>Medir los avances en inclusión y cambio social</p>

ANEXO 4

VALORACION SOBRE LOS ACUERDOS DEL TALLER Y SUGERENCIAS DEL CONSULTOR RESPECTO A LOS COMPONNETES Y ATRIBUTOS DEL MODELO REDISENADO.

TALLER NACIONAL VALIDACION PROPUESTA ATENCION A POBLACIONES	PROPUESTAS DEL CONSULTOR
--	---------------------------------



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 “Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

DISPERSAS		
Los TDR y la norma técnica considera 6 componentes para la atención a poblaciones dispersas, gestión, organización prestación, capacitación, financiamiento e información		El MAIS, El MAIS BFC tienen cuatro componentes: gestión, prestación, organización, financiamiento, consideramos que sería coherente que la propuesta tuviera cuatro componentes descritos y que Capacitación e información sean incorporados en el componente Gestión
GESTION		
ATRIBUTO	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES PROPUESTAS POR EL CONSULTOR
Información comunal	<p>Contar con Información nominal por comunidad</p> <p>Disponer de Información de familias y organizaciones</p> <p>Unificar instrumentos de recolección de información comunal</p> <p>Establecer la Línea de Base comunal en base indicadores previstos en propuesta</p> <p>Elaborar un Diagnostico comunal</p> <p>Levantar información de servicios sanitarios no formales propios de la comunidad</p>	<p>Elaborar un diagnostico participativo, elaborado por la comunidad y sus organizaciones representativas, este diagnostico debe concluir en un listado de problemas, posibilidades, disponibilidad de recursos y la información nominal y de familias, y descripción de los principales procesos sociales, culturales y productivos de la comunidad se elaborara un croquis con ubicación de viviendas</p> <p>El equipo itinerante facilitará y apoyara este proceso se prevé contar con un instrumento que recoja esta información</p>
Planificación de las acciones	<p>Basado en información de cada comunidad</p> <p>Plan de actividades anuales por comunidad y ruta</p> <p>Cronograma mensual de intervenciones</p> <p>El Plan anual de actividades participativas en las comunidades esta de acuerdo con el convenio 169 de la OIT y ley de consultas previas para pueblos indígenas</p>	<p>El diagnostico es el elemento clave para la elaboración del plan comunal y es la línea de base para evaluar el cambio, se formula para un periodo de 2 años con planes operativos anuales, con cronograma mensual de actividades.</p> <p>Cada comunidad debe contar con un plan comunal en donde se incluyan las actividades de los equipos itinerantes</p>
Evaluación	<p>Evaluación previa de la situación de las comunidades</p> <p>Evaluación de desempeño del equipo, también por fuentes secundarias</p> <p>Evaluación de procesos comunales en base a protocolos</p>	Se incorpora en el monitoreo y evaluación
Supervisión y acompañamiento	<p>Contar con información previa de actividades y metas de las comunidades visitadas.</p> <p>Personal supervisor debe estar capacitado y certificado</p> <p>Realizar la Supervisión por niveles y en cascada, nacional, Regional, DIRESA, Red, Microred, Establecimiento de salud, comunidad.</p>	<p>El termino adecuado sería acompañamiento, es un proceso de apoyo a la mejora del desempeño de los miembros de los equipos itinerantes ,debe basarse en un plan de supervisión y debe ser realizado por personal capacitado en supervisión, y basado en un instrumento.</p> <p>La supervisión tiene que ser periódica y debe contar con un presupuesto suficiente y disponible con oportunidad</p> <p>Se debe hacer seguimiento a las recomendaciones de la supervisión</p>



	<p>Se Supervisará el trabajo multidisciplinario y multifuncional del equipo</p> <p>Se supervisara a los equipos itinerantes utilizando guías de supervisión en base a los componentes.</p> <p>El MINSA define criterios y establece los instrumentos de supervisión y la Región adecua y operativiza</p> <p>Establecer la periodicidad de la supervisión en el plan</p> <p>El acompañamiento es el soporte que se da al personal del equipo de oferta móvil para mejorar su desempeño</p>	
Rol del Gobierno Nacional	<p>Formulación de políticas publicas un rol de responsabilidad nacional</p> <p>Actualizar la normatividad periódicamente</p>	<p>Liderar y retomar el liderazgo a través del MINSA en la implementación del modelo de atención a poblaciones dispersas a través del direccionamiento técnico y la asignación presupuestal de manera temporal hasta culminar un proceso de transferencia de funciones y responsabilidades a los niveles regionales</p>
Rol del Nivel Regional-Gerencia de Desarrollo social	<p>Reconocer a las comunidades y poblaciones dispersas con ordenanza regional.</p> <p>Articular y optimizar las intervenciones intersectoriales para estas poblaciones.</p> <p>Priorizar la incorporación de la atención a poblaciones dispersas en los planes de desarrollo concertados(PDC)</p> <p>Gestionar las partidas presupuestales anuales y por 12 meses, que incluya RHUS, equipamiento e insumos.</p> <p>Establecer mecanismos de Coordinación con la DIRESA o GERESA para las evaluaciones</p> <p>Formulación de Políticas publicas intersectoriales que fortalezca la atención Integral en salud y complemente la oferta fija con la oferta móvil.</p>	<p>Asumir la responsabilidad compartida con el gobierno nacional respecto a la atención a las poblaciones dispersas, formular políticas regionales, lidera la acción multisectorial y norma los procesos de relación sectorial y con los programas sociales.</p> <p>Articular y optimizar las intervenciones intersectoriales para estas poblaciones dispersas</p> <p>Priorizar la incorporación de la atención a poblaciones dispersas en los planes de desarrollo concertados(PDC)</p> <p>Gestionar las partidas presupuestales anuales y por 12 meses, que incluya RHUS, equipamiento e insumos</p>
Rol del nivel Local-Gobiernos Locales	<p>Relación estructurada con gobiernos locales, tanto provinciales como distritales</p> <p>Compartir información sobre avance y limitaciones en las intervenciones de los equipos itinerantes u oferta móvil</p> <p>Promover el Cofinanciamiento de actividades de promoción de la salud por los gobiernos locales.</p>	<p>Establecer una Relación estructurada de la red y microredes con gobiernos locales, tanto provinciales como distritales</p> <p>Compartir información sobre avance y limitaciones en las intervenciones de los equipos itinerantes u oferta móvil</p> <p>Promover el Cofinanciamiento de actividades de promoción de la salud por los gobiernos locales.</p> <p>Generar necesidades para que los gobiernos locales elaboren PIP de salud en beneficio de la población dispersa.</p>



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 "Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

	<p>La RED asesora para utilizar adecuadamente planes de incentivos, Presupuesto participativo.</p> <p>Apoyo para elaborar PIP en gobierno locales para proyectos de de salud y desarrollo comunal</p> <p>Promover corresponsabilidad con los gobiernos locales para mejorar las condiciones de habitabilidad para equipos itinerantes</p> <p>Generar necesidades para que los gobiernos locales elaboren PIP de salud en beneficio de la población dispersa.</p> <p>Socialización de las actividades desarrolladas por los equipos itinerantes en el ámbito del Gobierno Local.</p> <p>Cofinanciación de actividades de PS por los Gobiernos Locales.</p>	<p>Cofinanciar los planes locales elaborados por las comunidades dispersas como alta prioridad</p>
<p>Relación Programas Sociales y Otras Instituciones</p>	<p>Coordinación Multisectorial MINSA-MIDIS-MINEDU-MIMP-VIVIENDA, para mejorar la atención de las PD.</p> <p>Establecer Políticas de salud en zonas de frontera en el marco de convenios internacionales.</p> <p>DIRESA y Redes con coordinadores provinciales de programas sociales, especialmente JUNTOS. cunamas, P65</p> <p>Coordinación de establecimientos con organizaciones de Programas sociales.</p> <p>Coordinación con las FFAA y FFPP en acciones intersectoriales de salud:</p> <p>Establecer -Políticas de salud en zonas fronteras</p> <p>Apoyo a la Optimización de planes de acción tipo PIAS</p>	<p>Establecer un plan coordinado multisectorial desde instituciones del estado para mejorar la calidad de vida de las poblaciones dispersas</p> <p>Coordinación a nivel Regional, Gerencia de desarrollo social-DIRESA,GERESA con coordinadores regionales de programas sociales.</p> <p>Coordinación con las FFAA y FFPP en acciones intersectoriales de salud: PIAS y acciones de salud en zonas fronteras y de desastres.</p>
<p>Relación MINSA-DIRESA-Redes</p>	<p>La relación con las DIRESA debe ser similar a la relación que se tiene con las estrategias sanitarias nacionales.</p> <p>Tener un repositorio nacional eficiente de la información proveniente de las poblaciones dispersas de las Regiones</p> <p>Realimentación permanente a la información regional.</p> <p>Control del cumplimiento de las carteras de los EQUIPOS</p>	<p>La relación Sectorial MINSA, DIRESA o GERESA y REDES debe ser similar a la relación que se tiene con las estrategias sanitarias nacionales, debe ser una acción prioritaria.</p> <p>Priorizar el logro de resultados sociales y sanitarios de acuerdo al plan de acción</p>



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 “Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

	<p>ITINERANTES U OFERTA MOVIL en los niveles regionales</p> <p>Apoyo estructurado desde el punto normativo, capacitación y relacionamiento con instancias sectoriales.</p> <p>Implementar un observatorio de la inclusión sanitaria y social y atención a poblaciones dispersas</p>	
Monitoreo y evaluación	<p>Diseñar un sistema para identificación de poblaciones dispersas que se nutra de los ya existentes : HIS,SIS,INFORHUS</p> <p>Fuente de información en base al HIS y SIS</p> <p>Monitoreo en base a nuevos indicadores relacionado con los DDSS y la prevención más que la curación.</p> <p>Se monitoreará inclusión sanitaria e inclusión social</p>	<p>Monitoreo en base a indicadores relacionado con la promoción de la salud y prevención mas que los de la curación.</p> <p>Establecer indicadores que reflejen la acción multisectorial y se pueda visibilizar la inclusión sanitaria e inclusión social.</p> <p>La evaluación de poblaciones dispersas debe ser una actividad presente en los acuerdos de gestión y en las evaluaciones anuales de las DIRESAS y REDES</p>
PRESTACION		
ATRIBUTO	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES PROPUESTAS POR EL CONSULTOR
Atención Individual	<p><u>Escenario:</u> persona</p> <p>11 acciones de prevención: Definidas de acuerdo a cada Región)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Atención integral del niño -Lavado de manos -CPN y atención del parto inminente -Descarte de Cáncer Uterino mediante IVA -Planificación Familiar -Prevención del embarazo en adolescentes -Despistaje de TBC e ITS -Sesiones demostrativas alimentos -Despistaje cáncer de mama -Uso de Sal yodada -Atención de morbilidad y odontológica básica <p>El registro debe hacerse en una Historia Clínica Familiar (HCF)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Atención a las personas por etapa de vida de acuerdo a la normatividad vigente -Niño niña -adolescente adulto hombre y mujer Adulto mayor hombre y mujer 	<p>Persona: Identificar 10 actividades de prevención sobre problemas de salud prevalentes en la zona</p> <ul style="list-style-type: none"> -Atención a las personas por etapa de vida de acuerdo a la normatividad vigente -Niño niña -adolescente adulto hombre y mujer Adulto mayor hombre y mujer <p>El registro debe hacerse en una Historia Clínica Familiar (HCF)</p>
Atención Colectiva	<p><u>Escenario:</u> Familia:</p> <p>Plan de atención integral en salud familiar(PAIFAM)</p>	<p><u>Escenario:</u> Familia:</p> <p>Plan de atención integral en salud familiar(PAIFAM)</p> <p>Acreditación de viviendas y familias saludables</p>



	<p><u>Escenario</u> : Comunidad Plan de atención integral comunitaria(PAIC) APOC(La Atención Primaria Orientada a la Comunidad)¹¹¹ a-conocer la comunidad y sus necesidades b.-priorizar ámbitos a abordar c.-diseñar programa de intervención d.- monitorearlo Trabajar con las organizaciones comunales como : SIVICOS, CODECOS, MUNECOS) para elaborar planes comunales Plan comunal para impulsar ala corresponsabilidad <u>Escenario</u>:Instituciones educativas Plan de salud escolar- Instituciones educativas -Aplicación de Cartera de salud pública sujeto a su aprobación por el MINSAs. Desarrollar Paquetes de educación sanitaria</p>	<p><u>Escenario</u> : Comunidad Priorizare el trabajo con Juntas vecinales (JV) o su equivalente en cada ámbito Elaborar diagnóstico y plan comunal para impulsar la mejora de las condiciones de vida promoviendo la corresponsabilidad <u>Escenario</u>: Instituciones educativas Plan de salud escolar de acuerdo a norma vigente Certificación de escuelas promotoras de la salud Impulsar la aplicación de Cartera de salud pública propuesta por el MINSAs y su adecuación Regional Desarrollar e implementar Paquetes de educación sanitaria</p>
Referencia de Casos	<p>Establecer los flujos de referencia a establecimientos de mayor complejidad Trabajo articulado con los Establecimientos estratégicos Referencia para apoyo al diagnóstico, consulta especializada y en casos de emergencias Organizar con la comunidad la referencia de la comunidad al EESS que pertenece. Adecuación de procesos de referencia y contrareferencia en PD desde la comunidad</p>	<p>Referir casos que al ser diagnosticados por el equipo de atención itinerante que no puedan ser solucionados en las comunidades, que necesiten ayuda diagnóstica o que sean casos de urgencia.</p> <p>Organizar con la comunidad para su participación en la referencia de casos desde la comunidad al EESS de oferta fija a la que pertenece.</p>
Atención Especializada	<p>Identificación del perfil epidemiológico de la zona Tamizaje de casos que necesitan atención especializada. Medición de agudeza visual por miembros del equipo itinerante para selección de casos que necesiten atención especializada.</p>	<p>Identificación de casos que necesitan atención especializada mediante el tamizaje realizado por los equipos itinerantes Selección y clasificación de casos para sean atendidos las Jornadas de atención especializada(JAMES) El Requerimiento y dotación de especialidades se hará de de acuerdo a los daños identificados en el tamizaje Coordinar el apoyo de autoridades comunales y locales para el desplazamiento a pacientes que asistan a Jornadas de atención especializada.</p>

¹¹¹ La Atención Primaria Orientada a la Comunidad APOC se define como la practica unificada de la Atención Primaria individual y familiar con la Atención Comunitaria, dirigida a mejorar la salud de la comunidad como un todo. "La APOC es una práctica en la que elementos idóneos de atención comunitaria, familiar e individual, se prestan conjuntamente" (Sidney Kark)



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 “Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

	<p>Selección de pacientes para las Jornadas de atención especializada(JAMES)</p> <p>Requerimiento y dotación de especialidades de acuerdo a los daños identificados en el tamizaje</p> <p>Coordinar con la Red la responsabilidad del proceso de atención especializada</p> <p>Coordinar y apoyar el desplazamiento a pacientes que asistan a Jornadas de atención especializada.</p> <p>Seguimiento de casos atendidos</p> <p>Financiamiento de las JAMES por el SIS o el programa MASALUD</p> <p>Plantear la periodicidad de la atención especializada</p>	<p>Hacer Seguimiento de casos atendidos en las jornadas de atención especializada</p>
Relación con la oferta Fija	<p>Reconocimiento de la población bajo responsabilidad del establecimiento fijo, y dentro de esta la población dispersa</p> <p>Compartir responsabilidad sobre la población del territorio asignado a la oferta fija</p> <p>La Oferta Fija debe atender en lo posible a estas comunidades cuando no este la oferta móvil</p> <p>Sensibilizar a la oferta fija sobre la complementariedad de la oferta móvil</p> <p>Solicitar a los establecimientos: equipos insumos claves para emergencias obstétricas</p> <p>Monitoreo de los indicadores de la atención en comunidades dispersas</p> <p>Coordinar con la oferta fija para el seguimiento de casos referidos</p>	<p>La atención itinerante es complementaria a la atención en la oferta fija</p> <p>Los criterios técnicos de atención son los mismos para la atención en la oferta fija uy la móvil y basado en la norma nacional.</p> <p>El establecimiento de la oferta fija es responsable de la población dispersas y no dispersa se comparte responsabilidad sobre la población del territorio asignado a la oferta fija</p> <p>Sensibilizar a la oferta fija sobre la importancia de la complementariedad de la oferta móvil en los campos de interculturalidad y salud como derecho.</p>
Acciones de Promoción de la salud	<p>Identificación y promoción de familias, viviendas, comunidades y escuelas saludables.</p> <p>Fortalecimiento de SIVICOS, CODECOS.</p> <p>Capacitación, apoyo y certificación de ACS</p> <p>Escuelas promotoras de la salud</p> <p>Sistemas de vigilancia comunal, centros de vigilancia nutricional comunal</p> <p>Apoyo y fortalecimiento de espacios de concertación distrital</p> <p>Acción concertada con otros sectores sociales para intervenir en la comunidad</p>	<p>Fortalecimiento de la organización comunal</p> <p>Implementación de estrategias de Promoción de la salud en los escenarios, vivienda –familia, comunidad, escuelas, definir criterios de acreditación de entornos saludables y apoyar la acreditación.</p> <p>Apoyo y fortalecimiento de espacios de concertación distrital y la planificación concertada en los espacios distritales.</p>
ORGANIZACION		



ATRIBUTO	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES PROPUESTAS POR EL CONSULTOR
<p>Estructura organizacional para gestionar la atención a poblaciones dispersas</p>	<p>MINSAs: Dirección o Unidad relacionada con la atención a las personas y la promoción de la Salud. Conformación un comité consultivo para la atención a poblaciones dispersas(estrategia familia, Salud intercultural, pueblos indígenas, SIS, etc) GR- DIRESA: Dirección o Unidad relacionada con la atención a las personas y la promoción de la Salud. RED Dirección o Unidad relacionada con la atención a las personas y la promoción de la Salud. MICRORES Responsable de Promoción de la salud y atención integral a las poblaciones dispersas.</p>	<p>MINSAs: Dirección o Unidad relacionada con la atención a las personas y la promoción de la Salud. Conformación un comité consultivo para la atención a poblaciones dispersas(estrategia familia, Salud intercultural, pueblos indígenas, SIS, etc) GR- DIRESA: Dirección o Unidad relacionada con la atención a las personas y la promoción de la Salud. RED Dirección o Unidad relacionada con la atención a las personas y la promoción de la Salud. MICRORES Responsable de Promoción de la salud y atención integral a las poblaciones dispersas.</p>
<p>Criterios para la Identificación de poblaciones dispersas</p>	<p>Deben considerarse como criterios para la identificación algunas de las siguientes características: Comunidades o poblaciones a mas de 4 horas de EESS salud I-2 o I-3 Si son comunidades indígenas nativas Alta migración de estas comunidades por el tema de mercado o minería. Tener en cuenta Niveles de Pobreza I y II Zonas con alta prevalencia de DCI, Anemia, MM. Coberturas bajas con población por Censo comunal y no por datos de INEI</p>	<p>Deben considerarse como criterios para la identificación de comunidades dispersas a algunas de las siguientes características: a.-Comunidades o poblaciones a mas de 4 horas de EESS salud I-2 o I-3 b.-Si son comunidades indígenas nativas c.- comunidades con alta migración de estas comunidades por el tema de minería, o búsqueda de trabajo de las familias</p>
<p>Perfil y conformación de los miembros de equipos itinerantes u oferta móvil</p>	<p>El perfil de los profesionales y técnicos será definido de acuerdo a la zona de intervención: Conformado por un equipo polifuncional Personal médico: (1 médico General con mayores capacidades en PS y prevención, Personal no médico: 1 Odontólogo con experiencia en técnica PRAT) 1 licenciada en enfermería 1 licenciada en Obstetricia. 1 sociólogo o antropólogo</p>	<p>La selección de los miembros de los equipos de atención itinerante debe estar privilegiada por las capacidades personales, desempeño y experiencia en trabajo comunal. El perfil y numero de los profesionales y técnicos del equipo será definido de acuerdo a la zona de intervención: La Conformado se basara en un un equipo profesional con capacidades polifuncional con apoyo de técnicos de enfermería. Debe considerarse dentro dele quipo un profesional de las ciencias sociales con habilidades personales y experiencia.</p>



	<p>Personal técnico: 1 técnico de enfermería 1 técnico de laboratorio de acuerdo a las necesidades: Arrieros en zonas que necesiten Motorista en zona de selva: como servicio de terceros Equipos deben contar con Seguro ESSALUD, y seguro de accidentes 1 enlace o traductor en comunidades indígenas nativas</p>	<p>El personal medico, de preferencia, debería ser un especialista en medicina familiar con experiencia de trabajo en comunidades.</p>
Definición de rutas y programación de salidas	<p>La RED como centro de la programación Tomar en cuenta comunidades con mayor y menor población. Tener en cuenta, comunidades, anexos y sectores, util para cronograma y número de vueltas al año. La programación de la intervención debe coordinarse con el líder y/o agente comunal de salud de la comunidad. Dejar el cronograma de salidas en el establecimiento de salud para la difusión de la intervención. Estimar entre 3 a 5 días en cada comunidad y un mínimo de 6 visitas a cada comunidad cada año.</p>	<p>La Red de salud es el centro de la programación de rutas y salidas de los equipos itinerantes, para la programación de rutas debe tomarse en cuenta los criterios de mayor permanencia en al comunidad y de visitas periódicas en el año.</p> <p>En zona de selva tomar como referencia la cuenca alta , media, o baja del río, la estación del año por el nivel de navegación y la coordinación con la intervención de los PIAS.</p>
Equipamiento	<p>Priorizar en el plan de reposición anual Enfatizar equipamiento necesario para la prevención antes que la curación. Inventario completo y actualizado cada mes en caso de alta rotación de miembros equipo Estimar el estado del equipo, bueno, regular, malo. Plan de mantenimiento y renovación de equipos en la oferta móvil Material educativo con énfasis en la prevención y en la PS. Contar con Vestuario 2 veces al año Incluir en los PPR la renovación de equipos dentro del centro de costos de la oferta móvil. Considerar la adquisición de equipo informático portátil Incluir fondos para transporte y movilidad en redes y microredes.</p>	<p>Enfatizar equipamiento necesario para la acción de capacitación, sensibilización y motivación de autoridades y lideres comunales. Contar con Equipos para una acción eficaz de la prevención y atención de casos simples y urgencias . Desarrollar un plan de mantenimiento y renovación de equipos . Considerar la implementación dele quipo itinerante con equipos portátiles de tecnología TIC</p>
Insumos y medicamentos	<p>Medicamentos, Utilizar Código RENAES del equipo itinerante u oferta móvil de acuerdo al consumo mensual (ICI),</p>	<p>Establecer un proceso de planificación que permita el abastecimiento oportuno y suficiente de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas.</p> <p>Utilizar Código RENAES del equipo itinerante u oferta</p>



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 “Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

	<p>Solicitar partida y compra de insumos y medicamentos de acuerdo al petitorio SISMED</p> <p>Incluir fondos para transporte y movilidad de los equipos.</p> <p>Fondos para combustible en la Red y distribuir a las MR para transporte de equipos itinerantes u oferta móvil</p>	<p>móvil de acuerdo al consumo mensual (ICI),</p> <p>Solicitar partida y compra de insumos y medicamentos de acuerdo al petitorio SISMED</p>
Rol de los Tambos	<p>Incluir en las rutas el paso por los tambos</p> <p>Coordinar la atención en tambos</p> <p>Utilizar a los tambos como centros de comunicación con las comunidades y los servicios antes, durante y después de las salidas.</p> <p>Utilizará los tambos como centros de aprovisionamiento de medicamentos e insumos e caso de desastres o fallas en el acceso</p>	<p>Utilizar a los tambos como centros de comunicación con las comunidades y los servicios antes, durante y después de las salidas a comunidades</p>
FINANCIAMIENTO		
ATRIBUTO	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES PROPUESTAS POR EL CONSULTOR
Fuentes de financiamiento	<p>Incorporación de metas presupuestales en cada UE dentro de las estrategias nacionales.</p> <p>Presupuesto diferenciado (fronteras, dispersión de la población)</p> <p>Proponer la apertura como un programa presupuestal</p> <p>Generar evidencias para contar con más y mejor financiamiento</p> <p>Cada equipo debe constituirse en un centro de costos</p> <p>Implementación de un PPR en lo que respecta a medicamentos, equipamiento y capacitación</p> <p>Presupuesto para Control (Monitoreo, evaluación, supervisión)</p> <p>Reembolso a la oferta móvil no sujeto a cumplimiento de coberturas, con costos diferenciados</p> <p>Financiamiento del SIS para las acciones de prevención de la salud y la cartera de salud pública</p>	<p>Incorporación de metas presupuestales en cada UE como parte de las estrategias nacionales. Proponer la apertura de un programa presupuestal para la atención a poblaciones dispersas.</p> <p>Bajo el mandato del CNS el SIS debe financiar la atención integral en las poblaciones dispersas tanto en la atención individual como colectiva</p> <p>Apoyar a los gobiernos regionales y locales para elaborar PIP para programas regionales de atención a poblaciones dispersas bajo el enfoque del modelo renovado.</p>
Orientación del uso del Financiamiento	<p>Hacia el pago de remuneraciones, seguros y beneficios sociales de los miembros del equipo itinerante u oferta móvil</p> <p>Para la capacitación permanente con la nueva estrategia</p>	<p>Orientar el gasto Hacia el pago de remuneraciones, seguros, beneficios sociales, la capacitación permanente con la nueva estrategia, para supervisión del desempeño tanto del personal de la oferta móvil como de la oferta fija.</p> <p>Involucrar en la política de incentivos</p>



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 “Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

	<p>Para supervisión del desempeño del personal de la oferta móvil como de la oferta fija.</p> <p>-Incentivos al personal para la atención de poblaciones dispersas (incluir además del bono por APS y VRAEM)</p> <p>-Definición de costos per cápita para las prestaciones de en comunidades dispersas (se paga más por la atención de un poblador de comunidad dispersa)</p> <p>-Sistemas de evacuación para atención de emergencias.</p> <p>-Los distintos niveles de incentivos al personal para la atención móvil, ello incluye sistemas de mejoramiento de la producción de servicios que reconozcan la visitas domiciliaria</p>	
Gestión y control del Financiamiento	<p>evaluar el financiamiento con los resultados</p> <p>Reuniones de rendición de cuentas con actores locales y los servicios de salud</p>	<p>Relacionar el gasto con la implementación y desarrollo de las actividades programadas y cumplimiento de metas expresadas en los indicadores.</p>
Financiamiento Regional y Local	<p>Promover corresponsabilidad con gobierno local para mejorar las condiciones de habitabilidad de los equipos itinerantes.</p> <p>Buscar cofinanciamiento de gobiernos locales, empresas con acciones de responsabilidad social.</p>	<p>Promover corresponsabilidad del gobierno regional y gobiernos locales y empresas con responsabilidad social para financiar programas regionales y locales de atención a poblaciones dispersas</p>
INFORMACION		
ATRIBUTO	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES PROPUESTAS POR EL CONSULTOR
Fuentes de información	<p>Registro de información en formatos SIS(FUA, Afiliación, referencia) y HIS</p> <p>Información cualitativa de los informes que incluya practicas y conductas de la zona</p> <p>Historias Clínicas familiares</p>	<p>La información debe tener como fuente el registro de información en formatos SIS(FUA, Afiliación, referencia) y HIS y las Historias clínicas familiares</p> <p>La Información cualitativa de los informes debe incluir comentarios de practicas y conductas sociales propias de la zona relacionadas con la salud y el desarrollo</p>
Recolección y síntesis de la información	<p>Software o aplicativo que permita tener información de resultados de intervención sobre metas establecidas</p>	<p>Implementar en cada red un Software o aplicativo que permita tener información de resultados de intervención sobre metas establecidas basadas en los indicadores</p>
Socialización de la información	<p>A través de boletines, paginas web de MINSAs, DIRESA y Redes</p>	<p>Implementar un modelo de comunicación a nivel nacional, regional y local que se operativicen mediante paginas web de MINSAs, DIRESA y Redes y otras</p>



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 “Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

		tecnologías que posicione el tema
Flujo de la información	Desde equipos itinerantes u oferta móvil, Microredes, redes, DIRESA y MINSA (viceministerio Salud Publica)	Establecer un flujo que vaya desde los equipos itinerantes u oferta móvil, Microredes, Redes, DIRESA y MINSA (viceministerio Salud Publica)
Información individual y de determinantes sociales de la salud(DDSS)	Información de paquetes de salud individual Información de entornos saludables Diagnostico de determinantes sociales identificados Información de determinantes sociales identificados con aplicación de instrumentos ficha familiar, ficha de diagnostico de entornos y comportamientos saludables, según normatividad vigente	La información no solo debe darse desde el aspecto de atenciones individuales, debe mostrar información de la atención a familias y la atención en los escenarios de la comunidad(escuela, centros de trabajo). Sobre la información de los determinantes sociales de la salud(DDSS), el Gobierno regional y la DIRESA debe identificar que determinantes serán abordado a nivel de comunidades, debe establecerse, sobre que intervenir , como intervenir y los escenarios en donde intervenir
Información por cada Equipo itinerante u oferta móvil	Información de paquetes de atención integral Cada equipo itinerante u oferta movil podrá ser monitoreado y evaluado en base a su información constatada con la línea de base	Cada equipo itinerante u oferta móvil podrá ser monitoreado y evaluado en base a su información enviada y contrastada con las metas establecidas en su plan anual. Los avances de la mejora de las comunidades debe estar relacionada con la línea de base de cada comunidad.
Medir la inclusión y la mejora Social	Con la información se podrá tener percepciones sobre la aceptabilidad / participación social. Medir los avances en inclusión y cambio social	Debe formularse indicadores de inclusión social y sanitaria que deben ser construidos de manera participativa con las comunidades y servicios de salud para valorar la inclusión social y sanitaria
CAPACITACION		
ATRIBUTO	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES PROPUESTAS POR EL CONSULTOR
Planificación de la capacitación	La capacitación de los equipos itinerantes u oferta móvil, forman parte del Plan anual de capacitación La capacitaciones periódicas y está cronogramada. en todos los niveles La capacitación cuenta con recursos suficientes para implementarla en su respectiva PDP	La capacitación de los equipos itinerantes u oferta móvil, forman parte del Plan anual de capacitación de la DIRESA y Red y esta basada en las necesidades de capacitación identificadas en evaluaciones y supervisiones a los equipos y las visitas a las comunidades Las actividades de capacitación deben periódicas y estar cronogramadas. en todos los niveles. Los procesos de capacitación sobre la atención a poblaciones dispersas incluye a los establecimientos que conforman la oferta fija, desarrollando el énfasis en la relación intercultural y el derecho a la salud(el enfoque y los principios)
Contenido y temas de capacitación	La capacitación de los equipos equipos itinerantes u oferta móvil se desarrollará mediante un plan basado en un diagnóstico de competencias Capacitación en aspectos de Promoción de la salud	La capacitación se desarrollará mediante un plan basado en un diagnóstico de competencias, los temas de capacitación debe estar centrada en el abordaje de los DDSS mediante la promoción de la salud, la salud en los diversos escenarios, prevención de riesgo y enfermedades prevalentes y el manejo clínico de casos. Capacitación relacionada con el modelo rediseñado, los enfoques , la participación, la acción multisectorial.



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 “Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

	<p>prevención, manejo clínico de casos, diálogo intercultural identificación y manejo de conflictos sociales socio ambientales Capacitación de PROFAM, TELESALUD Capacitación en TICS Planes Estímulos Municipales Presupuesto en gobiernos locales Elaboración de PIP menores, para prevención y Promoción de la salud. Prevención de catástrofes y desastres naturales</p>	<p>Manejo de herramientas de promoción de la salud como: participación social, concertación, advocacy, incidencia política, gestión local, etc</p>
Espacios de capacitación	<p>Capacitación en servicios en Redes, microredes y DIRESA Plataforma virtual (PROFAM, etc) Red de consultores clínicos (Telesalud, Celsalud) Promover en las Universidades incluir en las curriculas el enfoque de atención a poblaciones dispersas, enfatizando los temas de relación intercultural y salud como derecho.</p>	<p><u>Institucionales:</u> Capacitación en servicios en Redes, microredes y DIRESA, Plataforma virtual (PROFAM, etc <u>Sectoriales:</u> Capacitación en comunidades y en gobiernos locales conjuntamente con el MIDIS y MINEDU <u>Centros formadores de RHUS:</u> Promover en las Universidades e Institutos incluir en las curriculos el enfoque de atención a poblaciones dispersas, enfatizando los temas de relación intercultural y salud como derecho. <u>Capacitación Virtual</u> <u>Telesalud: (telemedicina-Celsalud)</u></p>
Evidencia de los resultados de la capacitación	<p>Proyecto de mejora Seguimiento de uso de conocimientos en la practica Evaluación de competencias y certificación periódica</p>	<p>Evaluación de competencias y certificación periódica</p>
Material educativo	<p>Diseño y edición de material educativo para la población dispersa Adecuación cultural de material educativo Usos de material educativo diverso Elaborar materiales autoinstructivos (manuales educativos)</p>	<p>Diseño y edición de material educativo para la población dispersa, con apropiada adecuación cultural del material educativo. Monitoreo del uso del material educativo de manera estratificada (Profesionales, técnicos, población, lideres, etc)</p>
Guías clínicas y guías de procedimientos	<p>Uso de Guías para intervenciones de promoción de la salud Uso de Guías de trabajo para equipos ITINERANTES U OFERTA MOVIL Uso de Guías de protocolos clínicos de tratamiento de casos frecuentes</p>	<p>Elaboración y adecuación de Guías operacionales para homogenizar las intervenciones de promoción de la salud Elaboración y actualización de Guías y protocolos en el campo de prevención de riesgos y enfermedades prevalentes en cada zona Elaboración y utilización de Guías y de protocolos clínicos para el manejo adecuado de casos que necesitan tratamiento o referencia</p>



PERÚ

Ministerio de Salud

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

	Guías de protocolos en prevención de riesgos	
Modalidad de Capacitación	Virtual, auto formativa y semi presencial	Las modalidades de capacitación pueden ser presenciales, semipresenciales auto formativa y por medios virtuales, deben estar ofrecido por entidades especializadas en la educación y siempre certificadas



PERÚ

Ministerio
de Salud

Programa de Apoyo
a la Reforma del Sector Salud
PARSALUD II

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

Para más información, contactar con el Grupo de Tarea:

Dra. María Pereyra Quiroz, Directora de servicios básicos del MINSA de la DGSP del
MINSA

Dr. Alfonso Villacorta Especialista en gestión de servicios de salud del PARSALUD

Nombre y apellidos de consultor: Alfonso E Nino Guerrero
aninog@gmail.com