

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**Aspectos facilitadores o limitantes del funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud implementada por la Red de Salud Cusco Norte como estrategia para mejorar el acceso a servicios de salud integrales de las poblaciones rurales de su jurisdicción, en el periodo 2014-2018.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGÍSTER EN GERENCIA SOCIAL**

**AUTOR:**

**Bach. Pedro Josue Ypanaque Luyo**

**ASESOR:**

**Dr. Luis Alex Alzamora de Los Godos Urcia**

**Lima – Perú  
2020**

## RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación es un estudio de caso de la Unidad Móvil de Salud de la Red de Salud Cusco Norte, un servicio de atención médica itinerante que utiliza un vehículo tipo bus, donde se han instalado tres unidades, que incluyen ecografía, odontología y laboratorio. Este servicio brinda un conjunto de prestaciones focalizadas en gestantes, niños y otros grupos vulnerables, que son financiadas por el Seguro Integral de Salud y las Estrategias Sanitarias de Salud Pública. Su alcance de intervención se limita a establecimientos de salud del primer nivel de atención de zonas rurales. La metodología del estudio de caso fue exploratoria y cualitativa, y se usó como marco interpretativo el diseño de la teoría fundamentada. El modelo de gestión tiene como principales protagonistas a los actores públicos, Red Cusco Norte y el establecimiento de salud, y cuenta con el apoyo del personal de los establecimientos, promotores de salud y líderes locales durante la difusión y el desarrollo de las actividades. Es una intervención que ha contribuido a mejorar el acceso de la población rural a los servicios de salud y mejorar el cumplimiento de metas sanitarias en la población objetivo. No obstante, las barreras administrativas dificultan el acceso de la población general, limitaciones organizacionales para facilitar la continuidad y la integralidad de la atención y carece de una estrategia que fomente la participación de los actores sociales que asegure la institucionalización y la sostenibilidad de esta intervención.

## **ABSTRACT**

The case study of the experience of the Mobile Health Unit of the Cusco North Health Network, in Peru, has been carried out by a traveling health care service that uses a bus-type vehicle, where three units have been installed, including ultrasound, dentistry and laboratory, which provides a set of benefits focused on pregnant women, children and other vulnerable groups, which are funded by the public insurance (Seguro Integral de Salud-SIS) and health programs (Estrategias Sanitarias); and whose scope of intervention is limited to health facilities of the first level of care in rural areas. The methodology of the case study was exploratory and qualitative, which I use as an interpretive framework the design of the grounded theory. The management model has as main protagonists the public actors, Red Cusco Norte and the Health Establishment, and has the support of the staff of the establishments, health promoters and local leaders during the dissemination and development of the activities. It is an intervention that has contributed to improving the access of the rural population to health services and improving the fulfillment of health goals in the target population; nevertheless, it has administrative barriers that hinder the access of the general population, organizational limitations to facilitate the continuity and the integrality of the attention and it lacks a strategy that encourages the participation of the social actors that ensures the institutionalization and sustainability of this intervention.

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO .....	2
ABSTRACT .....	3
LISTA DE TABLAS .....	6
LISTA DE CUADROS .....	7
LISTA DE FIGURAS .....	8
AGRADECIMIENTOS .....	9
DEDICATORIA .....	10
SIGLAS Y ABREVIATURAS .....	11
INTRODUCCIÓN .....	12
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
1.1. PROBLEMA DE ESTUDIO .....	15
1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....	17
1.3. JUSTIFICACIÓN .....	18
1.4. OBJETIVOS .....	19
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO .....	21
2.1. ENFOQUES TRANSVERSALES DE LA INVESTIGACIÓN .....	21
2.1.1. ENFOQUE DE DERECHOS .....	21
2.1.2. ENFOQUE DE DESARROLLO TERRITORIAL .....	24
2.2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL .....	26
2.2.1. SITUACIÓN GEOGRÁFICA .....	26
2.2.2. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA .....	28
2.2.3. SITUACIÓN SANITARIA .....	31
2.3. MARCO NORMATIVO .....	43
2.3.1. MARCO INTERNACIONAL .....	43
2.3.2. MARCO NORMATIVO NACIONAL .....	44
2.3.3. MARCO NORMATIVO REGIONAL .....	46
2.3.4. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD .....	50
2.3.5. POLÍTICA REGIONAL DE SALUD .....	52
2.4. PROYECTO UNIDAD MÓVIL DE SALUD .....	54
2.5. INVESTIGACIONES RELACIONADAS .....	58
2.6. CONCEPTOS CLAVES .....	65
2.6.1. MECANISMOS DE ARTICULACIÓN .....	65
2.6.2. PARTICIPACIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES .....	67
2.6.3. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD .....	70

2.6.4.	UNIDADES MÓVILES DE SALUD.....	72
<b>CAPÍTULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>		<b>75</b>
3.1.	NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN.....	75
3.2.	FORMA DE INVESTIGACIÓN.....	77
3.3.	UNIDAD DE ANÁLISIS .....	78
3.4.	VARIABLES E INDICADORES .....	79
3.5.	FUENTES DE INFORMACIÓN.....	80
3.6.	UNIVERSO Y MUESTRA.....	81
3.6.1.	UNIVERSO .....	81
3.6.2.	MUESTRA.....	81
3.7.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACIÓN.....	83
3.7.1.	TÉCNICAS DE RECOJO DE INFORMACIÓN.....	83
3.7.2.	INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACIÓN.....	84
3.8.	PROCEDIMIENTOS DE INFORMACIÓN.....	85
3.8.1.	RECOLECCIÓN DE DATOS .....	85
3.8.2.	PROCESAMIENTO DE DATOS.....	88
3.8.3.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	88
<b>CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>		<b>90</b>
4.1.	CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD MÓVIL DE SALUD .....	90
4.2	MECANISMOS DE ARTICULACIÓN DE ACTORES DE SALUD.....	98
4.3	NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES.....	112
4.4	CREENCIAS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO .....	124
4.5	CREENCIAS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE LA UNIDAD MÓVIL.....	129
4.6	PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA COMUNIDAD .....	141
4.7	PATRONES CULTURALES DE LA POBLACIÓN .....	149
<b>CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>		<b>156</b>
<b>ANEXOS.....</b>		<b>162</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>		<b>178</b>

## LISTA DE TABLAS

TABLA 1. POBREZA EN LA RED DE SALUD CUSCO NORTE, 2017.....	29
TABLA 2. POBLACIÓN URBANA Y RURAL EN LA RED CUSCO NORTE, 2017 .....	30
TABLA 3. GRUPOS POBLACIONES EN LA RED CUSCO NORTE, 2017 .....	31
TABLA 4. INDICADORES DEMOGRÁFICOS EN LA RED CUSCO NORTE.....	33
TABLA 5. MORBILIDAD GENERAL, AMBOS SEXOS Y TODAS LAS EDADES, 2017...34	
TABLA 6. MORBILIDAD EN MUJERES Y TODAS LAS EDADES, 2017 .....	35
TABLA 7. NEUMONIA Y DEFUNCIONES EN RED CUSCO NORTE, 2017 .....	36
TABLA 8. MORBILIDAD DURANTE GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO, 2014 .....	37
TABLA 9. MORTALIDAD PERINATAL EN RED CUSCO NORTE 2015-2017 .....	39
TABLA 10. DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, 2016.....	40
TABLA 11. DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, 2013.....	40
TABLA 12. ANEMIA EN MUJERES GESTANTES, 2014.....	40
TABLA 13. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA RED CUSCO NORTE, 2017.....	42
TABLA 14. RECURSOS HUMANOS EN LA DIRESA Y RED CUSCO NORTE, 2012.....	43
TABLA 15. ALCANCE DE LA UMS RED CUSCO NORTE.....	96
TABLA 16. ATENCIONES EN LA UMS RED CUSCO NORTE .....	96

## LISTA DE CUADROS

CUADRO 1. MUESTRA DE ESTUDIO .....	83
CUADRO 2. LISTA DE INFORMANTES CLAVES ENTREVISTADOS .....	87
CUADRO 3. EQUIPAMIENTO MÉDICO DE LA UMS .....	92
CUADRO 4. FUNCIONAMIENTO ESTANDARIZADO DE LA UMS.....	104
CUADRO 5. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS .....	106
CUADRO 6. ROLES COMPARTIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA UMS .....	107
CUADRO 7. ROLES COMPARTIDOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS UMS .....	108
CUADRO 8. ROLES COMPARTIDOS EN LA ESTRATEGIA COMUNICACIONAL .....	109
CUADRO 9. ROLES COMPARTIDOS PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS UMS .....	110
CUADRO 10. RIESGOS LABORALES IDENTIFICADOS.....	134



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 MAPA DEL PERÚ Y DEL DEPARTAMENTO DE CUSCO.....	27
FIGURA 2 MAPA DE LA RED CUSCO NORTE .....	28
FIGURA 3. PIRÁMIDE POBLACIONAL EN LA RED CUSCO NORTE, 2017 .....	32
FIGURA 4. MORTALIDAD MATERNA EN RED CUSCO NORTE 2007-2015 .....	38
FIGURA 5. MORTALIDAD NEONATAL EN RED CUSCO NORTE 2007-2017 .....	38
FIGURA 6. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE RED CUSCO NORTE, 2014 .....	41
FIGURA 7. UNIDAD MOVIL DE SALUD (TOMA LATERAL) .....	57
FIGURA 8. UNIDAD MOVIL DE SALUD (TOMA FRONTAL) .....	57
FIGURA 9. MODELO DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD .....	72
FIGURA 10. AMBIENTES DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD MOVIL DE SALUD.....	90
FIGURA 11. CROQUIS DE LA UNIDAD MOVIL DE SALUD .....	91
FIGURA 12. FLUJO DE ATENCIÓN DE LA GESTANTE.....	94
FIGURA 13. FLUJO DE ATENCIÓN DEL NIÑO MENOR DE 3 AÑOS.....	95
FIGURA 14. RED DE SALUD CUSCO NORTE.....	175
FIGURA 15. VEHICULO MOTORIZADO DE LA UNIDAD MOVIL DE SALUD .....	175
FIGURA 16. COMUNIDAD DE CUYO CHICO (PISAC, CUSCO) .....	176
FIGURA 17. PUESTO DE SALUD CUYO CHICO (PISAC, CUSCO) .....	176
FIGURA 18. DISTRITO DE ZURITE (ANTA, CUSCO).....	177
FIGURA 19. PUESTO DE SALUD ZURITE (ANTA, CUSCO).....	177



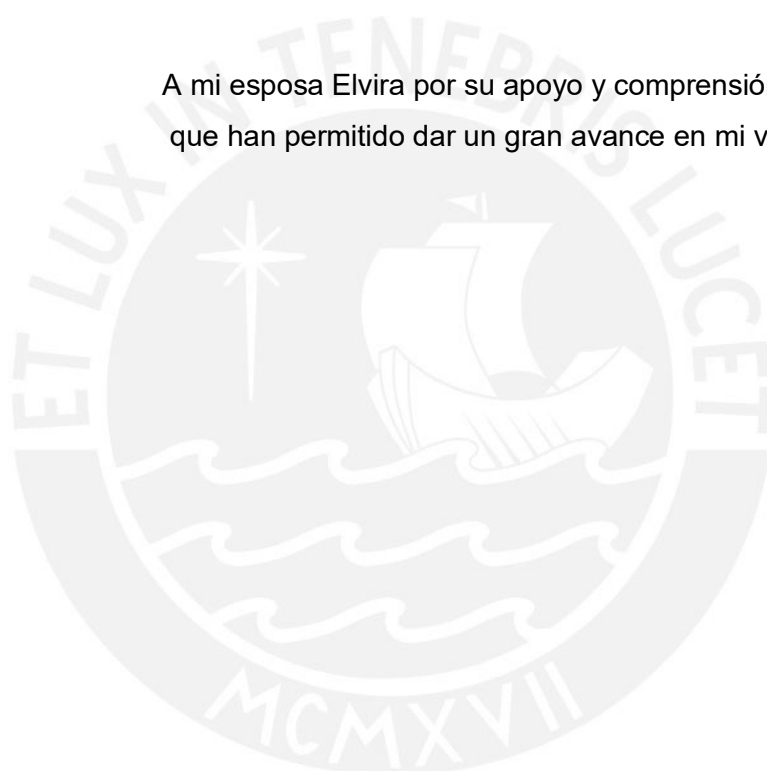
## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero expresar un sincero agradecimiento al personal de la Dirección Regional de Salud Cusco, al personal de la Dirección de Red de Salud Cusco Norte, al personal y agentes comunitarios del Puesto de Salud Cuyo Chico y el Puesto de Salud Zurite, quienes me apoyaron con sus conocimientos y brindaron todas las facilidades para el desarrollo de esta investigación.



## DEDICATORIA

A mi esposa Elvira por su apoyo y comprensión incondicional que han permitido dar un gran avance en mi vida profesional



## SIGLAS Y ABREVIATURAS

AISPED	Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas
ASIS	Análisis Situacional de Salud
DIRESA	Dirección Regional de Salud
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
KOIKA	Agencia de Cooperación Internacional de Corea del Sur
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PS	Puesto de Salud
ROF	Reglamento de Organización y Funciones
SIS	Seguro Integral de Salud
UMS	Unidad Móvil de Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## INTRODUCCIÓN

La falta de acceso de las poblaciones rurales a los servicios de salud es uno de los principales problemas que afecta al sector salud. Esta falta de acceso se relaciona con diferentes aspectos como las grandes distancias geográficas, la carencia de vías de comunicación apropiadas, la falta de regularidad en los medios de transporte, las condiciones climáticas extremas, la difícil topografía y la insuficiente oferta de establecimientos de salud, entre otras razones. En la región Cusco el 39.3% de la población es rural, siendo este porcentaje mayor en las provincias de Urubamba (48.4%), Calca (55.2%) y Anta (69.9%) en el ámbito de la Red Cusco Norte. Las zonas más alejadas se encuentran en Calca y Anta.

La Red Cusco Norte ha implementado una Unidad Móvil de Salud (UMS), que es un servicio de salud itinerante que cuenta con un vehículo adaptado para brindar consultas de ecografía, atención odontológica y un servicio de laboratorio. El equipo profesional está conformado por un médico, un odontólogo y un biólogo. Esta iniciativa tiene sus orígenes cuando la Dirección Regional de Salud Cusco transfirió la UMS a la Red Cusco Norte en julio del 2014. Desde entonces la Red ha sido responsable de administrar la UMS, lo que incluye la contratación de personal, la programación de sus actividades y las acciones de soporte logístico y mantenimiento del vehículo.

La presente investigación tiene como objetivo identificar los aspectos facilitadores o limitantes del funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud como estrategia para mejorar el acceso a servicios de salud de las poblaciones rurales de la jurisdicción de la Red Cusco Norte, en el periodo 2014 al 2018. Se analizan los mecanismos de articulación entre la Red de Salud, el equipo profesional de la UMS y el establecimiento de salud, el análisis del nivel de participación de los actores sociales locales, el análisis de las creencias y actitudes del personal de los establecimientos de salud y la Unidad Móvil de Salud, así como el análisis de la percepción de los usuarios y los patrones culturales de la comunidad, con la finalidad de proponer acciones de mejora en la UMS.

La investigación es un estudio de caso de tipo exploratorio y cualitativo, y tuvo como única unidad de análisis el proceso de funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud de la Red Cusco Norte. Las fuentes de información fueron los funcionarios de la Red Cusco Norte, el personal de la Unidad Móvil de Salud, el personal de los establecimientos salud visitados por la UMS, los pobladores de las comunidades intervenidas por la UMS. Además, se revisó documentación del MINSA, DIRESA Cusco, la Red Cusco Norte y la UMS.

Los resultados de la investigación se encuentran organizados en cinco capítulos. El capítulo uno recoge el problema, las preguntas de investigación, su justificación y los objetivos del estudio. El capítulo dos revisa el marco teórico, los enfoques transversales de la investigación, el diagnóstico situacional, el marco normativo, la descripción del proyecto, investigaciones relacionadas y conceptos claves. El capítulo tres aborda el diseño metodológico, la unidad de análisis, las variables e indicadores, fuentes de información, técnicas e instrumentos y los procedimientos de recolección y análisis. El capítulo cuatro presenta los resultados y discusión. El capítulo cinco revisa las conclusiones y recomendaciones. La sección final presenta los anexos y la bibliografía.

Los hallazgos evidencian un alto grado de articulación entre la Red Cusco Norte, el equipo profesional de la UMS y el establecimiento de salud, bajo una lógica vertical y jerárquica. Los mecanismos de articulación identificados son los dispositivos de adaptación mutua y la estandarización de los procesos de trabajo y de resultados de la UMS. El nivel de participación de los actores sociales locales bajo una lógica horizontal y de participación social es bajo. Los niveles de participación identificados son el acceso a información muy básica de la UMS y la cooperación a través de experiencias de voluntariado con agentes comunitarios y el apoyo eventual de las municipalidades distritales. No se cuenta con espacios de coordinación multisectorial donde los actores sociales puedan coordinar temas sobre la UMS, ni se cuenta con una estrategia de participación ciudadana.

Los trabajadores de los establecimientos de salud tienen una percepción positiva del rol de apoyo de la UMS para lograr las metas sanitarias. Asimismo, los trabajadores de la UMS tienen una percepción positiva de su contribución y compromiso con la UMS. No obstante, tienen la percepción de que su trabajo es temporal y que las condiciones laborales se están deteriorando progresivamente.

Los usuarios de la comunidad tienen una percepción positiva de la UMS y se encontró buena aceptación al vehículo de la UMS; sin embargo, a los usuarios les preocupa la falta de continuidad en la atención de los pacientes y las barreras administrativas que restringen el acceso de los usuarios que no pertenecen a los grupos priorizados. El uso del quechua por parte del personal de salud y el apoyo de los promotores de salud como traductores locales del quechua ha facilitado la atención de los pacientes de la UMS.

Finalmente, el estudio recomienda implementar una unidad de coordinación en la Red y un comité técnico para la coordinación multisectorial e interinstitucional con los gobiernos locales, ONGs, instituciones públicas de otros sectores y todos los actores sociales del nivel local vinculados con los objetivos de la UMS. Asimismo, se sugiere la elaboración de una estrategia de participación ciudadana y la implementación de convenios de cooperación con los gobiernos locales. También se recomienda el desarrollo de un perfil de competencias del personal de la UMS, la implementación de un plan de inducción y capacitación del personal de salud de la UMS y los establecimientos de salud, y el desarrollo de una estrategia de incorporación de la pertinencia cultural en la atención de la UMS.

## **CAPÍTULO 1.      PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Problema de estudio**

En el Perú las poblaciones de pequeños centros poblados en zonas rurales, tienen pocas posibilidades de acceder a los servicios de salud debido a las grandes distancias, la carencia de vías de comunicación apropiadas, la falta de regularidad en los medios de transporte, la insuficiente oferta de servicios de salud, las condiciones climáticas extremas, la difícil topografía, entre otras razones (Eyzaguirre, Fallaque y Lou 2007: 15).

El sector salud presenta una brecha importante de recursos humanos, que para el 2014 fue estimada en 2,015 médicos generales y 29,881 profesionales de la salud no médicos (Núñez 2015: diapositiva 2). Asimismo, el déficit de infraestructura sanitaria para el periodo 2014-2019 ha sido estimado en aproximadamente 15,856 millones de nuevos soles (Organización Panamericana de la Salud 2015a: 4). Esta situación refleja la existencia de problemas de acceso a los servicios de salud, que es más evidente en las zonas rurales del país.

El Estado tiene el mandato de llevar los servicios de salud hacia toda la población; sin embargo, constituye un gran desafío acercar los servicios a las localidades más alejadas, pues demanda un gran esfuerzo de organización y una importante inversión en recursos humanos y logísticos. Con el propósito de enfrentar este desafío, en el sector salud se han ensayado diversas experiencias que combinan la expansión de la oferta fija de los establecimientos de salud y la estrategia de oferta itinerante con diferentes modalidades como las brigadas de salud, las unidades de transporte con consultorios adaptados, los hospitales de campaña, entre otros (Barzola-Cordero et al 2011: 353).

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del año 2011, del total de personas que no consultaron a pesar de haber padecido algún problema de salud, el 3.9% no lo hizo porque el establecimiento se

encontraba “lejos”. Asimismo, al desagregar estos datos por ubicación geográfica, se reporta que la cantidad de personas que no consultaron por considerar la distancia como principal razón fue una cifra mayor en el medio rural (72.2%), pero fue mucho menor en Lima Metropolitana (6.3%) y el resto urbano (21.4%) (Organización Panamericana de la Salud 2015b: 105, 107).

Las poblaciones rurales más alejadas son alcanzadas principalmente por servicios de oferta itinerante que considera el desplazamiento de profesionales de la salud y recursos tecnológicos a los lugares más remotos. Actualmente, en el país existen diversas modalidades de oferta itinerante como los equipos de atención integral en salud a poblaciones excluidas y dispersas (AISPED) del Ministerio de Salud, el Hospital Perú del Seguro Social, las brigadas de médicos especialistas, las clínicas móviles, entre otras intervenciones. La puesta en marcha de una estrategia de oferta flexible requiere de una adecuada articulación entre el financiador (Ministerio de Salud, Seguro Integral de Salud, gobierno regional, entre otros) y la red de servicios de salud, por lo que, en algunas regiones, esta estrategia ha tenido dificultades y en otras regiones ha sido exitosa.

En el departamento de Cusco, el Gobierno Regional, a través de su Dirección Regional de Salud (DIRESA), ha desarrollado la estrategia de unidades móviles de salud para atender a las localidades rurales del departamento. Al respecto, la DIRESA dispone de cuatro Unidades Móviles de Salud (UMS) que operan desde el 2014 y que han sido transferidas a sus cuatro Direcciones de Redes de Salud (Cusco Norte, Cusco Sur, Canas-Canchis-Espinar y La Convención).

Las UMS son vehículos motorizados que han sido acondicionados y equipados para brindar los servicios de consulta médica, odontología, ecografía y laboratorio; y que complementan la oferta fija de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. En su ruta de atención abarcan entre 3 a 7 establecimientos, lo cual cubre una población objetivo de aproximadamente 1,000 habitantes, en un intervalo de 10 a 20 días.



Cada Dirección de Red de Salud administra una UMS y es responsable de la planificación anual de las rutas de intervención, la ejecución del cronograma de salidas, la operación y mantenimiento del vehículo, la movilización de profesionales de la salud y el soporte logístico. El establecimiento de salud proporciona los medicamentos e insumos para la atención que usará la UMS. Además, hace difusión a la comunidad y brinda facilidades durante la jornada de atención de la UMS, en coordinación con la Microrred de Salud de su jurisdicción (Organización Panamericana de la Salud 2018e).

Con la finalidad de identificar y analizar los aspectos facilitadores o limitantes del funcionamiento de las Unidades Móviles de Salud, se seleccionó como estudio de caso la Unidad Móvil de Salud administrada por la Dirección de Red de Salud Cusco Norte en el departamento de Cusco, Perú.

## **1.2. Preguntas de investigación**

### **Pregunta general**

¿Cuáles son los aspectos facilitadores o limitantes del funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud implementada por la Red de Salud Cusco Norte como estrategia para mejorar el acceso a servicios de salud integrales de las poblaciones rurales de su jurisdicción?

### **Preguntas específicas**

- 1) ¿Cuáles son los mecanismos de articulación entre la Red de Salud y los establecimientos de salud para el funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud?
- 2) ¿Cuál es el nivel de participación de los actores sociales involucrados en el funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud?

- 3) ¿Cuáles son las creencias y actitudes del personal de los establecimientos de salud y del personal de la Unidad Móvil de Salud en relación a esta intervención?
- 4) ¿Qué percepción tienen los usuarios de la comunidad sobre la Unidad Móvil de Salud como estrategia que está contribuyendo a mejorar su salud?
- 5) ¿Cuáles son los patrones culturales de la población para la aceptación de la Unidad Móvil de Salud?

### **1.3. Justificación**

Las comunidades más alejadas se encuentran en una situación de exclusión social debido a su aislamiento geográfico y las condiciones de pobreza en que viven, además de las diferencias culturales que condicionan a que ciertos grupos étnicos no se acerquen a los servicios de salud por el temor al rechazo y el maltrato por parte del personal de salud. Esta exclusión es una negación de sus derechos ciudadanos de acceder a los servicios básicos, participar del desarrollo de la sociedad y gozar de sus beneficios en igualdad de condiciones.

El Estado tiene el mandato de llevar los servicios de salud hacia toda la población; sin embargo, constituye un gran desafío acercar los servicios a las localidades más remotas, pues demanda un gran esfuerzo de organización y una importante inversión en recursos humanos y logísticos. Con el propósito de enfrentar este desafío, el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales han ensayado diversas experiencias que combinan la expansión de la oferta fija de establecimientos de salud del primer nivel y la estrategia de oferta itinerante a través de brigadas de salud, que se han implementado en todo el país, con diferentes modalidades de alcance y composición.

En esta investigación, analizamos las relaciones que se establecen entre la red de servicios y el establecimiento de salud, el nivel de participación

de los diferentes actores sociales locales, las creencias y actitudes del personal de salud, la percepción de los usuarios externos y los patrones culturales de la comunidad. La investigación busca comprender cómo interactúan estos elementos para facilitar o limitar las actividades que desarrolla la Unidad Móvil de Salud en su propósito de mejorar el acceso de las personas a los servicios de salud.

La presente investigación se enmarca en el campo de la gerencia social porque apunta a generar información relevante para orientar el diseño y desarrollo de intervenciones que buscan que la población excluida geográficamente tenga acceso a servicios de salud. En el país se están impulsando diferentes estrategias de oferta itinerante que han sido adaptadas a la realidad local y que han logrado resolver en parte las necesidades de salud de la población objetivo. No obstante, es necesario identificar y analizar los factores que facilitan o limitan la organización y el funcionamiento de la estrategia de unidades móviles de salud en la Red Cusco Norte. Con los hallazgos, se proponen mejoras al proceso de implementación de esta estrategia.

#### **1.4. Objetivos**

##### **Objetivo general**

Identificar los aspectos facilitadores o limitantes del funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud implementada por la Red de Salud Cusco Norte como estrategia para mejorar el acceso a servicios de salud integrales de las poblaciones rurales de su jurisdicción, a través de un estudio de caso, en el periodo 2014-2018.

##### **Objetivos específicos**

- a. Conocer y analizar los mecanismos de articulación entre la Red de Salud y el establecimiento de salud para el funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud.

- b. Determinar el nivel de participación de los actores sociales involucrados en el funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud.
- c. Conocer y analizar las creencias y actitudes del personal del establecimiento de salud y de la Unidad Móvil de Salud en relación a esta intervención.
- d. Conocer y analizar la percepción de los usuarios de la comunidad sobre la Unidad Móvil de Salud como estrategia que está contribuyendo a mejorar su salud.
- e. Conocer y analizar los patrones culturales de la población para la aceptación de la Unidad Móvil de Salud.
- f. Proponer acciones que contribuyan a mejorar el funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud.



## **CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Enfoques transversales de la investigación**

#### **2.1.1. Enfoque de derechos**

La presente investigación se desarrolla bajo las orientaciones conceptuales del enfoque de derechos, que permite entender la salud como un derecho fundamental de las personas y, de otro lado, permite reconocer la responsabilidad que tiene el Estado de establecer políticas públicas que aseguren el acceso a los servicios de salud a toda la población, incluyendo los grupos poblacionales que habitan en zonas alejadas y dispersas.

Los derechos humanos le pertenecen al hombre por su condición humana y son el resultado de un conjunto de condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que confluyen en un determinado momento de la historia moderna (Benavides 2012: 28). Según Pérez-Luño, “los derechos humanos suelen venir entendidos como un conjunto de facultades e instituciones que, en cada momento histórico, concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humanas, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional” (Pérez-Luño 2004: 44-46).

En ese sentido, considera que los derechos humanos están reconocidos en declaraciones y convenciones internacionales, mientras que los derechos fundamentales son aquellos derechos humanos que están garantizados en la norma constitucional y la legislación interna de los países.

Los derechos humanos son una conquista reciente de la historia moderna, que tiene como hito histórico la aprobación en 1948 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* por parte de los Estados miembro de las Naciones Unidas, que reconoce en todo individuo los siguientes

derechos sociales vinculados con la salud, tal como se describe a continuación:

Artículo 22°.- Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 25°.-

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social (Asamblea General de las Naciones Unidas 1948).

En la Conferencia Sanitaria Internacional de 1946, los representantes de 61 Estados adoptaron la *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* que establece un importante precedente al reconocer que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud 1946: párrafo 1). Asimismo, este instrumento señala que “los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas” (Organización Mundial de la Salud 1946: párrafo 9).

En la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1966, los Estados miembros adoptaron el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC), un tratado vinculante que señala la necesidad de crear condiciones adecuadas que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales. En relación a los derechos sociales, el Pacto reconoce el derecho a la salud física y mental y deja constancia de la responsabilidad de los Estados de proteger este derecho, tal como se describe en las siguientes disposiciones:

## Artículo 12°

1. Los Estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
  - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
  - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
  - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
  - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (Asamblea General de las Naciones Unidas 1966).

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de 1978, los países suscribieron la Declaración de Alma Ata, por la cual reconocen que la salud es un “derecho humano fundamental” y un “objetivo social” cuya realización exige la intervención del Estado y de otros sectores sociales y económicos, además del sector salud, ya que la mejora del estado de salud implica el abordaje de los determinantes sociales de la salud (Organización Mundial de la Salud 1978: sección I). Desde entonces, se están implementando en los países diferentes estrategias para mejorar el acceso universal a los servicios de salud, con particular énfasis en las poblaciones vulnerables.

La Constitución Política del Perú representa el pacto social entre el Estado y la sociedad, la misma que reconoce que toda persona tiene el derecho a la vida y la protección de su salud, y que el Estado es responsable de fijar la política nacional de salud y de facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud (Congreso de la República 1993: artículos 2°, 7° y 9°). Por su parte, la *Ley General de Salud* establece que “es de interés público la provisión de los servicios de salud” y que “es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población” y “la provisión de servicios de

atención médica con arreglo a principios de equidad” (Congreso de la República 1997: título preliminar VI).

En el Perú, las políticas públicas en salud han buscado priorizar la atención de las poblaciones pobres y vulnerables y de reducir la inequidad en el acceso a los servicios de salud y su financiamiento. En ese contexto, se ha dado diferentes políticas, como el aseguramiento universal en salud, el fortalecimiento del primer nivel de atención y la descentralización del sector salud, con la finalidad de mejorar el acceso a los servicios de salud.

Frisancho y Goulden (2008:2008), al revisar la experiencia del ejercicio de los derechos en salud en el Perú, encuentran que existe la necesidad de trabajar, por un lado, la oferta de los derechos en salud con políticos, autoridades y proveedores de servicios de salud; y del otro lado, la demanda de los derechos en salud con los ciudadanos organizados que tienen mayor capacidad de exigir y negociar sus derechos.

En la perspectiva del enfoque del desarrollo territorial, la experiencia de la Unidad Móvil de Salud de la Red Cusco Norte nos muestra una intervención del Estado que busca cumplir con el derecho de las personas a tener acceso a los servicios de salud. No obstante, es un desafío para el Estado llevar atención de salud a zonas rurales por las difíciles condiciones geográficas y las limitaciones logísticas. En ese sentido, la investigación busca comprender cuál ha sido el rol de los actores del Estado para asegurar la entrega del servicio de salud prestado por la Unidad Móvil de Salud. También se estudia el rol de los ciudadanos y otros actores sociales en la vigilancia del cumplimiento de este derecho a la salud y su participación en la gestión de este servicio.

### **2.1.2. Enfoque de desarrollo territorial**

El enfoque de desarrollo territorial es otro elemento conceptual que orientará la presente investigación, ya que se parte del reconocimiento de la existencia de un vínculo entre el desarrollo territorial local y el acceso a servicios de salud y condiciones de vida adecuadas. La presente



investigación toma como punto de partida la intervención del Estado de llevar servicios públicos a una zona alejada y de esta manera contribuir a mejorar el desarrollo local.

Según Di Méo (2001: 275, citado en Beuf y Rincon 2017: 9) “el territorio se define como la expresión global de lo espacial, lo social y lo vivido, como una temporalidad más o menos frágil, como el encuentro del significante y del significado, de lo material y lo inmaterial [...]. El territorio podría constituir una suerte de categoría superior para la geografía social y cultural”. Teniendo en consideración este concepto, el territorio es mucho más que el suelo físico, ya que involucra elementos simbólicos, experiencias vivenciales, redes sociales, desarrollo económico y una identidad local.

El territorio también es un eje estructurante de las desigualdades sociales entre las diferentes localidades al interior de un país, siendo evidente que las desigualdades territoriales se vinculan con el incremento de la pobreza, la falta de acceso a servicios como salud y educación y otros servicios básicos (electricidad, agua potable y saneamiento). Por consiguiente, el “lugar importa”, pues no da lo mismo nacer o vivir en cualquier localidad, ya que nacer o vivir en “territorios rezagados” influirá en el acceso a oportunidades y una calidad de vida (Comisión Económica para América Latina y el Caribe 2016: 62).

Según Casalis (2009), el desarrollo local se puede entender como “un proceso complejo, que es producto de una construcción colectiva a nivel local, que tiene como objetivo movilizar los recursos del territorio en torno de un proyecto común e incluir al conjunto de la población. Supone una perspectiva integral del desarrollo, es decir, que incluye la dimensión social, política, ambiental, cultural, el perfil productivo, etc” (2009: 1). A partir, de este concepto, podemos comprender la importancia que tiene el mejoramiento del acceso a los servicios de salud en el desarrollo local.

Un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe incluye el siguiente concepto de desarrollo local:

El desarrollo local, entendido como un proceso desde abajo hacia arriba, pone en movimiento el potencial endógeno para construir territorios con una mayor creación y movilización de las capacidades propias. Las sinergias entre los agentes públicos y privados, entre los distintos niveles de gobierno, y entre los sectores productivos locales y los mercados más amplios son un componente esencial para activar el desarrollo territorial. Estos esfuerzos deben complementarse con los esfuerzos nacionales que, a través de las políticas de descentralización y asignación territorial de recursos, tratan de potenciar el desarrollo de las regiones más rezagadas y atender sus necesidades más apremiantes (Comisión Económica para América Latina y el Caribe 2010: 148).

En la perspectiva del enfoque del desarrollo territorial, se puede comprender la contribución de la Unidad Móvil de Salud de la Red Cusco Norte en la mejora de la calidad de vida de los habitantes de las zonas rurales, al tratarse de una intervención que mejora el acceso de las personas a los servicios de salud. Sin embargo, es un reto para el Estado implementar estrategias para favorecer el desarrollo social y económico de territorios rurales que siempre están rezagados y cuyos problemas de salud reflejan la inequidad social que afronta su población. Asimismo, se debe considerar la percepción que tienen los usuarios y los prestadores sobre la importancia que ha tenido esta intervención sanitaria en la mejora de la calidad de vida y en el acceso a servicios básicos de salud.

## **2.2. Diagnóstico situacional**

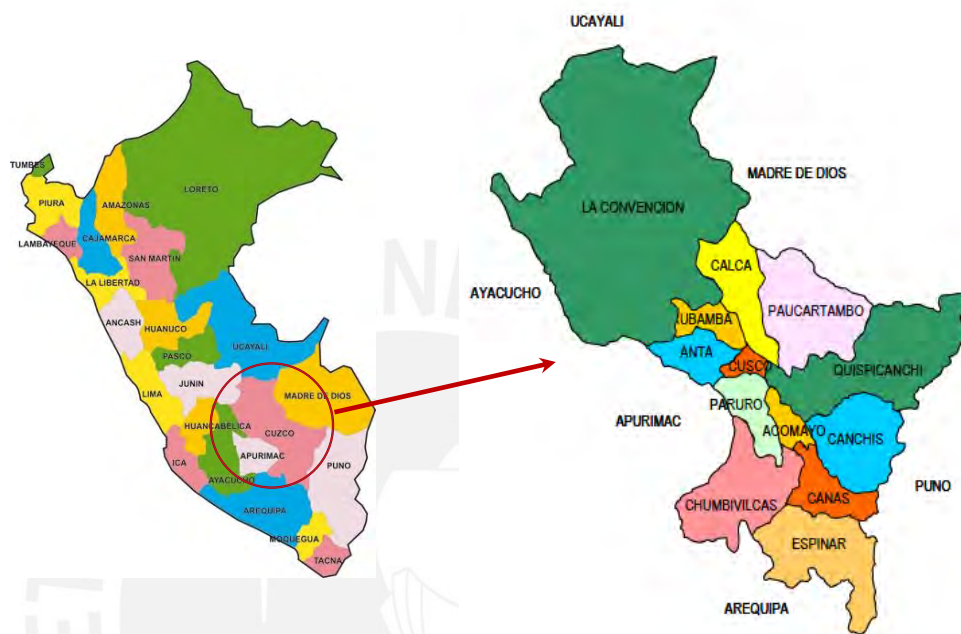
### **2.2.1. Situación geográfica**

El departamento de Cusco está ubicado en la parte suroriental del Perú. Limita al norte con los departamentos de Junín y Ucayali; al este, con los departamentos de Madre de Dios y Puno; al oeste, con los departamentos de Apurímac y Ayacucho; y al sur, con los departamentos de Arequipa y Puno (Figura 1).

Su territorio está constituido por una zona de selva en la parte norte y una zona de sierra en la parte sur del departamento. El departamento de Cusco cuenta con 13 provincias y 108 distritos. Su capital es la ciudad de Cusco (3,360 msnm). Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática

(INEI), para el 2015, el departamento de Cusco contaba con una población de 1'316,729 habitantes.

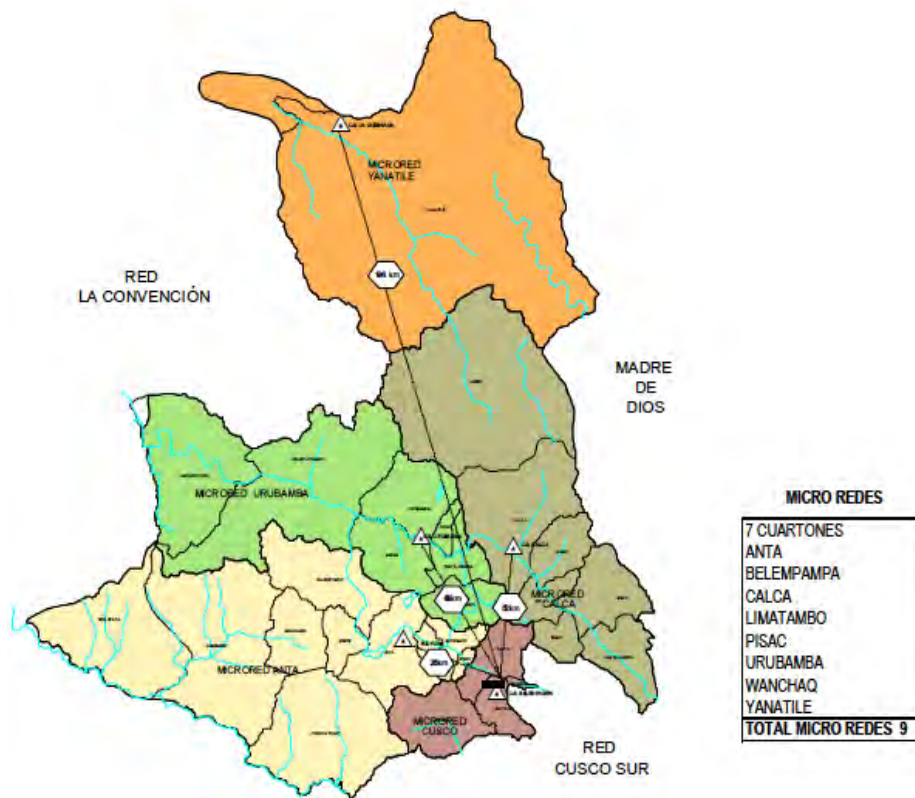
**Figura 1 Mapa del Perú y del departamento de Cusco**



Fuente: Extraído de DIRESA Cusco (2013a: 4).

La Red de Salud Cusco Norte comprende las 4 provincias de Anta, Calca, Cusco y Urubamba, que incluye 29 distritos y 4 anexos, con una superficie geográfica de 7,317.35 Km<sup>2</sup>. Cabe señalar que los distritos de San Jerónimo, San Sebastián y Saylla de la provincia de Cusco pertenecen al ámbito jurisdiccional de la Red de Salud Cusco Sur. La Red Cusco Norte limita por el Norte con la Red la Convención, por el Este con la Región Madre de Dios, por el Sur con la Red Cusco Sur y por el Oeste con la Región Apurímac y la Red Cusco Sur (Figura 2).

**Figura 2 Mapa de la Red Cusco Norte**



Fuente: Extraído de Red Cusco Norte (2016:12).

## 2.2.2. Situación socioeconómica

### Actividades economicas

Las provincias de Anta, Calca y Urubamba se dedican principalmente a la agricultura. Se destaca la producción de maíz, hortalizas, papa y legumbres, además de la ganadería. Estas provincias comparten un espacio geoeconómico alrededor del valle interandino del Cusco. La provincia de Cusco, donde se ubica la ciudad capital, es el principal centro geoeconómico del departamento donde se desarrollan actividades vinculadas con la industria, los servicios públicos y el comercio. Cabe destacar que en las cuatro provincias se desarrolla una intensa actividad turística.

### Línea de pobreza

En las provincias que conforman el ámbito de la Red Cusco Norte, se aprecia que la mayor pobreza total y pobreza extrema se concentra en las provincias de Anta y de Calca, que son los más distantes y rurales de esta jurisdicción; sin embargo, se observa que el mayor gasto e inversión de las instituciones públicas de los tres niveles de gobierno se concentra en las otras dos provincias de Cusco y Urubamba (Tabla 1).

**Tabla 1. Pobreza en la Red de Salud Cusco Norte, 2017**

PROVINCIAS	POBLACIÓN 2017	POBREZA TOTAL <sup>1</sup>		POBREZA EXTREMA <sup>1</sup>		DEVENGADO PER CAPITA <sup>2</sup>
	(estimada)	Nº	%	Nº	%	
ANTA	56,571	17,298	30.6	3,318	5.9	2,204
CALCA	74,797	23,560	31.5	5,486	7.3	2,399
CUSCO	458,870	22,536	4.9	1,310	0.3	5,034
URUBAMBA	65,410	10,968	16.8	1,479	2.3	3,755

Fuente: Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (2017:10).

Notas:

1. El número de personas en situación de pobreza monetaria ha sido calculado multiplicando el promedio de los márgenes de error del intervalo de confianza de la incidencia de pobreza monetaria de cada unidad territorial para el año 2013 por el número estimado de habitantes para el año 2017. Estimado en base al Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2013.

2. El devengado per cápita es el gasto que las instituciones públicas de los tres niveles de gobierno han realizado, en promedio, por cada habitante en un determinado territorio. Estimado con datos de la Consulta Amigable del Ministerio de Economía y Finanzas al 31 de diciembre de 2017.

### Ruralidad

Según los resultados del Censo Nacional 2017 (Instituto Nacional de Estadística e Informática 2018: 25), el 60,7% de la población en el departamento de Cusco pertenece al área urbana y el 39,3% corresponde al área rural. A nivel de la Red Cusco Norte, encontramos que existe una mayor ruralidad en las provincias de Anta (69.9%) y Calca (55.2%), siendo un poco en menor esta ruralidad en Urubamba. En cambio, existe un predominio urbano en la provincia de Cusco, donde se encuentra la ciudad capital del departamento (Tabla 2).

**Tabla 2. Población urbana y rural en la Red Cusco Norte, 2017**

Provincias	Total población	Urbano		Rural	
		Nº	%	Nº	%
Anta	56,206	16,907	30.1	39	69.9
Calca	63,155	28,308	44.8	34,847	55.2
Cusco	447,588	432,662	96.7	14,926	3.3
Urubamba	60,739	31,351	51.6	29,388	48.4
Region	1,205,527	731,252	60.7	474,275	39.3

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2017 (INEI 2018:25).

### **Analfabetismo**

Según el del Censo Nacional del 2017 (Instituto Nacional de Estadística e Informática 2018: 37), en el departamento de Cusco, el 11.0% de la población es analfabeta y es mayor el numero de mujeres analfabetas (16,5%) que hombres analfabetos (5,4%); asimismo, es mayor en el área rural (20,9%) que en el área urbana (4,9%). En el caso de la población de la Red Cusco Norte, se aprecia que existe un mayor analfabetismo en las provincias de Anta (14.7%), Calca (18.0%) y Urubamba (10.3%), siendo mucho menor en la provincia de Cusco (3.2%).

### **Idioma o lengua materna**

Según el Censo Nacional del INEI 2017 (Instituto Nacional de Estadística e Informática 2018: 38), en el departamento de Cusco, el 55.25% de la población de 5 y más años de edad reportó que el idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez es el quechua, seguido del 41,83% de la población que declaró haber aprendido castellano. En el caso de la población de la Red Cusco Norte se aprecia un alto porcentaje de población que aprendió el quecha como lengua materna en su niñez en las provincias de Anta (68.2%), Calca (72.6%) y Urubamba (58.9%). En la provincia de Cusco, es menor el porcentaje (37.7%).

### 2.2.3. Situación sanitaria

#### Población

En el 2017, la población de la Red de Salud Cusco Norte fue de 492,656 habitantes, la población de varones representó el 49.9% y la población de mujeres el 50.1%. Se estimó una población de 7,876 gestantes y 7,876 nacimientos en el año (Tabla 3). El 57% de la población de la Red Cusco Norte está concentrada en la ciudad de Cusco, que incluye el distrito de Cusco cercado y los distritos periféricos de Wanchaq y Santiago, los cuales son urbanos y urbano-marginal. Los 11 distritos focalizados por el Fondo para la Inclusión Económica en Zonas Rurales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS 2016) están ubicados en Ccorca, Anta, Ancahuasi, Huarcondo, Coya, Lamay, Lares, Pisac, San Salvador, Yanatile y Ollantaytambo. Según la priorización establecida por el MINSA, las zonas más alejadas de la Red Cusco Norte se ubican en el Distrito de Yanatile, provincia de Calca y el Distrito de Ancahuasi, provincia de Anta (Ministerio de Salud 2013a). Ver Anexo 1

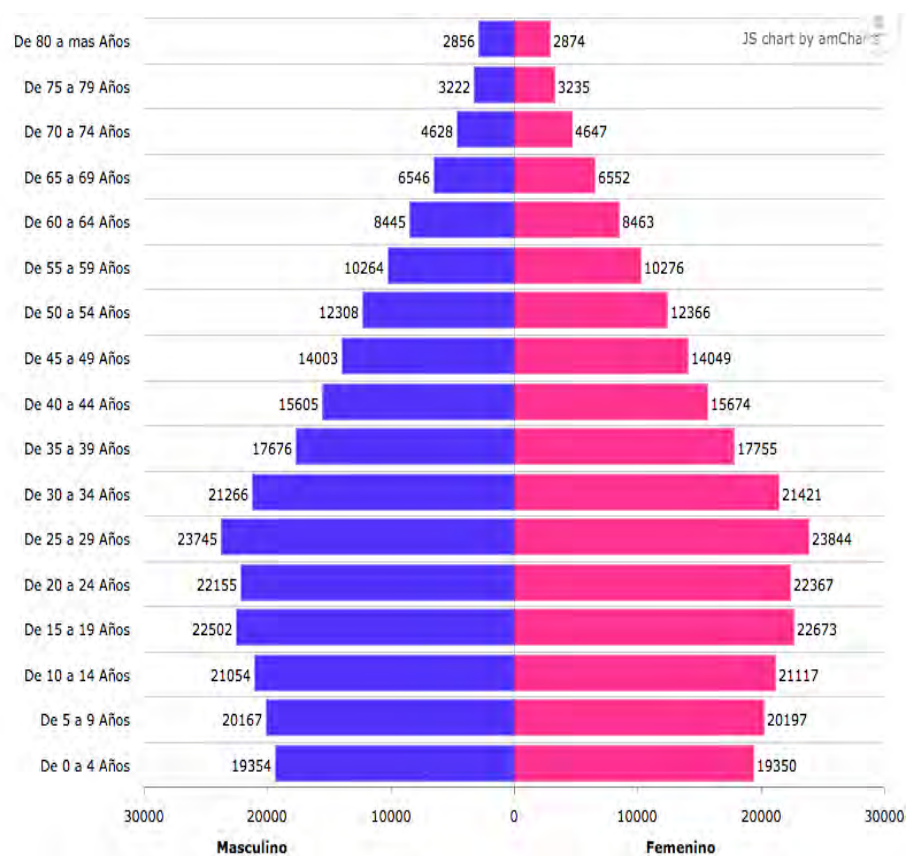
**Tabla 3. Grupos poblacionales en la Red Cusco Norte, 2017**

Grupos poblacionales	Población
Población total	492, 656
Población varones (49.9%)	245,796
Población mujeres (50.1%)	246,860
Mujeres 10-49 años	158,900
Gestantes	10,708
Nacimientos	7,876
Niños de 28 días	585
Niños de 6-11 meses	3,803
Niños de 0-5 meses	3,774

Fuente: Reporte estadístico de la Red Cusco Norte (2017a)

La pirámide poblacional de la Red Cusco Norte tiene un perfil muy interesante, pues se aprecia que el mayor segmento poblacional se encuentra en el grupo de 15 a 34 años de edad, lo que representa una importante población económicamente activa y población en edad fértil, tanto en varones como en mujeres. Le sigue a este grupo el segmento de 5 a 14 años, con similar proporción entre varones y mujeres (Figura 3).

**Figura 3. Pirámide poblacional en la Red Cusco Norte, 2017**



Fuente: Extraído del reporte estadístico de la Red Cusco Norte (2017b).



Los indicadores demográficos de la Red Cusco Norte para el periodo 2010-2015, se caracterizan por presentar una tasa global de fecundidad de 2.7 hijos por mujer y una tasa bruta de natalidad de 22.3 nacimientos por 1,000 habitantes. Mientras que la tasa de mortalidad infantil es de 51 niños menores de 1 año fallecidos por 1,000 nacidos vivos y la esperanza de vida al nacer es de 66.3 años, promedio que es mayor en mujeres (68.8 años) y menor en varones (63.8 años). La tasa bruta de mortalidad es de 8.4 defunciones por 1,000 habitantes (Tabla 4).

**Tabla 4. Indicadores demográficos en la Red Cusco Norte**

INDICADOR DEMOGRÁFICO	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
Tasa global de fecundidad (hijos x mujer)	3.9	3.4	3.0	2.7
Tasa bruta de natalidad (x 1,000 hab)	28.8	25.9	24.0	22.3
Tasa bruta de mortalidad (x 1,000 hab)	10.6	9.7	9.0	8.4
Tasa de mortalidad infantil (x 1,000 nv)	73	65	58	51
Esperanza de vida al nacer (años)	60.2	62.3	64.3	66.3
Esperanza de vida al nacer en mujeres (años)	62.4	64.6	66.7	68.8
Esperanza de vida al nacer en hombres (años)	58.0	60.0	61.9	63.8

Fuente: INEI, Oficina Región Cusco (Citado en Red Cusco Norte 2016a: 41).

### **Morbilidad general**

En la población general, de ambos sexos y de todas las edades, de la Red de Salud Norte se observa que aún predominan las infecciones respiratorias agudas (faringitis, rinofaringitis, faringo amigdalitis), las enfermedades de la cavidad bucal (caries, gingivitis, otras enfermedades de los dientes), infecciones uro-genitales (flujo vaginal, infección urinaria) y las enfermedades diarreicas agudas (gastroenteritis) (Tabla 5).

**Tabla 5. Morbilidad general, ambos sexos y todas las edades, 2017**

<b>Nº</b>	<b>ENFERMEDADES CIE-X (GENERAL)</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
1	Faringitis aguda, no especificada	23,018	9.6
2	Caries de la dentina	21,672	9.1
3	Rinofaringitis aguda, rinitis aguda	11,091	4.6
4	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	10,291	4.3
5	Gingivitis aguda	9,523	4.0
6	Faringo amigdalitis aguda	9,506	4.0
7	Otras gastroenteritis y colitis no especificadas de origen infeccioso	7,260	3.0
8	Lumbago no especificado	6,442	2.7
9	Otras enfermedades especificadas de tejidos duros de los dientes	6,050	2.5
10	Síndrome de flujo vaginal	5,600	2.3

Fuente: Reporte estadístico de la Red Cusco Norte (2017c).

En la población general de mujeres de la Red de Salud Norte, predominan las enfermedades de la cavidad bucal, las infecciones respiratorias agudas, las infecciones vaginales y las infecciones de las vías urinarias (Tabla 6).

**Tabla 6. Morbilidad en mujeres y todas las edades, 2017**

<b>Nº</b>	<b>ENFERMEDADES CIE-X (MUJERES)</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
1	Caries de la dentina	14,987	9.8
2	Faringitis aguda, no especificada	13,037	8.5
3	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	8,938	5.8
4	Rinofaringitis aguda, rinitis aguda	6,305	4.1
5	Gingivitis aguda	6,055	4.0
6	Síndrome de flujo vaginal	5,597	3.7
7	Faringo amigdalitis aguda	5,467	3.6
8	Adiposidad localizada	4,231	2.8
9	Lumbago no especificado	4,167	2.7
10	Otras enfermedades de tejidos duros de los dientes	4,021	2.6

Fuente: Reporte estadístico de la Red Cusco Norte (2017c).

### **Neumonías**

En las provincias que conforman el ámbito de la Red Cusco Norte, se aprecia que el mayor número de neumonías y defunciones ocurren en la provincia de Cusco; sin embargo, hay que precisar que en esta provincia se ubican los dos hospitales de tercer nivel de la región, los que reciben pacientes de la ciudad y de toda la región. No obstante, se puede apreciar que en el resto de provincias el mayor número de casos y defunciones por neumonía en mayores de 60 años ocurren en las provincias de Anta y Urubamba, mientras que el mayor número de casos y defunciones por neumonía en mayores de 5 años, también ocurre en las provincias de Anta y Urubamba (Tabla 7).

**Tabla 7. Neumonía y defunciones en Red Cusco Norte, 2017**

Provincia	Mayores 60 años			Mayores 5 años		
	N.º casos	N.º defunciones	IA	N.º casos	N.º defunciones	IA
Anta	73	2	10.0	118	3	2.3
Calca	36	2	4.7	49	3	0.7
Cusco	571	28	14.0	1,010	34	2.4
Urubamba	85	1	11.7	131	2	2.2
Región	1,156	47	8.6	1,910	60	1.6

Fuente: Boletín epidemiológico N° 52 (DIRESA Cusco 2017: 3)

Nota:

IA: Incidencia Acumulada x 1,000

### **Morbilidad en gestación, parto y puerperio**

En la Red de Salud Cusco Norte, la morbilidad durante la gestación tiene como patología de mayor frecuencia a las infecciones del tracto urinario, seguido de las hemorragias del primer trimestre del embarazo, mientras que durante el parto la morbilidad más frecuente es la hemorragia intraparto; finalmente durante el puerperio las alteraciones más frecuentes son la mastitis y las endometritis (Tabla 8).

**Tabla 8. Morbilidad durante gestación, parto y puerperio, 2014**

<b>Nº</b>	<b>MORBILIDAD EN LA GESTACIÓN</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
1	Infección del tracto urinario	4,368	80.8%
2	Hemorragia primera mitad del embarazo	328	6.1%
3	Hiperémesis gravídica	183	3.4%
4	Trastorno hipertensivos	94	1.7%
5	Hemorragia segunda mitad del embarazo	37	0.7%
6	Trastornos metabólicos	7	0.1%
7	Otros	392	7.2%
<b>Nº</b>	<b>MORBILIDAD EN EL PARTO</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
1	Hemorragia intraparto	44	61.1%
2	Retención placentaria	28	38.9%
<b>Nº</b>	<b>MORBILIDAD EN EL PUERPERIO</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
1	Mastitis	71	50.4%
2	Endometritis	46	32.6%
3	Otros	24	17.0%

Fuente: Programa Materno Neonatal (Citado en Red Cusco Norte 2016a: 66).

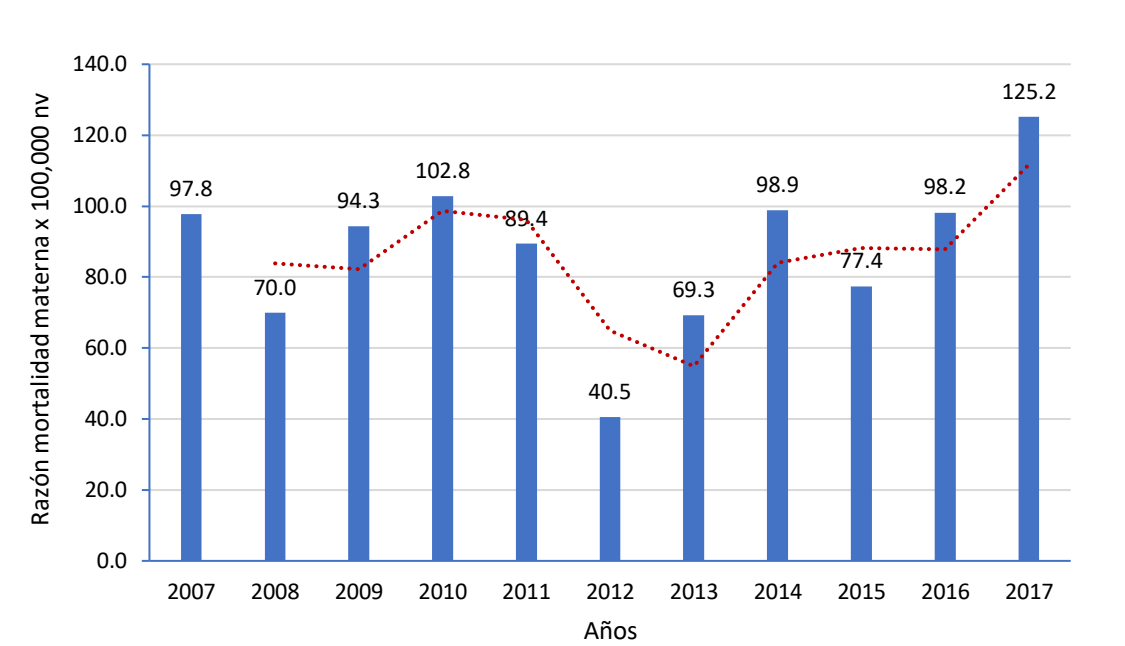
### **Mortalidad materna**

La razón de mortalidad materna en el periodo 2007-2015 ha pasado de 97.8 a 77.4 muertes maternas x 100,000 nacidos vivos, sin embargo en el reciente periodo de 2015-2017, se aprecia un incremento de 77.4 a 125.2 muertes maternas x 100,000 nacidos vivos. Esta situación ha llevado a que el Gobierno Regional del Cusco haya establecido como una de sus prioridades regionales la reducción de la muerte materna (Figura 4).

### **Mortalidad neonatal**

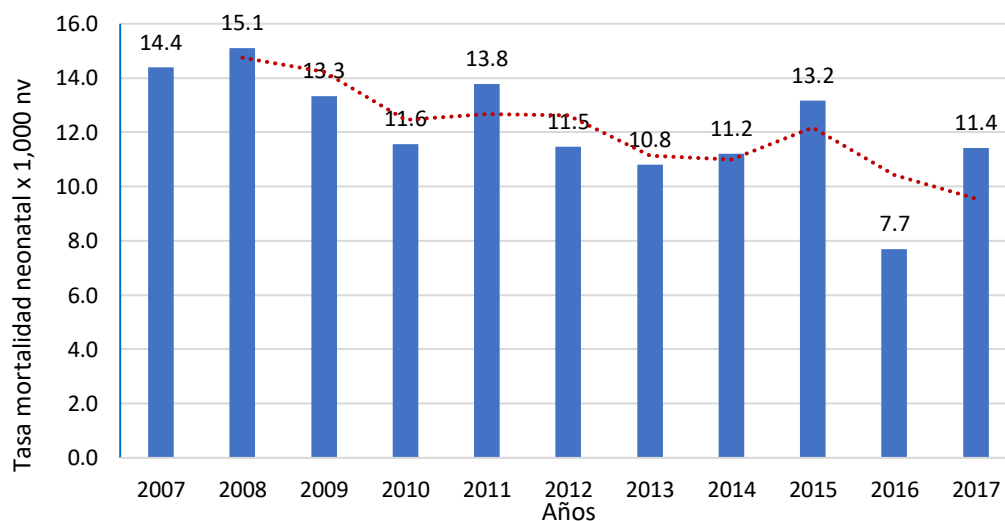
La tasa de mortalidad neonatal en el periodo 2007-2017 ha pasado de 14.4 a 11.4 neonatos fallecidos x 1,000 nacidos vivos, presentando una tendencia estacionaria en ese periodo de tiempo, con una ligera reducción de los casos de muerte neonatal (Figura 5).

**Figura 4. Mortalidad materna en Red Cusco Norte 2007-2015**



Fuente: Adaptado de Sala Situacional de la Red Cusco Norte (2018: figura 74)

**Figura 5. Mortalidad neonatal en Red Cusco Norte 2007-2017**



Fuente: Adaptado de Sala Situacional de la Red Cusco Norte (2018: figura 76)

### Mortalidad perinatal

En las provincias que conforman el ámbito de la Red Cusco Norte, se aprecia que el mayor número de muertes perinatales (fetal+neonatal) ocurren en la provincia de Cusco; sin embargo, hay que precisar que en esta provincia se ubican los dos hospitales de tercer nivel de la región y que reciben pacientes de la ciudad y de toda la región. No obstante, se puede apreciar altas tasas de mortalidad perinatal en las provincias de Anta, Urubamba y Calca (Tabla 9).

**Tabla 9. Mortalidad perinatal en Red Cusco Norte 2015-2017**

Provincias	Nº muertes perinatales			Tasas al 2017		
	2015	2016	2017	TMF	TMN	TMP
Anta	23	8	16	26.5	15.9	42.4
Calca	21	12	14	4.0	14.7	18.8
Cusco	111	116	70	4.3	5.5	9.8
Urubamba	19	13	15	16.2	14.1	30.3
Región	432	362	352	7.1	7.7	14.8

Fuente: Boletín epidemiológico N° 52 (DIRESA Cusco 2017: 5)

Nota: TMF, Tasa de Mortalidad Fetal; TMN, Tasa de Mortalidad Neonatal; TMP; Tasa de Mortalidad Perinatal.

### Estado nutricional en niños menores de 5 años

En la Red Cusco Norte, la desnutrición crónica sigue siendo un importante problema de salud pública. Al año 2016 existían valores elevados en todas las provincias de la jurisdicción de la Red: Anta (18.1%), Calca (20.2%), Cusco (11.6%) y Urubamba (17.5%) (Tabla 10); no obstante, se ha reducido el porcentaje de desnutrición crónica si lo comparamos con los valores del año 2013: Anta (24.79%), Calca (26.92%), Cusco (13.41%) y Urubamba (20.18%) (Tabla 11).

**Tabla 10. Desnutrición crónica en niños menores de 5 años, 2016**

PROVINCIAS	N.º EVALUADOS	Nº CASOS	%
ANTA	13178	2390	18.1
CALCA	15928	3224	20.2
CUSCO	46764	5410	11.6
URUBAMBA	11552	2024	17.5

Fuente: Programa Articulado Nutricional (Red Cusco Norte 2016b)

**Tabla 11. Desnutrición crónica en niños menores de 5 años, 2013**

PROVINCIAS	N.º EVALUADOS	N.º CASOS	%
ANTA	7573	1877	24.79
CALCA	10155	2734	26.92
CUSCO	38908	5219	13.41
URUBAMBA	8062	1627	20.18

Fuente: Sistema de Información del Estado Nutricional (DIRESA Cusco 2013b)

### **Anemia en gestantes**

En las provincias que conforman el ámbito de la Red Cusco Norte, se reporta una alta frecuencia de casos de anemia en gestantes en todas las provincias que van de 29% hasta 42%, lo que representa una situación de alto riesgo para la gestante (Tabla 12).

**Tabla 12. Anemia en mujeres gestantes, 2014**

PROVINCIAS	Nº EVALUADOS	Nº CASOS	%
Anta	761	242	32
Calca	914	266	29
Cusco	4,718	1,617	34
Urubamba	675	285	42
Region	17,486	6,232	36

Fuente: Sistema Información del Estado Nutricional (DIRESA Cusco 2014).

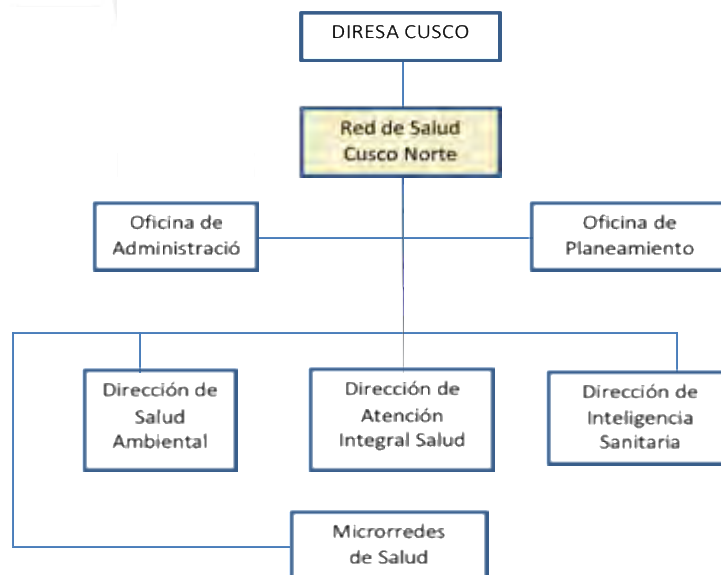


### Sistema de salud regional

En el departamento de Cusco, la autoridad de salud es ejercida por el Gobierno Regional a través de la Dirección Regional de Salud Cusco (DIRESA), la cual comprende cinco redes: Red Cusco Norte, Red Cusco Sur, Red Canas-Canchis-Espinar, Red La Convención, Red Kimbiri-Pichari y Red Chumbivilcas.

La Dirección Ejecutiva de Red de Servicios Cusco Norte es un órgano técnico-operativo desconcentrado de la DIRESA Cusco, que cuenta con autonomía presupuestal en su condición de unidad ejecutora. En su organización interna, cuenta con los siguientes órganos de línea: Dirección de Atención Integral de Salud, Dirección de Inteligencia Sanitaria y Dirección de Salud Ambiental (Figura 6). Las microrredes son órganos desconcentrados de la Red de Salud encargados de la gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención que incluye centros y puestos de salud.

**Figura 6. Estructura organizacional de Red Cusco Norte, 2014**



Fuente: Reglamento de Organización y Funciones de la Red Cusco Norte (Consejo Regional del Cusco 2014: 20).

La Red Cusco Norte se organiza en 9 microrredes y 84 establecimientos de salud, que comprende 14 centros de salud con internamiento (I-4), 18 centros de salud sin internamiento (I-3), 22 puestos de salud con médico (I-2) y 32 puestos de salud (I-1). En su jurisdicción, no se cuenta con hospitales de apoyo, ya que, dentro su territorio, se encuentran dos establecimientos de salud de nivel III, el Hospital Antonio Lorena (distrito Santiago) y el Hospital Regional del Cusco (distrito Cusco). Ver Tabla 13.

**Tabla 13. Establecimientos de Salud en la Red Cusco Norte, 2017**

MICRORRED	CATEGORÍA				TOTAL
	I-1	I-2	I-3	I-4	
BELEMPAMPA	0	2	3	1	6
SIETE CUARTONES	0	2	3	1	6
WANCHAQ	0	1	4	0	5
ANTA	3	5	3	1	12
LIMATAMBO	1	2	1	1	5
CALCA	5	3	1	1	10
PISAC	9	2	2	1	14
YANATILE	7	3	1	1	12
URUBAMBA	7	2	0	5	14
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>84</b>

Fuente: Plan Operativo Institucional 2016 (Red Cusco Norte 2016a: 9).

Según el Plan Operativo del 2016, la Red Cusco Norte contaba con 1,015 trabajadores entre nombrados (570) y contratados (445) (Red Cusco Norte 2016a: 7). El análisis situacional de salud de la Diresa Cusco muestra información desagregada por grupo profesional, donde se puede apreciar que el número de profesionales médicos, enfermeras, obstetras y odontólogos de la Red Cusco Norte se encuentra por debajo de los promedios regionales. Incluso la tasa de profesionales médicos está por debajo del estándar recomendado por OMS de 10 médicos x 10,000 habitantes. Ver Tabla 14.

**Tabla 14. Recursos humanos en la DIRESA y Red Cusco Norte, 2012**

Tipo de profesional	DIRESA		Tasa x 10,000 hb	RED NORTE		Tasa x 10,000 hb
	Nº	%		Nº	%	
Médico	729	12.6%	5.64	141	14.7%	2.98
Enfermera	1,109	19.2%	8.58	220	23.0%	4.64
Obstetra	590	10.2%	4.57	130	13.6%	2.74
Odontólogo	165	2.9%	1.28	53	5.5%	1.12
Otros profesionales de salud	350	6.1%	2.71	48	5.0%	1.01
Profesionales administrativos	209	3.6%	1.62	33	3.4%	0.70
Técnicos administrativos	575	10.0%	4.45	31	3.2%	0.65
Técnicos asistenciales	2,037	35.3%	15.76	301	31.5%	6.35
TOTAL	5,764	100.0%	--	957	100.0%	--

Fuente: Análisis situacional de salud 2013 (DIRESA Cusco 2013a: 461)

### 2.3. Marco normativo

#### 2.3.1. Marco internacional

La Asamblea Mundial de la Salud (2014) aprobó la Agenda para el Desarrollo después del 2015, en la que se insta a los gobiernos a impulsar la cobertura universal de salud con la finalidad de mejorar la atención sanitaria (prevención, promoción, rehabilitación y paliativos) y asegurar la protección contra riesgos financieros y la reducción de inequidades en salud.

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (2014) aprobó la Estrategia Regional de Acceso Universal a la Salud y Cobertura

Universal de Salud, mediante el cual se reconoce la necesidad de trabajar en dos dimensiones. Por un lado, se debe seguir avanzando en los esfuerzos para ampliar el aseguramiento en salud. De otro lado, se debe promover el acceso equitativo a los servicios de salud, por lo que se debe desplegar diferentes acciones para reducir las barreras que impiden este acceso (económica, geográficas, financieras, organizacionales, entre otras).

La Asamblea General de las Naciones Unidas (2015) aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que establece un marco referencial para los países para conjugar el desarrollo económico con la reducción de la desigualdad social y el equilibrio con el medio ambiente. El objetivo de desarrollo sostenible N.º 3 hace un llamado a los países a “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (2015:18) y señala la siguiente meta al 2030 relacionada con el acceso a los servicios de salud:

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos (Asamblea General de las Naciones Unidas 2015: 19).

### **2.3.2. Marco Normativo Nacional**

La Ley N.º 26842, “Ley General de Salud” (Congreso de la República 1997), establece que “es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad”. Bajo este marco, el Estado peruano ofrece a la población un conjunto de servicios de oferta fija (establecimientos de salud) y de oferta móvil (brigadas de salud y otras modalidades) para atender las necesidades de salud.

La “Norma Técnica de Categorías de Establecimientos del Sector Salud” del Ministerio de Salud (2011), establece que la oferta fija está constituida por establecimientos de salud que brindan atención ambulatoria dentro

(intramural) o fuera (extramural) de sus instalaciones. El equipo básico de salud está conformado por el médico, la enfermera, la obstetra y el técnico de enfermería. Esta norma técnica señala que la oferta móvil complementa a la oferta fija, reconociendo que los “equipos de atención integral a poblaciones excluidas y dispersas” o equipos AISPED, son una modalidad de la oferta móvil.

La “Norma Técnica de los Equipos de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas” del Ministerio de Salud (2009) establece los criterios y los procedimientos para la organización y funcionamiento de las brigadas de salud itinerantes que se desplazan hacia las localidades rurales más alejadas. La norma establece que los gobiernos regionales son los responsables de conducir e implementar esta estrategia de intervención a las poblaciones objetivo. Esta Norma Técnica establece que las brigadas de salud son de composición multidisciplinarias y que trabajan de manera complementaria con la red de servicios de salud. También se establece que su población objetivo debe carecer de oferta fija y estar a más de cuatro horas del establecimiento de salud más cercano y que se requiere que el Gobierno Regional apruebe el “Registro regional de poblaciones excluidas y dispersas” de su jurisdicción. La norma señala que el Gobierno Regional, a través de la Dirección Regional de Salud y la Red de Salud, es responsable de planificar, capacitar, supervisar, evaluar y gestionar el financiamiento de estas brigadas, mientras que las Microredes de Salud, a través de sus establecimientos de salud, son responsables de organizar las actividades asistenciales en campo durante la intervención y de coordinar esta intervención con los actores locales.

También se establece que la población objetivo debe carecer de oferta fija (establecimientos de salud) y estar a más de cuatro horas del establecimiento de salud más cercano. Asimismo, se requiere que el Gobierno Regional apruebe el “Registro regional de poblaciones excluidas y dispersas” de su jurisdicción. La norma señala que el Gobierno Regional, a través de la Dirección Regional de Salud y la Red de Salud, es responsable de planificar, capacitar, supervisar, evaluar y gestionar el financiamiento de estas brigadas, mientras que las Microredes de Salud, a

través de sus establecimientos de salud, son responsables de organizar las actividades asistenciales en campo durante la intervención y de coordinar esta intervención con los actores locales.

### **2.3.3. Marco normativo regional**

#### **Organización y funciones de la Red Cusco Norte**

El Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Red de Salud Cusco Norte (Consejo Regional del Cusco 2014) es el instrumento legal que señala las funciones y responsabilidades de la Red como institución pública que depende de la Dirección Regional de Salud Cusco, incluyendo las unidades orgánicas que dependen de esta entidad. Este reglamento dispone que la Red Cusco Norte tiene el mandato de organizar y gestionar a todos los establecimientos de salud de su red prestacional, tal como se indica en el siguiente texto:

##### Artículo 4°.- funciones generales

(Inciso e) Conducir, organizar y gestionar la red de servicios públicos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, salud ambiental y ocupacional, así como las carteras de servicios y sistemas en coordinación con los gobiernos locales (Consejo Regional del Cusco 2014).

La Dirección de Atención Integral de Salud (DAIS) es el órgano de línea de la Red Cusco Norte encargado de implementar políticas, coordinar acciones y dar apoyo técnico para la organización y el funcionamiento de la red prestacional y de verificar los resultados sanitarios, tal como se indica en el siguiente texto:

##### Artículo 16°.- De la Dirección de Atención Integral de Salud

(Inciso a) Dirigir, supervisar, controlar, coordinar y concertar el cumplimiento de las políticas relacionadas a la atención integral de la salud de las personas y de la comunidad en concordancia con los lineamientos y prioridades de la política del sector.

(Inciso c) Difundir, aplicar, monitorear y supervisar el uso de normas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas en los servicios públicos de salud en su ámbito.

(Inciso e) Supervisar, monitorear y evaluar el proceso de organización y gestión de servicios públicos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, familia y comunidad en su ámbito, y participar en la evaluación del proceso a nivel regional (Consejo Regional del Cusco 2014).

Las Microrredes de Salud son “órganos técnicos operativos desconcentrados” que dependen de la Red Cusco Norte, las cuales están encargadas de “planificar, organizar, coordinar, dirigir, ejecutar, monitorear, supervisar y evaluar las acciones de los establecimientos de salud de su ámbito de responsabilidad” (Consejo Regional del Cusco 2014: Artículo 22°).

Los establecimientos de salud son “órganos de línea” que dependen de las Microrredes de Salud y que se organizan en centros y puestos de salud; asimismo, son responsables de “brindar atención integral de salud a la persona por etapa de vida, basado en familia y comunidad” (Consejo Regional del Cusco 2014: Artículo 22°).

### **Funcionamiento de las Unidades Móviles de Salud**

La Resolución Directoral N° 02040-2015-DRSC/DGDPH, del 07 diciembre de 2015, aprobó la Directiva Sanitaria Regional N° 001-2015, “Servicios de Unidades Móviles de Salud de la DIRESA Cusco”, mediante el cual se establecieron disposiciones para la gestión y operación de las Unidades Móviles de Salud (UMS) de la Dirección Regional de Salud Cusco.

La Directiva establece que el funcionamiento e implementación de las Unidades Móviles se orienta por los siguientes enfoques:

- **Derechos:** Se considera que este tipo de oferta itinerante contribuye a mejorar el derecho de la población a acceder a los servicios de salud.
- **Ciclo de vida:** Se plantea que la oferta itinerante debe responder de forma adecuada a las necesidades diferenciadas de cada etapa de vida.
- **Intercultural:** Se reconoce la importancia que la oferta itinerante adecue sus servicios a la diversidad cultural de la población que atiende.
- **Riesgo:** Se considera importante que la oferta itinerante priorice las necesidades de las poblaciones en riesgo y grupo vulnerables.

Para la planificación de las intervenciones de las UMS, se establecen los siguientes criterios:

- Acceso geográfico (vías asfaltadas, carrozables adecuadas)
- Distritos de los quintiles I y II
- Establecimientos de salud del primer nivel y categoría I-1, I-2 y I-3.

Se indica que las UMS realizan actividades complementarias a la oferta fija de los establecimientos de salud y se le reconocen las siguientes prestaciones:

- Atención a la gestante
- Atención odontológica a la gestante
- Exámenes de laboratorio
- Ecografía obstétrica

Se precisa que las UMS brindarán atenciones a las personas afiliadas al Seguro Integral de Salud (SIS). En caso la persona no estuviera afiliada, se deberá contactar al punto de digitación de la Red para verificar el estado de afiliación de la persona y si cumple los criterios de afiliación; asimismo, recopilará sus datos en el formato de recolección de información y lo remitirá al punto de digitación.

Las UMS deben realizar el registro de las atenciones en las historias clínicas de los pacientes de los establecimientos de salud y en los respectivos formatos del HIS, FUAS y otros formatos según sea el caso. Estos registros se dejan en el establecimiento de salud, que a su vez deberá remitirlo a la Microrred y esta, a su vez, a la Red.

Sobre el financiamiento, la Directiva establece que la DIRESA y las Redes de Salud deben incluir los costos de operación y mantenimiento de las UMS en sus respectivos presupuestos anuales y por las diversas fuentes de financiamiento (recursos ordinarios-RO, donaciones y transferencias-SIS, recursos directamente recaudados-RDR y recursos determinados).

La Directiva establece los siguientes niveles de responsabilidad:



#### A nivel de la DIRESA

- Monitoreo y evaluación del cumplimiento de la Directiva
- Asistencia técnica a Redes y Microrredes

#### A nivel de la Red

- Priorizar ambitos y planificar las rutas de intervención
- Coordinar con la Microrred y garantizar la logísticas
- Capacitación y asistencia técnica al personal de las UMS
- Analizar los indicadores de las UMS

#### A nivel de las Microrredes

- Participar en la planificación mensual de las UMS
- Coordinación con actores locales para apoyar las UMS
- Monitoreo de Indicadores de establecimientos intervenidos

#### A nivel de los establecimientos de salud

- Prioriza la población a ser atendida con la UMS
- Coordina y organiza la atención integral con la UMS
- Atención y seguimiento de casos derivados por la UMS
- Registra información de los formatos entregados por la UMS
- Reporta información a la Microrred

#### A nivel de la Unidad Móvil de Salud

- Requerimiento de insumos, materiales y equipos a la Red
- Desplazamiento de UMS a los establecimientos programados
- Atención complementaria al establecimiento y el registro de la información en la historia clínica y los formatos respectivos
- Reporta información a Red y Microrred

#### A nivel del gobierno local

- Acciones de comunicación para convocar a la población
- Coordinación local para el alojamiento del personal de las UMS
- Proporciona ambiente seguro para el resguardo de la UMS
- Participa en las evaluaciones de las intervenciones de la UMS

## **Priorización de la salud materna**

El Gobierno Regional del Cusco (2015) dio la Ordenanza Regional N° 094-2015-CR/GRC CUSCO, mediante la cual aprobó “declarar de interés y prioridad regional la salud materno neonatal saludable y segura, mediante acciones de promoción y prevención de la mortalidad materna y neonatal, priorizando a las poblaciones vulnerables, siendo de observancia obligatoria para el personal de las instancias administrativas y sanitarias involucradas” (Gobierno Regional de Cusco 2015: Artículo primero). Esta ordenanza regional establece las siguientes acciones sanitarias:

Artículo Cuarto.- Disponer al personal de Salud de las Redes, Micro Redes y Establecimientos de Salud de la Región, la ejecución de las siguientes acciones, con énfasis en la población pobre y extremadamente pobre:

- a) Garantizar la captación del 100 % de gestantes en el I trimestre de embarazo a través de la búsqueda activa de gestantes.
- b) Cobertura al 100 % de gestantes reenfoadas.
- c) Garantizar el 100 % de parto institucional.
- d) Cobertura el 100 % puérperas controladas.
- e) Monitoreo y seguimiento del consumo de sulfato ferroso al 100 %.
- f) Promover la vigilancia comunal de la gestante.
- g) Atención al 100 % de las gestantes con complicaciones.
- h) Atención del servicio materno neonatal las 24 horas del día y los 365 días del año según nivel de capacidad resolutive.
- i) Capacitación de Agentes Comunitarios en Salud, familias y gestantes en mensajes claves: Captación de gestantes en el primer trimestre, reconocimiento de los signos de alarma, consumo de sulfato ferroso, ácido fólico y parto institucional.
- j) Los responsables de cada establecimiento de salud deben efectuar acciones de coordinación con la finalidad de lograr acuerdos con todas las autoridades de su jurisdicción y especialmente con las autoridades comunales, programas sociales, instituciones públicas, privadas, organizaciones No Gubernamentales – ONGs, entre otras organizaciones de la sociedad civil, para la captación de gestantes en el primer trimestre del embarazo, reconocimiento de signos de alarma, promover el consumo de sulfato ferroso, ácido fólico y el parto institucional, referencia de las gestantes, parturientas, puérperas y recién nacidos al establecimiento de salud más cercano.
- k) Del total de las actividades del personal de salud profesional y técnico, el 30 % y 40 % respectivamente serán actividades extramurales (Gobierno Regional del Cusco 2015).

### **2.3.4. Política nacional de salud**

El Acuerdo Nacional (2012) suscrito por los actores políticos del país es una plataforma de consenso de políticas de Estado para orientar el

desarrollo del país en el largo plazo; y entre sus acuerdos destaca la política N.º 13, “acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social”, la cual establece el compromiso de todos los actores de asegurar las condiciones para lograr el acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas más pobres del país y en las poblaciones más vulnerables. De otro lado, el Ministerio de Salud (2013b) ha estado impulsando la reforma del sector salud, a través de un conjunto de medidas legislativas orientadas a lograr la cobertura universal de protección en salud, la cual ha incluido acciones para la expansión de la oferta de la red pública de servicios de salud y la ampliación de la cobertura poblacional a través del Seguro Integral de Salud (SIS) a diferentes grupos vulnerables, incluyendo las comunidades indígenas.

El “Plan Nacional Concertado de Salud” – PNCS del Ministerio de Salud (2017) establece lineamientos de política de salud para el periodo 2007-2020, para orientar el trabajo del Ministerio de Salud y de los gobiernos regionales y locales, entre los que se incluyen lineamientos para mejorar el acceso a los servicios de salud (2007: 16-19), como los siguientes:

- Lineamiento N.º 1: “Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención”
- Lineamiento N.º 2: “Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles”
- Lineamiento N.º 3: “Aseguramiento universal”
- Lineamiento N.º 5: “Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad”
- Lineamiento N.º 6: “Desarrollo de los recursos humanos”
- Lineamiento N.º 7: “Medicamentos de calidad para todos/as”
- Lineamiento N.º 8: “Financiamiento en función de resultados”
- Lineamiento N.º 10: “Participación ciudadana en salud”

El PNCS establece los siguientes objetivos sanitarios nacionales para el periodo 2007-2020 (Ministerio de Salud, 2007: 20):

- Objetivo N.º 1: “Reducir la mortalidad materna”
- Objetivo N.º 2: “Reducir la mortalidad infantil”
- Objetivo N.º 3: “Reducir la desnutrición infantil”
- Objetivo N.º 4: “Controlar las enfermedades transmisibles”
- Objetivo N.º 5: “Controlar las enfermedades transmisibles regionales”
- Objetivo N.º 6: “Mejorar la salud mental”
- Objetivo N.º 7: “Controlar las enfermedades crónico degenerativas”
- Objetivo N.º 8: “Reducir la mortalidad por cáncer”
- Objetivo N.º 9: “Reducir la mortalidad por accidentes y lesiones intensionales”

### **2.3.5. Política regional de salud**

Los “Lineamientos de Política Regional 2007-2021” del Gobierno Regional del Cusco (2008) establecen la política regional “*Salud para todos y todas*”, que dispone que “es prioridad promover una sociedad saludable y garantizar el acceso universal a los servicios de salud con calidad, desde la gestación y en cada ciclo de vida, con una atención integral (oferta, demanda y determinantes) y énfasis en la población más vulnerable” (Gobierno Regional del Cusco 2008: 9).

El “Plan Regional Concertado de Salud 2005-2021” - PRCS del Gobierno Regional del Cusco (2005) establece el objetivo estratégico N.º 10, “promover el acceso equitativo de poblaciones excluidas y dispersas por factores socio económico, culturales, políticos y discapacidades a servicios de salud calificados” (2005: 42) y la política regional sectorial N.º 13, que dispone que “el Gobierno Regional promueve experiencias exitosas públicas y privadas en salud con enfoque intercultural, orientados a vulnerar la problemática de salud en la región” (2005: 43).

El PRCS propone las siguientes estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud (Gobierno Regional del Cusco 2005: 44).

- Estrategia N.º 7: “Fortalecimiento del modelo de atención integral de salud con calidad y calidez, priorizando poblaciones vulnerables, excluidas y dispersas”.
- Estrategia N.º 8: “Movilización y asignación de recursos técnicos y financieros para atención integral de salud de la población en pobreza y extrema pobreza”
- Estrategia N.º 10: “Focalización de estrategias de atención de la salud de poblaciones dispersas y excluidas bajo el enfoque de interculturalidad y equidad”

La Dirección Regional de Salud Cusco (Red Cusco Norte 2016a: 25-26) ha establecido los siguientes lineamientos de política en salud:

- Lineamiento N.º 1: “Promoción de la salud”
- Lineamiento N.º 2: “Atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud (seguro Integral SIS, Es salud y otros)”
- Lineamiento N.º 3: “Política de suministro y uso racional de medicamentos, política andina de medicamentos”
- Lineamiento N.º 4: “Política de gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad”
- Lineamiento N.º 5: “Creación del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud”
- Lineamiento N.º 6: “Impulsar un nuevo modelo de atención integral de salud”
- Lineamiento N.º 7: “Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial”
- Lineamiento N.º 8: “Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad”
- Lineamiento N.º 9: “Democratización de la salud “

## **2.4. Proyecto Unidad Móvil de Salud**

### **a) Fase de inversión: agosto del 2010 hasta abril de 2014**

En agosto del 2010, la Agencia de Cooperación Internacional de Corea del Sur (KOICA) y la Universidad San Antonio Abad del Cusco (UNSAAC) suscribieron un Memorándum de Entendimiento para implementar el "proyecto de construcción y equipamiento de una clínica odontológica", a realizarse en el periodo 2010-2012. Sin embargo, la universidad presentó algunas dificultades operativas que llevaron a la interrupción del proyecto, quedando cancelado el componente de construcción y reduciéndose su alcance a los componentes de capacitación y equipamiento. En ese contexto, se iniciaron coordinaciones entre el Gobierno Regional de Cusco y la Agencia Koika para retomar el apoyo a la región.

En diciembre de 2013, la Agencia KOICA, el Gobierno Regional del Cusco y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) suscribieron un Memorando de Entendimiento para implementar el proyecto "Promoción y atención de la salud de las poblaciones más vulnerables de la Región de Cusco" teniendo como institución coordinadora y receptora de la cooperación técnica a la Dirección Regional de Salud del Cusco (Gobierno Regional del Cusco 2013).

En enero de 2014, los tres actores acordaron la propuesta de implementación de un proyecto integral, cuyo marco lógico estableció el objetivo de incrementar el acceso a servicios odontológicos, ginecológico-obstétricos y servicios de laboratorio de las comunidades rurales, en cuatro redes de salud. Su desarrollo se realizaría a través de las siguientes tres estrategias:

- Fortalecimiento de capacidades de respuesta del personal de los servicios de salud fijos y de servicios móviles
- Mejora de prácticas y cuidado de la salud de gestantes, madres y menores de 3 años del ámbito de acción de las Unidades Móviles de Salud

- Fortalecimiento de capacidades de gestión de redes y gobiernos locales para la sostenibilidad de los servicios de salud móvil

El proyecto tuvo como ámbito de intervención las cuatro Redes de Salud: Cusco Norte, Cusco Sur, Canas-Canchis-Espinar y La Convención. Su implementación incluyó los siguientes componentes:

- Capacitación al personal de salud
- Adquisición de cuatro vehiculos adaptados como Unidades Móviles de Salud con su respectivo equipamiento
- Asistencia técnica en salud materna e infantil

UNICEF asumió el rol de núcleo executor del proyecto, encargado de recibir y administrar los fondos transferidos por el cooperante. Para entonces, se conformó un Comité de Gestión integrado por representantes de la Agencia KOICA, UNICEF y la DIRESA Cusco. Para el desarrollo de las actividades de asistencia técnica, capacitación y el monitoreo de la rendición de cuentas se contrataron los servicios de la Asociación para la Promoción del Desarrollo Humano (APRODH).

En marzo de 2014, la Agencia KOICA entregó al Gobierno Regional de Cusco las 4 unidades móviles de salud, con su respectivo equipamiento médico, en calidad de donación, la cual fue aceptada oficialmente por el Gobierno Regional en abril de 2014, mediante la Resolución Ejecutiva Regional N° 515-2014-GR Cusco/PR.

#### **b) Fase de operación: junio de 2014 hasta la actualidad**

En junio del 2014 el Gobierno Regional del Cusco transfirió las 4 UMS a la DIRESA Cusco y en julio del mismo año se iniciaron las operaciones de estas UMS a nivel de las Redes de Salud, incluyendo la Red Cusco Norte.

En diciembre de 2015, la Dirección Regional de Salud Cusco emitió la Resolución Directoral N° 02040-2015-DRSC/DGDPH, que aprobó la Directiva Sanitaria Regional N° 001-2015, "*Servicios de Unidades Móviles*

de Salud de la DIRESA Cusco”, mediante el cual se establecieron disposiciones para la gestión y operación de las Unidades Móviles de Salud (UMS).

Desde el inicio de esta fase operativa, la DIRESA Cusco y las Redes de Salud asumieron de forma compartida la planificación, gestión y mantenimiento de las UMS asignadas a cada Red. Esta fase operativa, incluye la contratación del personal de salud, la provisión de insumos y medicamentos, la adquisición de combustible y el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, así como el mantenimiento de los vehículos y los equipos biomédicos, una vez que concluya el periodo de garantía de los mismos.

En junio del 2016, la Agencia KOICA, el Gobierno Regional del Cusco y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) suscribieron un *Memorandum de Entendimiento* que estableció una adenda para la ejecución de un post-proyecto, con la finalidad apoyar la institucionalización de la estrategia de UMS y su operatividad (combustible y mantenimiento de vehículos), por un periodo de seis meses adicionales hasta diciembre del 2016 (Gobierno Regional del Cusco 2016). No obstante, el periodo de ejecución del post-proyecto se alargó hasta el primer trimestre del 2018, debido a retrasos en los desembolsos financieros de Koika, la rendición de cuentas de los receptores y otras gestiones de la DIRESA. En marzo del 2018, la DIRESA Cusco realizó el cierre de este post proyecto.

En octubre del 2017, la Agencia KOIKA y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) suscribieron un convenio para el desarrollo de estudios técnicos complementarios para caracterizar el modelo de intervención de las UMS, realizar la evaluación de costo efectividad de la intervención y elaborar una caja de herramientas para la UMS (manual de operaciones, guía de atención, guía de comunicación y un manual de operaciones).



**Figura 7. Unidad Móvil de Salud (toma lateral)**



Fuente: Tomada por el investigador. Cusco, 2018

**Figura 8. Unidad Móvil de Salud (toma frontal)**



Fuente: Tomada por el investigador. Cusco, 2018

## **2.5. Investigaciones relacionadas**

Vashishtha et al. (2014) realizaron una revisión sistemática de 8 artículos sobre la eficacia de las Unidades Móviles Dentales (MDU) en entornos comunitarios. Reportaron que las MDU contribuyeron a superar las barreras de accesibilidad, asequibilidad y sostenibilidad, siendo capaces de alcanzar a más personas que los establecimientos de oferta fija. La revisión concluye que las MDU pueden ser usadas para llevar atención integral de salud oral, que incluya tratamiento y educación. Se demostró ser una oferta efectiva para los proveedores de servicios de salud oral como las escuelas de odontología y los servicios privados. Incluso puede ser usada por el sector público para alcanzar a los más desatendidos a un costo asequible. Los investigadores consideran que hace falta evaluar más evidencia para determinar si las MDU han tenido impacto en la salud oral de la población. No obstante, es una intervención que ofrece a futuro una alternativa para cerrar las brechas de provisión y utilización de los servicios de salud.

Yu et al. (2017) realizaron una revisión sistemática de 51 artículos, de un periodo de 20 años, sobre Clínicas de Salud Móviles (MHC) en los Estados Unidos, para conocer sus fortalezas y debilidades y su contribución al sistema sanitario. El estudio encuentra que las MHC han tenido éxito en alcanzar a las poblaciones vulnerables, llevando sus servicios a la misma comunidad y por su flexibilidad para adaptar sus servicios a las necesidades de la población objetivo. Las MHC abordan los problemas de salud a nivel comunitario y actúan como enlace entre los entornos clínicos y comunitarios. El estudio encuentra evidencia que los MHC tienen potencial para lograr un ahorro de costos significativos, al ser un modelo de atención que es rentable para mejorar la salud de los grupos marginados. No obstante, existen limitaciones que deben superarse como la fragmentación de la atención, los costos de mantenimiento y operación, la inseguridad de las locaciones, dificultades logísticas, los recursos humanos, incluyendo los ambientes pequeños que afectan la privacidad y la calidad de la atención, entre otros problemas.

Oakley et al. (2009), realizaron una revisión sistemática de 16 estudios realizados en los Estados Unidos, Australia y el Reino Unido, con el propósito de evaluar la evidencia relacionada con la efectividad de las

intervenciones que incrementan el inicio temprano del cuidado prenatal en mujeres vulnerables y con desventajas sociales. El estudio reportó que las Clínicas de Salud Móviles son una estrategia que puede contribuir a abordar las barreras de la atención prenatal, como son la falta de transporte o la necesidad de gestionar un cita.

Hill et al. (2014), analizaron los datos de 644 Clínicas de Salud Mviles registradas en el proyecto Mobile Health Map de los Estados Unidos, la misma que se complemento con una revisión de articulos sobre clínicas móviles. El estudio concluye las Clínicas Mviles tienen un rol importante en la provisión de servicios de salud de alta calidad y bajo costo para poblaciones vulnerables, con mucho potencial para reforzar la prevención y el manejo de enfermedades crónicas. No obstante, se observa que se requiere expandir la cobertura y la reforma de la atención para facilitar la articulación de estas clínicas móviles con los hospitales, el sistema de salud y las aseguradoras para mejorar la atención y reducir costos.

Kumar et al. (2009) realizaron una evaluación rápida del funcionamiento de un programa de Unidades Médicas Móviles que atienden población rural, de zonas muy distantes, en tres distritos del Estado de Jharkhand, India. Las unidades se movilizaron a cada distrito por 22 días al mes, brindando, de forma gratuita, atención curativa y procedimientos diagnósticos, como rayos X, ecografía y análisis de laboratorio, con entrega de medicamentos, incluyendo acciones preventivas y de planificación familiar. Entre las dificultades operacionales se reportan el mal estado de las carreteras, la poca predisposición de los médicos para ir a áreas alejadas, la elevada carga de trabajo, y la inadecuada difusión a la población sobre la oferta y el cronograma de visita de las unidades moviles. Los usuarios encuestados en los tres distritos reportaron que la calidad de la atención fue de “buena calidad” (31.1%, 52.2% y 56,3 %), de “muy buena calidad” (37.5%, 39.1% y 66.7%) y de “excelente calidad” (6.3%), mientras que, entre el 65.2%, 91.1% y 93.8% de usuarios consideró que hubo una adecuada privacidad durante la atención. El estudio recomienda el apoyo una ambulancia local para el traslado de pacientes graves, así como difundir con un mínimo de 3 a 4 días la visita de la unidad móvil. Asimismo,

para el seguimiento de los pacientes, se debe incluir la participación de los servicios del primer nivel de atención, así como incluir el servicio de telemedicina para hacer interconsultas.

La Oficina de Evaluación e Inspecciones del Departamento de Salud de Estados Unidos (1990) realizó un informe sobre la atención médica a poblaciones sub-atendidas y no aseguradas, que se brinda a través de empresas privadas y hospitales que son financiadas con fuentes locales, donaciones privadas y, en algunos casos, con financiamiento federal que esta dirigido principalmente al pago de personal. El informe reportó que estos servicios utilizaban vehículos equipados que se instalaban en parques, albergues, hospedajes, iglesias, refugios, calles y zonas rurales, para brindar atención a la población pobre, migrante, adulta mayor, personas sin hogar y otros grupos vulnerables. Estos vehículos se desplazaron por periodos que van de días a semanas. La oferta brindada incluyó atención médica, control de gestantes, atención domiciliaria, despistaje de riesgos, programas de control enfermedades crónicas, educación sanitaria, entre otras actividades. Entre los principales problemas que presentaron, se encuentra el alto costo de operación de las unidades, la falta de reconocimiento por el sistema de salud y el inadecuado reembolso financiero del Seguro Medicare que pueden limitar su expansión en la población. El informe sugiere la necesidad de implementar un sistema de pago adecuado a este tipo de oferta y de evaluar el impacto sanitario de estos servicios.

Langelier et al. (2017) estudiaron 7 casos de prestadores de servicios dentales móviles en los Estados Unidos. Reportaron que estos servicios ofrecen prestaciones que van desde acciones preventivas, diagnóstico, educación sanitaria, hasta una completa atención terapéutica, que puede incluir curaciones, colocación de coronas dentales, extracciones y preparación de prótesis. Asimismo, contaban con protocolos de referencia con establecimientos odontológicos locales, que les permitía asegurar la integralidad y la continuidad de la atención. En el caso de niños, estaban relacionados con programas de salud escolares. Los vehículos estaban equipados con unidades dentales, incluso equipos de rayos X y

computadoras portátiles para el registro electrónico de los datos con acceso a la nube de datos para archivar la información de los usuarios. Estos servicios móviles estaban dirigidos a niños, ancianos, discapacitados y grupos vulnerables por ruralidad, pobreza, barreras culturales u otras condiciones. Asimismo, estaban a cargo proveedores locales, sin fines de lucro, con múltiples fuentes de financiamiento y diversos mecanismos de pago (pagos directos, reembolsos, pago per capita y subvenciones). No obstante, los prestadores dependientes del financiamiento del Seguro Medicaid presentaban problemas de sostenibilidad a largo plazo, por las variaciones del presupuesto y del plan de beneficios dentales de este seguro.

La Oficina de Salud de Minorías del Departamento de Salud de Estados Unidos (2013), realizó un análisis de 547 clínicas móviles registradas en la base de datos del Mapa de Salud Móvil, encontrando que el 15 % de clínicas atendían en áreas rurales, el 42 % en áreas urbanas y el 43 % en ambas zonas. El perfil de los usuarios se caracterizó por tener personas hispanas (45 %) y no blancos (35 %) y de preferencia personas no aseguradas (57 %). Los servicios ofertados incluyeron atención primaria (41 %), atención preventiva (38 %), atención dental (29 %), exámenes de mamografía (16 %) y atención de salud mental (6 %). Se encontró que esta oferta móvil mejoró el acceso a los servicios de salud y trajo una reducción del uso innecesario de los servicios de emergencia de los hospitales. En 11 clínicas móviles, se reportó un rendimiento de \$ 20 USD por cada dólar invertido y un ahorro aproximado de \$ 4 millones USD por visitas evitadas a los servicios de emergencias.

Eslabão et al. (2017) realizaron un estudio de caso cualitativo para analizar el proceso de trabajo de una brigada itinerante de salud mental en el municipio de Rio Grande do Sul, en Brasil. La brigada estaba compuesta por tres psicólogos y un técnico que brindaban actividades de educación sanitaria y atención usuarios de drogas, víctimas de violencia, personas con esquizofrenia y otros individuos con problemas de salud mental asignados por disposición de la autoridad de justicia. Entre los problemas encontrados, destacan la recarga laboral que origina el registro de

información documentaria y las dificultades burocráticas para el trabajo intersectorial y la articulación en red con los establecimientos de salud, los servicios de apoyo social, los servicios escolares y el sector judicial, para asegurar la atención integral de estas personas. Por ello, es necesaria una mayor claridad en el rol que le corresponde a cada uno de estos actores en el cuidado de la salud de esta población vulnerable.

Phillips et al. (2017) hacen una evaluación de la calidad del control prenatal en Haití, comparando 31 clínicas móviles y 14 establecimientos de salud fijos, mediante el análisis de ocho componentes de la calidad de la atención y la percepción de calidad de la atención de las usuarias. Se encontró que la usuarias en los establecimientos de salud fijos tuvieron una mayor probabilidad de admisión, prevención y control de infecciones, y exámenes de laboratorio, mientras que las usuarias de las clínicas móviles tuvieron una mayor probabilidad de acceder al ácido fólico con hierro, la vacuna contra el toxoide tetánico y otros suplementos (kits de parto, mosquiteros impregnados con insecticida, tabletas de desinfección del agua y multivitamínicos), en comparación a las usuarias de los establecimientos fijos. No hubo diferencias entre ambos servicios en relación al examen físico, educación en salud y consejería, comunicación y documentación del proveedor. Se observó en los prestadores de ambos servicios una baja adherencia a las guías clínicas, posiblemente relacionado con la alta demanda de estos servicios que afecta la duración de la consulta. Las mujeres tuvieron una percepción de buena calidad de atención en ambos modelos de prestación, a pesar de las deficiencias que presentan ambos servicios y que podría estar relacionado con el bajo costo de la atención y el buen trato de los prestadores. Los autores consideran que existe una baja calidad en el control pre-natal de ambos servicios, que debe ser mejorado para impactar en la salud y nutrición de las mujeres gestantes.

La Secretaría de Salud de México (2008) publicó una evaluación al segundo año de operación del Programa Caravanas de Salud creado en 2007, el cual brinda atención a 125 municipios de zonas rurales. El programa dispone de cuatro tipos de unidades médicas. Las de tipo 0 son

camionetas 4 x 4, con una brigada que incluye médico general, enfermera y un promotor de salud – chofer. La de tipo 1 es un vehículo equipado con un consultorio de medicina, un laboratorio de pruebas rápidas y un electrocardiógrafo. Se mantiene el mismo personal. La de tipo 2 adiciona un consultorio dental e incluye un odontólogo. La de tipo 3 mantiene los servicios anteriores, pero además ofrece ecografía y cuenta con equipamiento para videoconferencia y telemedicina. Las unidades tipo 0 llegan a las localidades de más difícil acceso, mientras que las unidades tipo 2 y 3, tienen dificultades para circular en zonas rurales muy alejadas, lo que ha llevado a que el programa solo cubriera el 27% de su población objetivo. Estas unidades cumplen jornadas de 20 a 25 días de trabajo y por lo general visitan entre 6 a 10 comunidades en cada salida mensual, con un promedio de permanencia de 1 día de trabajo en cada comunidad. De preferencia se ha buscado que el personal seleccionado sea de la región y hable la lengua indígena. El estudio encontró que el 84 % de la población encuestada sabía de estas unidades móviles y el 46 % reconoció que se enteró a través del auxiliar comunitario. Asimismo, el 88 % de usuarios encuestados manifestó estar satisfecho con la atención y el 91 % de usuarios consideró que el personal de salud tuvo un trato amable.

Bautista (2011) realizó una evaluación cuasi-experimental de las brigadas de salud itinerantes AISPED (Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas) de la Dirección Regional de Salud Ayacucho, mediante la aplicación de encuestas de hogares en grupos de beneficiarios y de control. La encuesta exploró información sobre acceso a la atención integral del niño, atención de salud mental y atención en salud sexual y reproductiva, así como percepciones sobre los servicios de salud de oferta fija (establecimientos de salud) e itinerante (AISPED). El estudio se realizó en una muestra de 123 hogares beneficiarios y 102 hogares de control, en un ámbito cubierto por 13 brigadas AISPED. La intervención de las brigadas fue muy variable en cuanto al tiempo (10 a 95 meses), incluyendo el incremento del número de brigadas que pasó de 3 a 13 equipos en el periodo de 1999-2008. El estudio encontró que esta intervención no logró ampliar el acceso a los servicios de salud de la población excluida y dispersa, y tampoco había contribuido a mejorar el estado de salud de la

población. Se identificaron impactos negativos en los indicadores de acceso a métodos de planificación familiar, acceso a tamizaje en salud mental, la prevalencia de desnutrición crónica y la percepción sobre el estado de salud actual. No obstante, se encontró impactos positivos en los indicadores del acceso al control prenatal, acceso a la vacunación, control de crecimiento y desarrollo y la práctica de comportamientos saludables. El estudio considera que este poco impacto se relaciona con las limitaciones que tiene la intervención para asegurar una atención integral de salud y por la existencia de barreras socioeconómicas y culturales de la población.

Barzola-Cordero et al. (2011) revisaron los resultados de una estrategia de brigadas de especialistas que visitaron establecimientos de salud en diferentes provincias del Perú en el periodo entre el 2009 al 2010. Del total de 222 visitas, el 58 % de las visitas fueron a hospitales del II nivel de atención, 37 % a establecimientos del I nivel y 5 % a laboratorios regionales de salud pública. Las brigadas estuvieron conformadas entre 1 a 4 médicos especialistas, con una estancia promedio de 15 días y financiados entre el MINSA (remuneraciones y traslado) y los gobiernos regionales (alimentación y hospedaje). Entre los principales problemas encontrados, se reportan la débil articulación con los actores de salud locales, la falta de metas de producción por especialidades, la inadecuada infraestructura y equipamiento y la falta de personal de apoyo en los servicios locales que limitaba el trabajo del especialista. Incluso, no se realizaron cirugías por falta de anestesiólogo, enfermeras instrumentistas, medicamentos o pruebas de laboratorio. No obstante, fue una experiencia que contribuyó a mejorar el acceso de la población a servicios especializados.



## **2.6. Conceptos claves**

### **2.6.1. Mecanismos de articulación**

El Diccionario de la Real Academia Española define la palabra “articular” de la siguiente manera: (i) “unir dos o más piezas de modo que mantengan entre sí alguna libertad de movimiento”, (ii) “construir algo combinando adecuadamente sus elementos”. Mientras que “articulación” se define como la “acción y efecto de articular”. Por lo tanto, podemos entender la articulación como el proceso de unir o entrelazar diferentes componentes, y que este proceso también puede denominarse bajo otros términos afines que van en el mismo sentido, tales como coordinación, asociación, colaboración, concertación o cooperación.

La articulación no es un fin. Es tan solo un medio para lograr objetivos comunes que no se podrían lograr de forma aislada y que ocurre en todos los niveles de gestión, con diferentes grados de complejidad, con variados tipos de sinergia (información, actividades, recursos y autoridad). Requiere de estructuras e instrumentos de coordinación y cooperación para ser efectiva (comités de autoridades, grupos de trabajo, mecanismos de consulta, mecanismos de planificación estratégica, mecanismos de concertación, entre otros). Estos no son excluyentes y se complementan entre sí (Licha & Molina 2006: 6-7).

Según Hintze (2017), los mecanismos de articulación que surgen entre los actores involucrados en una intervención o una organización “tienen un peso especial en la dinámica institucional pues en ellos se expresa la lógica de las reglas de juego y la distribución del poder y la autoridad” (Hintze 2017:99), donde el sistema de relaciones que se establece entre los actores puede incluir relaciones jerárquicas (autoridad formal o ejercicio de poder) o relaciones contractuales (acuerdos o compromisos de gestión).

Para Rovere (1999), las redes interinstitucionales de salud se construyen en base a mecanismos de articulación entre los actores a través de vínculos formales e informales que dan lugar a diferentes niveles de complejidad que se complementan mutuamente, tales como: (i)

*reconocimiento* que expresa la aceptación del otro como un interlocutor válido, (ii) *conocimiento* que supone comprender el comportamiento del otro, (iii) *colaboración* que promueve ayudar al otro en casos puntuales, (iv) *cooperación* que supone la operación conjunta de actividades para resolver problemas comunes, (v) *asociación* mediante acuerdos o contratos que permitan compartir recursos para lograr objetivos comunes (Rovere 1999: 24-25)

Mintzber (1991) describe cinco mecanismos de coordinación entre las personas que participan de un proceso productivo, tales como el *ajuste mutuo* que se basa en la comunicación informal entre las personas y que resulta muy efectivo cuando el grupo de trabajo es pequeño. La *supervisión directa* se da cuando el grupo de trabajo se hace más grande y demanda la presencia de un supervisor que brinde instrucciones y verifique el avance del grupo. La *estandarización de los procesos de trabajo* ocurre cuando es factible implantar una línea de montaje o un programa vertical que permita a las personas ceñirse a una rutina de trabajo. La *estandarización de los resultados* se da cuando es posible la asignación de metas o estándares de desempeño a los individuos o grupos de trabajo. Finalmente, *estandarización del perfil del puesto de trabajo* permite estandarizar las competencias de los individuos, lo que facilita la automatización de las tareas desde antes de iniciar el proceso de trabajo y facilita el trabajo en equipo (Mintzber 1991: 9).

La Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública reconoce que existen serios problemas de articulación al interior del Estado que están generando ineficiencia en la ejecución de las políticas públicas. Por ello, se requiere establecer como principio orientador de la gestión pública, la "articulación intergubernamental e intersectorial" para evitar la ambigüedad, duplicidad y superposición de funciones entre los diferentes niveles de gobierno y los diferentes sectores, con la finalidad de asegurar una respuesta conjunta, eficiente y oportuna ante las necesidades de la población. Asimismo, señala que en cada entidad se deberán promover "mecanismos de coordinación como la comunicación, los niveles jerárquicos, la estandarización de procesos, productos, resultados,

conocimientos, valores y normas de conducta” (Presidencia del Consejo de Ministros 2013: 43).

La articulación también puede ser abordada teniendo en cuenta su dimensión horizontal, donde se busca la coordinación entre actores del mismo nivel, pero de diferentes sectores del Gobierno, incluyendo organizaciones con estructura de poder equivalente, y una dimensión vertical, que procura mejorar la coordinación entre actores del mismo sector, pero de diferentes niveles de gobierno (Hill y Hupe 2011: 67, 72).

La estrategia de unidades móviles de salud es la expresión operativa sobre el terreno de la implementación de una política pública regional para mejorar el acceso de la población rural a los servicios de salud. La puesta en práctica de esta política requiere de la articulación de dos actores públicos: (i) la Red de Salud, que es el actor responsable de conducir e implementar en su ámbito jurisdiccional esta política pública de atención de salud itinerante, y (ii) el establecimiento de salud, que es el actor responsable de apoyar en el terreno la ejecución de las actividades de la unidad móvil de salud. Entre estos dos actores se han establecido mecanismos de articulación que están facilitando o limitando la organización y el funcionamiento de esta intervención.

### **2.6.2. Participación de los actores sociales**

El Diccionario de la Real Academia Española define la palabra “participar” como: (i) “tener parte en una sociedad o negocio o ser socio de ellos”, y (ii) “dar parte, noticiar o comunicar algo a alguien”, (iii) “intervenir junto con otros en algo”. Según Chiara y Di Virgilio (2017: 70-71), los actores sociales son “formas concretas” que participan en los procesos de gestión, incluyendo individuos u organizaciones, que tiene la capacidad de tomar decisiones o ejecutar acciones en el “marco de un sistema de relaciones”. Si bien es posible identificar “actores potenciales”, estos finalmente se definirán durante el proceso de implementación de una política o ejecución de una intervención, dependiendo de la capacidad de acción del actor, el cual determinará su inclusión o no en el proceso de gestión.

La participación social es un concepto bastante amplio que refleja el interés de las personas de involucrarse en asuntos que tienen un impacto en su vida cotidiana y el desarrollo de sus comunidades. Se define como un “proceso de involucramiento por parte de un grupo de individuos que aúnan voluntades a fin de conseguir un beneficio u objetivo común, de generar algún tipo de cambio social” (Iturrieta 2008: 32) y que no requiere una condición especial, tan solo el interés de compartir los objetivos que motivan la acción colaborativa (Iturrieta 2008: 32).

La participación comunitaria es un concepto que alude a la solidaridad y el trabajo comunitario que contribuye en la ejecución de proyectos locales y ayuda a suplir la ausencia de algunos servicios públicos; aquí la relación con el Estado es solo de carácter asistencial como proveedor de recursos. Es definida como “un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales” (Montero 2004: 109).

La participación ciudadana es un concepto jurídico vinculado al marco constitucional de un país. Es definida como el ejercicio de un derecho ciudadano de participar en una “acción colectiva y organizada a través de mecanismos e instrumentos” que establecen relaciones específicas entre el ciudadano y el Estado. Por lo tanto, la participación ciudadana se vuelve un “objetivo” en sí mismo, que permite avanzar en la formación de ciudadanos y en la democratización de las instituciones; y también un “medio” para lograr resultados con el Estado (Di Virgilio 2013: 5).

La participación ciudadana también puede ser abordada desde el enfoque de la gobernanza que “alude a la posibilidad de vincular al Estado y la sociedad en la conducción de los destinos públicos” (Cano 2008: 149), mediante diferentes estrategias de “participación ciudadana” y el “fortalecimiento de las redes sociales”, puesto que se asume que las instituciones de gobierno no son suficientes para gobernar. Este concepto de gobernanza va más allá del enfoque de gobernabilidad que alude a la

“capacidad política y administrativa de gobernar” entendida como la capacidad de las instituciones del Gobierno de aplicar políticas y desplegar acciones, donde “los ciudadanos son destinatarios de las acciones o políticas gubernamentales” (Cano 2008: 152).

Teniendo en consideración el grado de participación de los actores sociales en la toma de decisiones de las políticas públicas, es posible distinguir los siguientes cuatro niveles (Cano 2008: 154-156):

- Información: Es el nivel más básico de participación que consiste en asegurar que exista un adecuado flujo de información entre las instituciones públicas y los ciudadanos. Este nivel tiene por finalidad que la ciudadanía conozca el funcionamiento de las instituciones públicas y el accionar de sus autoridades; sin embargo, no se busca que el ciudadano incida en la gestión de las instituciones. Este nivel es la esencia de la transparencia y la rendición de cuentas, y responde al derecho de acceso a la información que tienen todos los ciudadanos. Puede incluir estrategias como portales web institucionales, buzones de sugerencias, oficinas de quejas y reclamaciones, entre otros.
- Consulta: Es el nivel de participación que consiste en obtener información, aportes, pedidos y opiniones de los ciudadanos sobre sus prioridades, preferencias, preocupaciones o posición frente a un problema de interés público o una intervención del Gobierno que tendrá finalmente un impacto en sus vidas y su entorno. La eficiencia de este nivel dependerá mucho del interés y la voluntad de las autoridades políticas de utilizar la información que han recibido de la ciudadanía, debido a que esta información por lo general no es vinculante con las decisiones de las instituciones. Puede incluir estrategias como encuestas de opinión, consejos consultivos, encuestas de satisfacción de usuarios, consultas previas, entre otros.

- **Cooperación o cogestión:** Es el nivel de participación donde los ciudadanos, usando sus propios recursos, se involucran en tareas públicas para colaborar y complementar la labor del Estado. Este nivel es muy eficiente en el ámbito local o en situaciones de emergencia donde la insuficiente o débil presencia del Estado hace necesario que la comunidad se involucre en asegurar o vigilar la prestación de algún servicio público esencial. Puede incluir estrategias como comités de voluntariado, grupos de vigilancia ciudadana, entre otros.
- **Decisión:** Es el máximo nivel de participación donde los ciudadanos se involucran en la toma de decisiones que impactarán en el funcionamiento de las instituciones públicas y en la implementación de políticas o intervenciones que se realizarán en la comunidad. Este nivel es el de mayor participación de la ciudadanía, pero también el más complejo de llevar a la práctica, siendo más eficiente su uso a nivel local, donde es posible un trabajo más cercano entre las autoridades políticas y los actores sociales. Puede incluir estrategias como los consejos ciudadanos con poder de decisión y las asambleas sobre presupuestos participativos.

### **2.6.3. Acceso a los servicios de salud**

Andersen y Newman (1973:8) señalan que el acceso comprende los “medios” que facilitan el “ingreso” y la “continuidad” de las personas en el sistema de atención médica. Este acceso dependerá en parte de la “estructura” y los “recursos disponibles”. Aday y Andersen (1974:209) plantean que el acceso representa la “disponibilidad” de los servicios de salud “cuando y donde los pacientes los necesitan” y que incluye una buena definición del punto de entrada al sistema de salud.

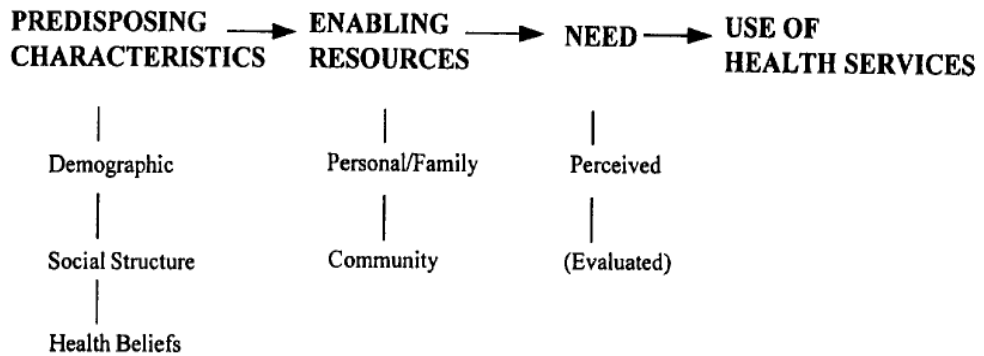
Sánchez y Ciconelli (2012: 266-267) consideran que “el concepto de acceso puede variar en el tiempo, a medida que las sociedades evolucionan y surgen nuevas necesidades” y que, con el paso del tiempo, este concepto ha ido incorporando dimensiones como disponibilidad, aceptabilidad, información y la capacidad de pago; por lo tanto, el acceso

“no equivale a la simple utilización de los servicios de salud”. Al respecto, dichos autores señalan lo siguiente:

El acceso ha sido descrito como la oportunidad de utilización de los servicios en circunstancias que permitan el uso apropiado de los mismos. Los patrones de utilización deben ser analizados con cautela, pues no constituyen un elemento indicador de acceso per se. Sin embargo, pueden ayudar en la evaluación de la equidad en salud (Sánchez y Ciconelli 2012: 264).

Uno de los marcos conceptuales más empleados para el estudio del acceso y uso de servicios de salud es el modelo explicativo propuesto por Ronald M. Andersen a fines de la década de 1960s, el cual sugiere que el uso de los servicios de salud está en función de tres factores determinantes a nivel del individuo: (i) los factores predisponentes para usar esos servicios, donde se consideran los factores demográficos (edad, sexo, género, tamaño familiar), la estructura social (educación, clase social, ocupación, empleo, etnia o raza, cultura) y las creencias en salud (conocimientos, actitudes y valores); (ii) los factores que capacitan o impiden el uso de los servicios, y aquí se incluyen los vinculados al soporte familiar (ingresos, ahorros, seguro de enfermedad, atención regular de salud) y los vinculados al soporte comunitario (disponibilidad de servicios, educación sanitaria, disponibilidad de tecnología médica); y (iii) las necesidades de salud de las personas, que pueden ser las “necesidades percibidas” por los usuarios (autopercepción de la enfermedad) y las “necesidades evaluadas” o diagnósticas por los profesionales de la salud (Andersen 1995: 2). Cabe precisar que el comportamiento de cada factor dependerá del tipo de servicio que analizemos, sea consulta ambulatoria, atención hospitalaria, atención odontológica, atención itinerante, entre otros. Asimismo, algunos factores son más resistentes a ser modificados que otros. Por ejemplo, los factores demográficos y la estructura social son menos modificables, mientras que los factores capacitantes suelen ser más modificables.

**Figura 9: Modelo de uso de los servicios de salud**



Fuente: Modelo inicial de uso de servicios de salud, fase 1, 1960s (Andersen 1995: página 2, figura 1)

#### **2.6.4. Unidades Móviles de Salud**

Las Unidades Móviles de Salud – UMS son intervenciones que “forman parte de una estrategia que incluye la provisión de servicios ambulatorios de salud ocasionales”, las mismas que son una “estrategia de excepción” que debe utilizarse como último recurso para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud y por un periodo corto de operación, mientras se amplía la oferta de establecimientos de salud fijos o se mejora el acceso a dichos servicios (Comité Internacional de la Cruz Roja 2006: 6). Por ello, la puesta en operación de una UMS debe planificarse cuidadosamente teniendo en cuenta las necesidades de salud de la población y su adecuada articulación con el sistema local de salud para mantener la integralidad y la continuidad de la atención. El Comité Internacional de la Cruz Roja ha realizado una revisión de experiencias de UMS en campo, donde se identifican las siguientes lecciones aprendidas sobre el proceso de implementación de las UMS (2006: 14-15):

- Son una estrategia de naturaleza intermitente, por lo que debe preferirse otras estrategias de atención de naturaleza más continua.



- Requieren recursos humanos altamente capacitados con buena adherencia a los protocolos de triaje y procedimientos estandarizados.
- Se adaptan con mucha facilidad a los programas verticales, como inmunizaciones y programas de prevención y control de malaria.
- Son muy útiles en condiciones y enfermedades de lento desarrollo, que requieren tamizaje y acciones preventivas, como el control de gestantes y los programas de enfermedades crónicas.
- No son adecuadas para intervenciones de salud pública que requieren acciones permanentes y articuladas con los actores sociales.
- Pueden ser usadas en atenciones médicas de emergencia y en operativos de salud de corta duración.
- Deben estar vinculadas con el sistema local de salud para la referencia y evacuación oportuna de los pacientes.
- No son una herramienta para hacer evaluación de necesidades en campo, ya que desnaturaliza su propósito.
- Son servicios muy costosos y con una logística muy complicada. Sin embargo, se ha encontrado que los servicios dentales y de cirugía ocular han probado ser eficientes.

Un hospital de campaña es "una infraestructura de atención sanitaria móvil, autocontenida y autosuficiente que se puede desplegar, instalar y expandir, o en su defecto desmantelar, con rapidez para satisfacer las necesidades inmediatas de atención de salud durante un lapso determinado" (Organización Panamericana de la Salud 2003: 6). Estos servicios portátiles se desplazan a la zona afectada con el propósito de complementar o reemplazar algunos servicios del sistema local de salud durante una situación de emergencia o desastre natural, desarrollando sus operaciones en tres posibles escenarios; primero, una atención médica de emergencia en las primeras 48 horas; segundo, una atención sanitaria de seguimiento y apoyo de emergencias, desde el día 3 hasta el día 15; y tercero, una atención sanitaria provisional mientras se rehabilitan o reconstruyen los establecimientos de salud, lo cual puede extenderse desde el segundo mes hasta dos o más años, y que suele funcionar con

personal de salud local. En el caso de hospitales de campaña extranjeros, lo recomendable es que estos servicios no se extiendan más de quince días, por el alto costo de operación y el rápido deterioro de las tiendas de campaña (2003: 6,10)

La atención prehospitalaria por su parte se refiere a la atención y transporte en ambulancias de pacientes hacia un establecimiento de salud, en condiciones de calidad, oportunidad y pertinencia. En el modelo americano, esta atención considera una evaluación rápida y algunas maniobras a cargo de un personal no médico que está bajo supervisión médica a distancia; mientras que en el modelo franco-alemán la atención la realiza un profesional médico que esta entrenado para la atención en el sitio de la emergencia (Ministerio de Salud, 2008b: 57). En el Perú las ambulancias se clasifican en tres tipos. Las de tipo I son para transporte de pacientes estables y cuentan con equipamiento básico y personal de enfermería. Las de tipo II se emplean para el traslado de pacientes en estado crítico y cuentan con mayor equipamiento y personal médico entrenado. Las de tipo III se usan para traslado de pacientes en estado crítico inestable, que cuenta con personal médico especializado en emergencias y equipamiento de mayor complejidad (Ministerio de Salud 2006).

## **CAPÍTULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **3.1. Naturaleza de la investigación**

La investigación tiene un propósito exploratorio, ya que se busca abordar el tema de un servicio de salud instalado en un vehículo de transporte terrestre que brinda atención ambulatoria de forma itinerante en zonas rurales, del cual existen estudios, en su mayoría, provenientes de la literatura de países anglosajones. El marco teórico de acceso y uso de los servicios de salud está basado principalmente en investigaciones sobre establecimientos de salud de oferta fija (hospitales y centros de salud) y servicios prehospitalarios (ambulancias). Al respecto, los estudios exploratorios sirven para “investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras o sugerir afirmaciones y postulados” (Sampieri et al. 2007: 101). Asimismo, los estudios exploratorios son necesarios cuando “el tema nunca antes ha sido abordado en determinada muestra o grupo de personas, o las teorías existentes no se aplican en un grupo o muestra particular de estudio” (Creswell 2003: 22). También son necesarios cuando “la naturaleza del fenómeno no puede ser abordada desde los métodos cuantitativos” (Morse 1991: 120). En ese sentido, el tema en estudio requiere ser analizado desde la perspectiva de los actores y las condiciones complejas del país, que tiene especificidades por su contexto geográfico, político, socioeconómico y el propio sistema de salud. Además, a través del análisis de la información cualitativa, recopilada a través del análisis documental y las entrevistas de funcionarios, personal de salud y personas de la comunidad, se busca construir una nueva apreciación del tema que pudiera llevar a proponer mejoras para los tomadores de decisión.

La investigación utilizó el enfoque metodológico cualitativo que permitió el uso de técnicas cualitativas para una mejor aproximación al tema de estudio, pues se buscó comprender en profundidad los aspectos facilitadores o limitantes del funcionamiento del servicio público que presta la Unidad Móvil de Salud de la Red Cusco Norte. Se debe tener en cuenta

que “la investigación cualitativa se basa, ante todo, en el proceso mismo de recolección y análisis. Recordemos que es interpretativa, ya que el investigador hace su propia descripción y valoración de datos” (Sampieri et al. 2007: 527). Al respecto, el uso de este enfoque metodológico ha permitido recopilar, analizar e interpretar información cualitativa para poder responder a las preguntas planteadas sobre aspectos de articulación, participación, percepciones y pertinencia cultural. Cabe mencionar que “tres componentes fundamentales de este marco son las percepciones e interpretaciones subjetivas, que surgen de la experiencia, las acciones o comportamientos objetivos y el contexto” (Ulin, Robinso y Tolley 2006: 17). En ese sentido, el enfoque cualitativo ha sido necesario en este estudio por las siguientes razones:

- a) Ha permitido captar los puntos de vista y experiencias personales de los actores involucrados en esta estrategia.
- b) Se ha buscado entender las particularidades del contexto geográfico, político, socioeconómico y del propio sistema de salud en que se ha desarrollado la estrategia.
- c) Ha facilitado la identificación prácticas individuales y grupales, que han influenciado en la implementación de esta estrategia.
- d) Ha dado soporte para generar teorías y sugerencias que están fundamentadas en la perspectiva de los participantes y en las condiciones de su contexto específico.

El marco interpretativo usado en la investigación fue el diseño de teoría fundamentada (Grounded Theory) propuesto por Glaser y Strauss en 1967, un método que proviene del campo de la sociología y cuyo planteamiento básico supone que “las preposiciones teóricas surgen de los datos obtenidos en la investigación, más que de los estudios previos” (Sampieri et al 2007: 687) y que, “sus explicaciones se circunscriben a un ámbito determinado, pero poseen riqueza interpretativa y aportan nuevas visiones de un fenómeno” (Sampieri et al 2007: 687). La teoría fundamentada es un método inductivo que busca crear teorías que expliquen un proceso social apoyado en los datos empíricos recolectados y una constante comparación con las teorías disponibles (Gaudet & Robert

2018: 42). En ese sentido, el presente estudio consideró los siguientes pasos:

- a) Codificación del material obtenido del análisis documental y entrevistas grabadas
- b) Categorización o agrupación de los códigos en base a características que se han planteado previamente en el diseño del estudio y otras que han surgido durante el proceso
- c) Relacionamiento entre las categorías. Para ello se utilizaron mapas con categorías, códigos y conectores.
- d) Integración y modelamiento. Para ello se identificaron elementos integradores para la construcción de una teoría explicativa del tema de estudio en un contexto específico, tomando en cuenta la perspectiva de los actores.

### **3.2. Forma de investigación**

La forma de investigación utilizada es el estudio de caso, pues se analizará en profundidad y de manera detallada el proceso de funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud (UMS) de la Red Cusco Norte. Debe precisarse que se ha elegido esta UMS por tratarse de un caso exitoso y por su alto valor para comprender el funcionamiento de los servicios de salud itinerantes y su contexto de implementación. Al respecto, el estudio de caso “es una estrategia de investigación adecuada para analizar las prácticas gerenciales justamente por su capacidad para generar una reconstrucción holística de los procesos” (Barzelay y Cortázar 2006: 196).

El estudio de caso no es una muestra, ya que no se busca comprender otros casos, sino comprender en profundidad un único caso, por ello “el estudio de caso es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (Stake 1998: 11). En ese sentido, el estudio de caso no es la elección de una técnica metodológica, sino la elección de un objeto específico de estudio, por lo que sus atributos pueden ser cualitativos y cuantitativos, de naturaleza simple o compleja (Kröll 2013: 235).

Según Yin (1994), el estudio de caso “investiga un fenómeno contemporáneo, dentro de su contexto de vida real, sobre todo cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes” (Yin 1994: 4,13). En ese sentido, el estudio de caso responde a tres condiciones: a) cuando la pregunta de investigación indaga por el ¿cómo? y el ¿por qué?; b) no se tiene ningún control sobre el comportamiento de los eventos; y c) interés en estudiar eventos sociales contemporáneos dentro de un contexto de la vida real. Asimismo, si los resultados teóricos del estudio caso han sido desarrollados apropiadamente, pueden ser generalizados a otros casos que presenten condiciones teóricas similares, lo que se denomina “generalización analítica”, una propiedad de este tipo de estudios cualitativos que es muy diferente a la “generalización estadística” que es propio de los estudios cuantitativos cuando se infieren resultados estadísticos para una población a partir de datos de una muestra significativa (Yin 1994: 30).

El estudio de caso puede involucrar una unidad de análisis (estudio de caso simple) o involucrar en otras subunidades (estudio de caso múltiple), dependiendo del nivel de análisis que se quiere lograr dentro del caso estudiado (Martínez 2006: 185). Asimismo, es necesario el uso de múltiples fuentes de evidencia y el cumplimiento del principio de triangulación para asegurar la validez interna de los resultados del estudio (Yin 1994: 13). Entre las fuentes de evidencia, se deben considerar los siguientes recursos: a) documentos (cartas, actas, documentos administrativos, artículos de periódicos, evaluaciones, entre otros); b) registros de archivos (estadísticas, servicios prestados, presupuesto, mapas, gráfica, entre otros); entrevistas (fundamental en el estudio de caso); observaciones (casuales o formales, directa o participante); y artefactos materiales que aporten evidencias físicas sobre el caso (Kröll 2013: 256).

### **3.3. Unidad de análisis**

El estudio de caso tiene como única unidad de análisis el proceso de funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud de la Red Cusco Norte, que

será analizado como un sistema integrado de actores, mecanismos y condiciones de operación dentro de un contexto determinado.

### 3.4. Variables e indicadores

- a. ¿Cuáles son los mecanismos de articulación entre la Red de Salud y el establecimiento de salud para el funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud?

Variable: mecanismo de articulación

Indicadores:

- Dispositivos de adaptación mutua
- Estandarización de los procesos de trabajo y de resultados

- b. ¿Cuál es el nivel de participación de los actores sociales involucrados en el funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud?

Variable: nivel de participación de los actores sociales

Indicador:

- Acceso a información pública
- Cooperación con los servicios públicos

- c. ¿Cuáles son las creencias y actitudes del personal del establecimiento de salud y del personal de la Unidad Móvil de Salud en relación a esta intervención?

Variable: creencias del personal del establecimiento de salud

Indicadores:

- Carga laboral
- Relaciones interpersonales

Variable: actitudes del personal del establecimiento de salud

Indicadores:

- Expectativas sobre el servicio itinerante

Variable: creencias del personal de la Unidad Móvil

Indicadores:

- Carga laboral
- Condiciones laborales
- Trabajo en equipo
- Satisfacción laboral

Variable: Actitudes del personal de la Unidad Móvil

Indicadores:

- Disposición para seguir trabajando
- Expectativas laborales futuras

- d. ¿Qué percepción tienen los usuarios de la comunidad sobre la Unidad Móvil de Salud como estrategia que está contribuyendo a mejorar su salud?

Variable: Percepción de los usuarios de la comunidad

Indicadores:

- Expectativas sobre el servicio itinerante
- Resolución de sus problemas de salud
- Satisfacción con la atención recibida

- e. ¿Cuáles son los patrones culturales de la población para la aceptación la Unidad Móvil de Salud?

Variable: patrones culturales de la población

Indicadores:

- Creencias sobre el proceso salud-enfermedad-atención
- Pertinencia cultural de la atención
- Pertinencia cultural de la estructura del vehículo
- Recursos terapéuticos tradicionales

### **3.5. Fuentes de información**

El estudio de caso utilizó las siguientes fuentes de información:



- Funcionarios de la Red de Salud Cusco Norte
- Personal de la Unidad Móvil de Salud (UMS)
- Personal de los establecimientos de salud visitados por la UMS
- Pobladores de las comunidades visitadas por la UMS
- Documentos de la UMS

### **3.6. Universo y muestra**

#### **3.6.1. Universo**

El universo incluye a diferentes participantes por cada fuente de información y que cuentan con la capacidad de proporcionar la información más significativa para responder a las preguntas del estudio. En base a estos criterios, el universo es el siguiente:

- Funcionarios de la Red de Salud Cusco Norte
- Personal de la Unidad Móvil de Salud (UMS)
- Personal del establecimiento de salud
- Pobladores de la comunidad

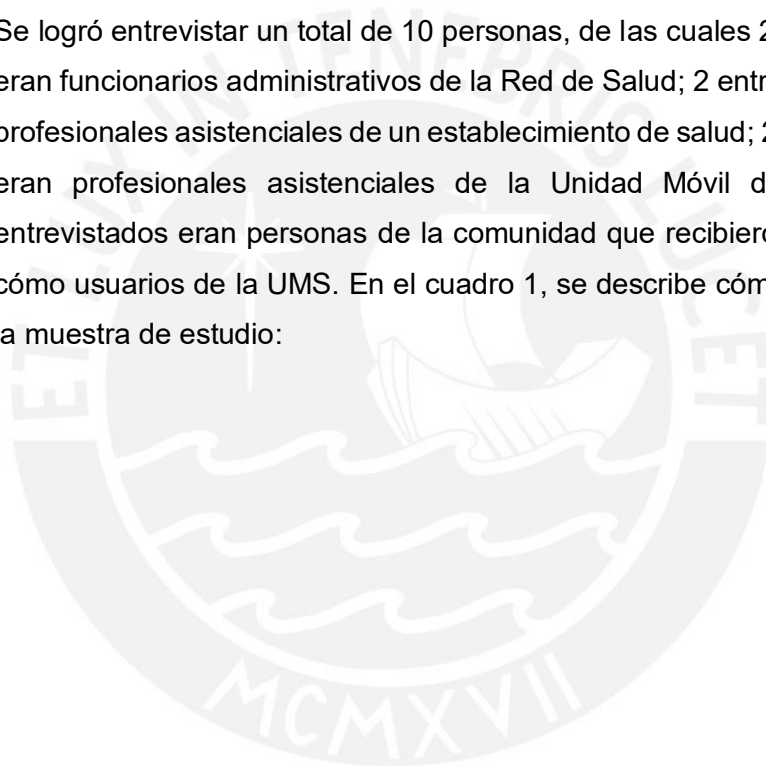
#### **3.6.2. Muestra**

En los estudios cualitativos, se utiliza el muestreo teórico. Es decir, los casos son elegidos para responder las preguntas del estudio y profundizar en las teorías que están siendo construidas de forma inductiva. La muestra es significativa, propia de la investigación cualitativa. El método de muestreo es no probabilístico e intensional. El muestreo es intensional pues la selección de los participantes se realizó según el criterio del investigador teniendo en consideración la capacidad del participante de brindar información significativa para el estudio.

Se seleccionaron las comunidades de Cuyo Chico y Zurite por existir disponibilidad de transporte terrestre desde la ciudad de Cusco y por existir el antecedente de haber sido visitadas por la Unidad Móvil de Salud. Asimismo, durante la visita de campo, se buscó personas que hayan sido

usuarios de la UMS. Para ello se pidió al personal de salud apoyo para identificar a dichas personas. También se pidió apoyo a las usuarias entrevistadas para la identificación de otras personas de su entorno que hubieran recibido atención. Sin embargo, no fue posible ubicar más personas con hubieran tenido la experiencia de atención en la UMS. De las cuatro usuarias entrevistadas, tres de ellas informaron que también eran promotoras de salud y que habían hecho uso en algún momento de la Unidad Móvil de Salud. En el Anexo 2 se consigna los códigos asignados a los entrevistados y se detallan sus características.

Se logró entrevistar un total de 10 personas, de las cuales 2 entrevistados eran funcionarios administrativos de la Red de Salud; 2 entrevistados eran profesionales asistenciales de un establecimiento de salud; 2 entrevistados eran profesionales asistenciales de la Unidad Móvil de Salud; y 4 entrevistados eran personas de la comunidad que recibieron atención de cómo usuarios de la UMS. En el cuadro 1, se describe cómo se conformó la muestra de estudio:



**Cuadro 1. Muestra de estudio**

<b>Muestra</b>	<b>Nº</b>	<b>Procedencia</b>	<b>Detalle</b>
Funcionarios administrativos	2	Red de Salud Cusco Norte	1 Especialista de la estrategia de salud sexual y reproductiva
			1 Especialista del Seguro Integral de Salud
Profesionales de la Unidad Móvil de Salud	2	Unidad Móvil de Salud	1 Médico general
			1 Cirujano dentista
Profesionales del establecimiento de salud	2	Puesto de Salud Zurite	1 Enfermera jefe
		Puesto de Salud Cuyo Chico	1 Cirujano dentista
Pobladores de la comunidad	4	Comunidad de Zurite	1 persona con experiencia de usuaria y promotor de salud
		Comunidad de Cuyo Chico	2 personas con experiencia de usuaria y promotor de salud
			1 persona con experiencia de usuaria
<b>Total</b>	<b>10</b>		

Fuente: Elaboración propia

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recojo de información**

#### **3.7.1. Técnicas de recojo de información**

Se usaron las siguientes técnicas cualitativas:

a. Entrevistas individuales semi-estructuradas

Se utilizó la entrevista semiestructural para recabar información en forma verbal, y conocer las opiniones y percepciones de los entrevistados/as, así como sus comentarios, sugerencias o aportes al estudio. Esta técnica se aplicó a los siguientes informantes:

- A funcionarios de la Red de Salud: dos entrevistas
- A personal de la Unidad Móvil de Salud: dos entrevistas
- A personal del establecimiento de salud: dos entrevistas

- A personas de la comunidad: dos entrevistas
  - Una usuaria de la UMS, que era promotora de salud
  - Una usuaria de la UMS, que no era promotor de salud
  
- b. Entrevista grupal:

Se utilizó la entrevista semiestructural para recabar información en forma verbal y conocer las opiniones y percepciones de un grupo de entrevistados/as, así como sus comentarios, sugerencias o aportes al estudio. Esta técnica se aplicó a los siguientes informantes:

  - A personas de la comunidad:
    - Dos usuarias de la UMS y que también eran promotoras de salud
  
- c. Revisión documental

Se revisó los documentos de las Unidades Móviles de Salud de la Red de Salud Cusco Norte, tales como plan anual de trabajo, reportes de actividades, informes estadísticos, mapas de rutas, documentos de gestión, información del proyecto y post-proyecto de implementación, estudio de evaluación y sistematización de la experiencia de las unidades móviles de salud de Cusco y otros informes y archivos producidos del 2014 al 2018.

### **3.7.2. Instrumentos de recojo de información**

Se elaboraron los siguientes instrumentos:

- Guía de entrevista a funcionarios de la Red de Salud (Anexo 3)
- Guía de entrevista al personal de salud del establecimiento de salud y Unidad Móvil de Salud (Anexo 4)
- Guía de entrevista a personas de la comunidad (Anexo 5)
- Esquema de tópicos para la revisión de documentos

### **3.8. Procedimientos de información**

#### **3.8.1. Recolección de datos**

- Previo al trabajo de campo se realizó una prueba piloto para verificar si la guía de la entrevista se correspondía con los objetivos del estudio y las preguntas de investigación, así como verificar la adecuada redacción de las preguntas y la pertinencia de las mismas. Luego de esta validación, se realizaron los ajustes y modificaciones a la guía y se incorporaron algunas preguntas. Los casos piloto se seleccionaron por razones de conveniencia y acceso. Se entrevistó a dos profesionales de salud (obstetra y odontólogo) que habían laborado en las brigadas de salud itinerantes AISPED en la Región Amazonas y un profesional médico que había laborado en servicios de ambulancias de atención pre-hospitalaria en Lima. Las tres entrevistas se realizaron en la ciudad de Lima, el 12 de octubre de 2018.
- Se utilizó la técnica del muestreo intensional de bola de nieve, mediante el cual se les pidió a los participantes que identifiquen a otras personas con un conocimiento especial del tema o una experiencia similar o de mayor alcance. De esta manera, se pudo captar informantes claves con información significativa para el estudio.
- Las entrevistas se realizaron en diferentes locaciones del Cusco, del 16 al 19 de octubre de 2018. Se visitó la sede de la Red Cusco Norte, el Centro de Salud Wanchaq y el CS Buena Vista (establecimientos donde estaban ubicados provisionalmente dos profesionales de la unidad móvil), la comunidad de Zurite y la comunidad de Cuyo Chico. En total se entrevistaron a 10 informantes claves, 8 informantes fueron con entrevistas individuales y 2 informantes mediante una entrevista grupal, como puede verse en el cuadro 2.
- Se elaboraron guías de preguntas para las entrevistas semiestructuradas y entrevista grupal, con la finalidad de obtener una recopilación sistemática de los datos, pero con la suficiente flexibilidad para adaptar las preguntas a los participantes y las circunstancias de cada entrevista.

- Las entrevistas fueron realizadas por el investigador del estudio y se utilizó una grabadora digital. Previamente se le informaba al entrevistado los fines del estudio, la confidencialidad de los datos personales y se le solicitaba su permiso para realizar la grabación.
- Se elaboró un esquema de tópicos para la revisión de los documentos recopilados. Se tuvo en cuenta revisar informes, reportes, página web y otros documentos disponibles de la Red Cusco Norte, del proyecto de implementación de las Unidades Móviles de Salud, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). También se revisó noticias relacionadas con las unidades móviles proveniente de sitios web.



**Cuadro 2. Lista de informantes claves entrevistados**

Fuentes de información	Informante clave	Profesión	Tipo de entrevista	Lugar de entrevista	Provincia / distrito	Fecha
Funcionario Red Cusco Norte	Especialista del Seguro Integral de Salud y Referencias - Red	Obstetra	Individual	Red Cusco Norte	Cusco, Santiago	16/10/18
	Especialista de Estrategia Salud Materna - Red	Obstetra	Individual	Red Cusco Norte	Cusco, Santiago	16/10/18
Personal de la Unidad Móvil de Salud	Coordinador de Unidad Móvil de Salud	Cirujano dentista	Individual	CS Wanchaq	Cusco, Wanchaq	17/10/18
	Personal de Unidad Móvil de Salud	Médico	Individual	CS Buena Vista	Cusco, Cusco	17/10/18
Personal del Puesto de Salud Cuyo Chico	Personal del PS Cuyo Chico	Cirujano Dentista	Individual	PS Cuyo Chico	Calca, Pisac	18/10/18
Personal del Puesto de Salud Zurite	Jefe del PS Zurite	Enfermera	Individual	PS Zurite	Anta, Zurite	19/10/18
Pobladores de la comunidad Cuyo Chico	Usuaría de UMS y promotora de salud	.-.	Grupal	Comunidad Cuyo Chico	Calca, Pisac	18/10/18
	Usuaría de UMS y promotora de salud	.-.	Grupal	Comunidad Cuyo Chico	Calca, Pisac	18/10/18
	Usuaría de UMS	.-.	Individual	Comunidad Cuyo Chico	Calca, Pisac	18/10/18
Pobladores de la comunidad Zurite	Usuaría de UMS y promotora de salud	.-.	Individual	Comunidad Zurite	Anta, Zurite	19/10/18

Fuente: Elaboración propia

### **3.8.2. Procesamiento de datos**

- La información de las entrevistas fue grabada y transcrita textualmente a un formato word.
- La información documental se trasladó a tablas y gráficos de Excel y a matrices en Word orrganizadas según los requerimientos de las variables e indicadores del estudio.
- Para la codificación de la información de los documentos de trabajo, se utilizó el software para el análisis de datos cualitativos ATLAS.Ti, versión 8.3.1

### **3.8.3. Análisis de la información**

- El análisis de la información se desarrolló después de completar la transcripción de las entrevistas y completado la revisión documentaria.
- Se analizaron antecedentes del contexto y características operativas de la Unidad Móvil de Salud relevantes para comprender su funcionamiento.
- Se utilizó un análisis combinado de la información recopilada con los instrumentos cualitativos y la revisión documentaria.
- Se utilizó el marco interpretativo de la teoría fundamentada para construir de manera inductiva una teoría que explique el proceso de funcionamiento de la Unidad Movil de Salud apoyado en los datos empíricos recolectados y en una constante comparación con las teorías disponibles.
- La información ha sido codificada, categorizada y analizada de forma inductiva, teniendo en cuenta los siguientes pasos:
  - a. Codificación: Se revisó el contenido del material obtenido del análisis documentario y las entrevistas degrabadas, se identificaron citas textuales que presentaban un segmento de significado y se les asignó un código en base a la lista inicial del estudio y otros códigos que fueron surgiendo durante el análisis
  - b. Categorización: Se hizo una comparación entre códigos, buscando similitudes o diferencias, para agruparlos en



categorías o familias de códigos, en base a la lista inicial del estudio.

- c. Relacionamiento entre categorías: Se buscaron vínculos o nexos temporales, causales o de conjunto-subconjunto. Se revisó la información para reducir la dispersión y la inconsistencia de las categorías.
  - d. Integración de la información. Se buscó integrar las categorías en temas y subtemas en base a tendencias, contrastes y similitudes.
  - e. Modelamiento: Se construyó una teoría explicativa sobre el funcionamiento de la unidad móvil de salud y, para ello, se usaron mapas conceptuales, matrices de relacionamiento de categorías y el uso de metáforas.
- Se identificaron los aspectos facilitadores y limitantes por cada categoría y se priorizaron las citas más relevantes.
  - Se realizó una tipología de unidades móviles de salud de acuerdo con el tipo de estrategia de funcionamiento que se decidía implementar.
  - Se identificaron sugerencias para la mejora del funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud.

## CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. Características de la Unidad Móvil de Salud

#### 4.1.1 Infraestructura y equipamiento

La Unidad Móvil de Salud (UMS) es un vehículo motorizado, tipo camión, de tamaño mediano y de color blanco (Figura 10). En su infraestructura se han instalado y equipado tres ambientes de atención ambulatoria:

- Unidad de laboratorio
- Unidad de ecografía
- Unidad de odontología

**Figura 10. Ambientes de atención en la Unidad Móvil de Salud**



Fuente: Tomada por el investigador. Cusco, 2018



Unidad de laboratorio



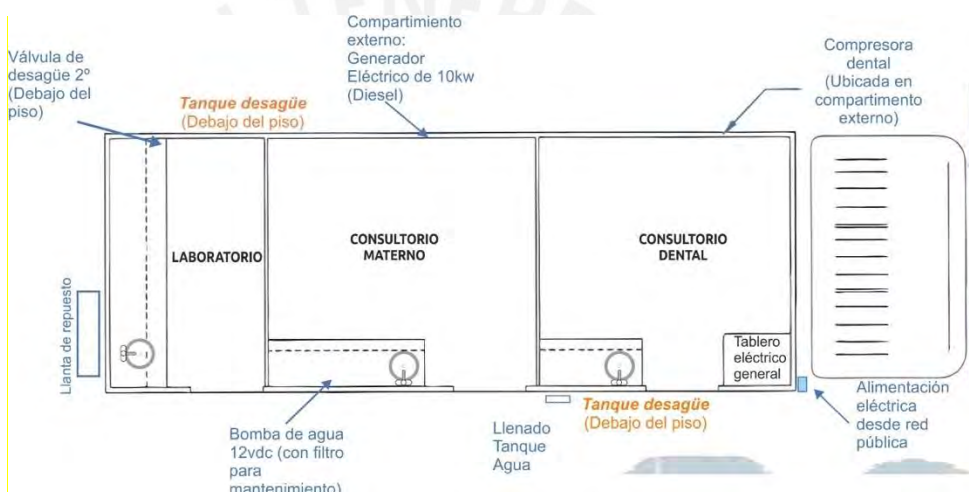
Consultorio médico-ecográfico



Consultorio odontológico

El diseño estructural de la UMS corresponde a un modelo “Busa” que cuenta con puntos de agua y puntos de alimentación eléctrica dentro los consultorios, un tanque de almacenamiento de agua, un sistema de desague, un banco de baterías eléctricas, paneles solares, un grupo electrogeno, incluso un punto de conexión para alimentación eléctrica desde la red pública, aire acondicionado, luces LED, todo con despliegue eléctrico (Figura 11).

**Figura 11. Croquis de la Unidad Móvil de Salud**



Fuente: Manual de uso y mantenimiento de las UMS de Cusco (Organización Panamericana de la Salud 2018c: 19)

En el cuadro 3, se indican los principales equipos biomédicos que dispone la UMS para la atención en cada uno de sus servicios.

**Cuadro 3. Equipamiento médico de la UMS**

Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"><li>- Analizador Bioquímico semi-automático</li><li>- Espectrofotómetro</li><li>- Centrifuga para microhematocrito</li><li>- Autoclave, baño maría, destilador de agua</li><li>- Microscopio binocular, micropipetas</li><li>- Refrigeradora eléctrica pequeña</li></ul>
Ecografía	<ul style="list-style-type: none"><li>- Equipo de diagnóstico ultrasónico móvil</li><li>- Laptop e impresora gráfica de video</li><li>- Equipo detector de latidos fetales</li><li>- Maletín de soporte básico de vida</li><li>- Cilindro de oxígeno, tallímetro, balanza digital</li><li>- Camilla de examen ginecológico</li></ul>
Dental	<ul style="list-style-type: none"><li>- Equipo de rayos X portátil</li><li>- Set instrumental de diagnóstico y tratamiento dental</li><li>- Coche de curaciones e instrumental accesorio</li><li>- Unidad dental completa: equipo, sillón dental completo (incluye compresora de aire)</li><li>- Sensor/ cámara intra-oral</li></ul>

Fuente: Lista de equipamiento médico de UMS (Red Cusco Norte: 2014).

#### **4.1.2 Cartera de prestaciones**

La UMS Cusco Norte brinda atención al público en tres ambientes que están debidamente acondicionados, donde se ofrecen los servicios de ecografía, odontología y laboratorio. La Directiva Regional de UMS (Dirección Regional de Salud Cusco 2015) señala que este servicio brinda las siguientes prestaciones:

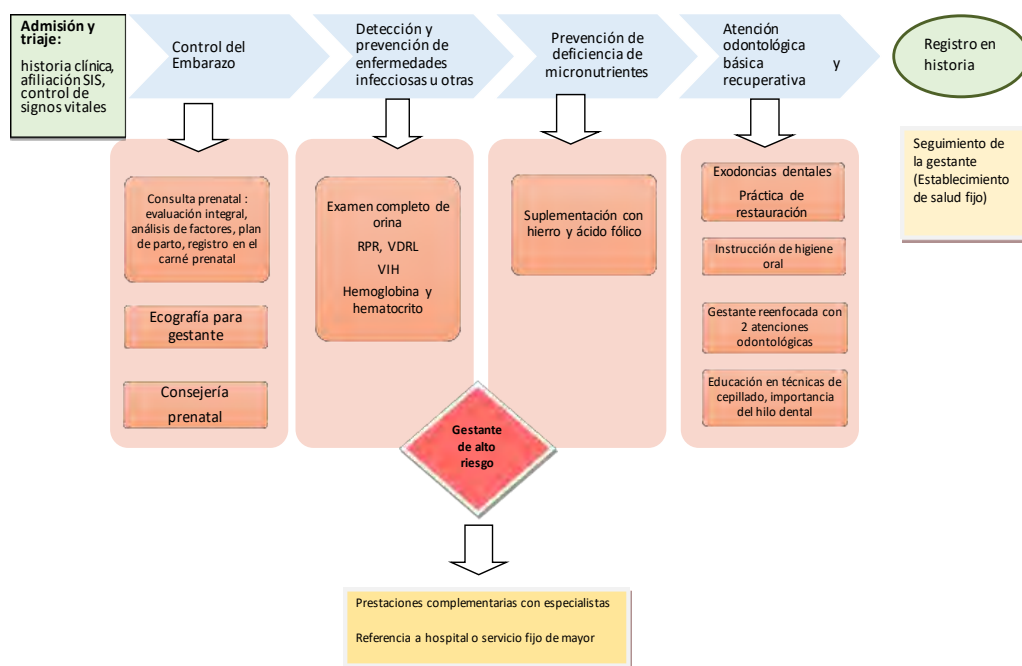
- Atención a la gestante. Realizado por médico general u obstetra, y debe iniciarse antes de las 14va semana de la gestación.
  - Vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto
  - Detección oportuna de signos de alarma y factores de riesgo

- Atención odontológica a la gestante. Lo realiza un odontólogo y se consideran dos atenciones (entre la 1ra y 14va semana de la gestación y la segunda entre la 22 y 24va semana).
  - Atención odontológica básica
  - Aplicación de fluor
  - Profilaxis dental
  - Destartraje
  
- Exámenes de laboratorio. La batería de análisis incluye:
  - Hemoglobina
  - Grupo sanguíneo y factor Rh
  - Glucosa
  - Reacción serológica para sífilis (RPR) e infecciones por VIH
  - Urocultivo o examen completo de orina
  - Otros exámenes de acuerdo a las etapas de vida
  
- Ecográfica obstétrica: Lo realiza un médico general calificado y se solicitará en los siguientes casos:
  - En gestantes antes de las 20 semanas para confirmar edad gestacional.
  - En gestantes mayores de 35 años, se solicitará evaluación del pliegue nucal entre las 11 y 14 semanas.

### 4.1.3 Flujo de atención

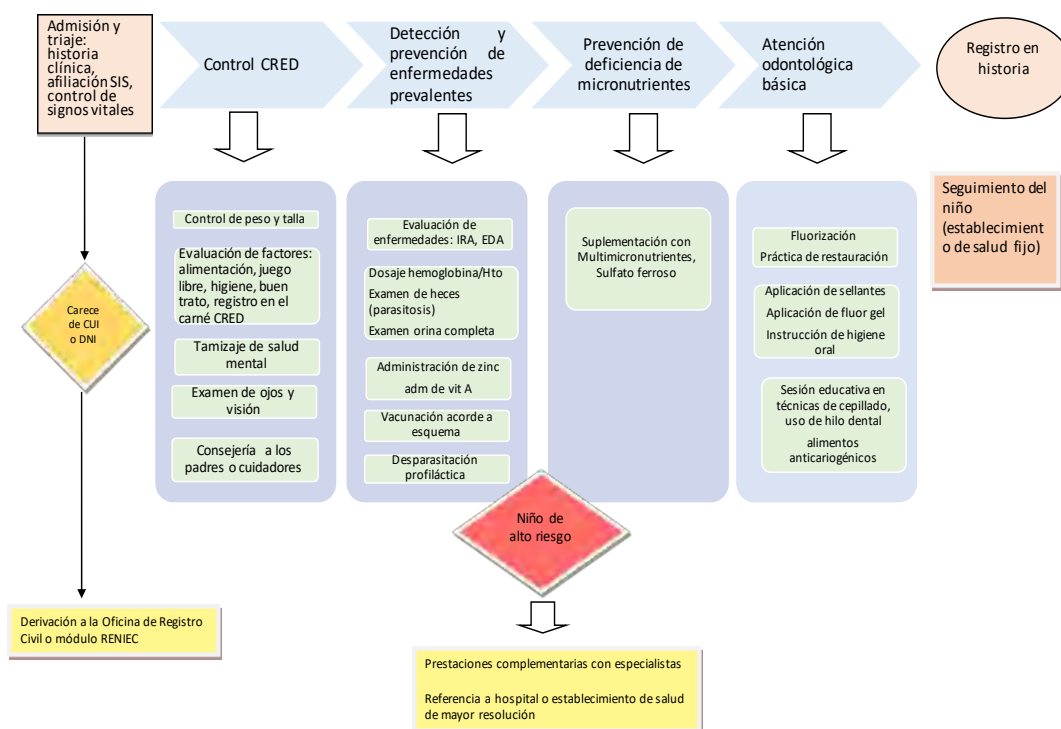
El flujo de las atenciones incluye admisión, verificación de la afiliación al SIS, triaje, atención clínica, registro de formatos (FUA, HIS) y llenado de historia clínica. Luego, el usuario pasa por los diferentes servicios para recibir los paquetes de atención integral y de ser el caso, también se incluye la entrega de receta y la referencia a otro establecimiento de salud (figuras 12 y 13).

**Figura 12. Flujo de atención de la gestante**



Fuente: Directiva Sanitaria de la UMS (DIRESA Cusco 2015)

**Figura 13. Flujo de atención del niño menor de 3 años**



Fuente: Directiva Sanitaria de la UMS (DIRESA Cusco 2015)

#### 4.1.4 Estadísticas

En el periodo 2014-2017, la UMS ha intervenido en 132 establecimientos de salud, con un promedio de permanencia de 1 día en cada lugar (tabla 15). Cabe precisar que en el año 2014 las visitas eran masivas y no se priorizaban establecimientos, mientras que en el periodo entre el 2015 al 2017 se introdujo una metodología de trabajo en base a establecimientos priorizados con la finalidad de cumplir con la programación de metas sanitarias en la población objetivo. Esta modalidad de trabajo y las eventuales limitaciones logísticas (chofer, combustible, entre otros) han determinado que el número de establecimientos intervenidos se redujera en los últimos tres años. En el 2018 las visitas se han realizado bajo la modalidad de campaña masiva, la cual no está vinculada con la intervención de establecimientos de salud priorizados.

**Tabla 15. Alcance de la UMS Red Cusco Norte**

Detalle	2014	2015	2016	2017	Promedio permanencia
Número de establecimientos visitados por UMS	52	35	20	25	1 día

Fuente: Reporte de productividad de las Redes de Salud, 2014-2017 (Organización Panamericana de la Salud, 2018e: 83).

La UMS ha tenido una importante producción de atenciones de ecografía, odontología y laboratorio, incluyendo las atenciones preventivas que se realizan a los niños, mujeres, gestantes y adulto mayor para la búsqueda de factores de riesgo, las que se realizan en apoyo al cumplimiento de las metas sanitarias del establecimiento de salud visitado. En el periodo 2014-2017, se han realizado 2250 ecografías, 6158 atenciones odontológicas, 4717 exámenes de laboratorio y 8,458 prestaciones que incluyen consulta ambulatoria, controles prenatales, tamizaje de salud mental y otras atenciones preventivas (tabla 16).

**Tabla 16. Atenciones en la UMS Red Cusco Norte**

ATENCIONES	2014	2015	2016	2017 <sup>1</sup>	TOTAL
Ecografía	1,123	284	211	632	2,250
Odontología <sup>2</sup>	2,512	1,339	1,296	1,011	6,158
Laboratorio <sup>3</sup>	1,082	1,396	1,337	902	4,717
Otras prestaciones <sup>4</sup>	1,532	1,745	1,426	3,755	8,458
<b>TOTAL</b>	<b>6,249</b>	<b>4,764</b>	<b>4,270</b>	<b>6,300</b>	<b>21,583</b>

Fuente: Reporte de productividad de las Redes de Salud, 2014-2017 (Organización Panamericana de la Salud 2018e: 84).

Notas:

1. Información parcial de enero-octubre 2017
2. Odontología: salud bucal, prevención de caries, restauración dental simple y compuesta, exodoncia
3. Laboratorio: diagnóstico del embarazo, exámenes de laboratorio completo de la gestante y apoyo al diagnóstico



4. Otras prestaciones: atención prenatal, detección de problemas de salud mental, consulta externa, atención integral de salud del adulto mayor, atención integral del joven y adulto

#### **4.1.5 Recursos humanos**

La UMS cuenta con personal contratado por la Red Cusco Norte bajo la modalidad de Contrato de Administración por Servicios (CAS) y está constituido por cuatro integrantes:

- 01 médico general capacitado en ecografías obstétricas
- 01 odontólogo, que asume las funciones de coordinador de equipo
- 01 biólogo o técnico en laboratorio
- 01 chofer (con categoría A-3)

El personal de la UMS está contratado bajo la modalidad de Contrato de Administración de Servicios (CAS), que es una modalidad propia del sector público que le brinda al trabajador algunos beneficios sociales (seguro social y aportación previsional), un contrato temporal hasta de un año y que puede ser renovado. Este tipo de contrato no brinda estabilidad laboral en la plaza; sin embargo, el tiempo de servicio puede contabilizarse con fines de un futuro nombramiento laboral.

#### **4.1.6 Soporte logístico**

El combustible, los materiales e insumos son proporcionados por la Red Cusco Norte, lo que incluye la contratación del seguro contra accidentes de tránsito (SOAT).

Los medicamentos son proporcionados por cada establecimiento de salud, que luego son reembolsados por el SIS. La UMS no transporta, ni expende medicamentos a los usuarios.

El mantenimiento de la UMS está a cargo de la Red Cusco Norte. De forma reciente, la OPS apoyo la elaboración de un Manual de mantenimiento del vehículo y los equipos médicos.

## **4.2 Mecanismos de articulación de actores de salud**

El estudio encontró que el funcionamiento la Unidad Móvil de Salud (UMS) requiere la articulación eficiente entre la Red de Salud Cusco Norte, el equipo de profesionales de la Unidad Móvil de Salud y el establecimiento de salud intervenido. Durante el estudio, se observó que la Red de Salud, por ser un órgano administrativo, está más orientado a lograr objetivos cuantitativos y económicos, dentro de un horizonte de mediano plazo, mientras que el establecimiento de salud, por ser un órgano asistencial, está más orientado a lograr objetivos cualitativos y prestacionales, dentro de un horizonte de corto plazo, una tensión que suele observarse en la gestión pública de los servicios de salud (Uribe-Rivera 2006: 40).

En la presente investigación, se han identificado dos mecanismos de articulación entre los actores de la Red de Salud, la Unidad Móvil de Salud y el establecimiento de salud para la puesta en funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud Cusco Norte: (i) dispositivos de adaptación mutua, (ii) estandarización de los proceso de trabajo y de resultados, los cuales se describen a continuación:

### **4.2.1 Dispositivos de adaptación mutua**

La adaptación mutua es la forma más sencilla y económica de coordinación entre actores. El estudio identificó los siguientes dispositivos de enlace: el contacto informal y los grupos de trabajo. El contacto informal a través del diálogo directo entre los actores de la Red de Salud, la Unidad Móvil de Salud y el establecimiento de salud, demostró ser un mecanismo muy eficiente para la identificación y resolución de problemas operativos de la UMS. Se lograron mejoras en el flujo de la atención de los usuarios, el soporte logístico y la oportuna referencia de los pacientes hacia otros servicios de la Red de Salud. En los siguientes testimonios, se da cuenta de esta situación:

“Nos reunimos con todo el establecimiento, les explicamos como vamos hacer la actividad (...) Coordinamos con el puesto de salud y el puesto lo tienen que referir a uno de mayor complejidad" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"Me comunico con la persona encargada [del establecimiento]...y coordinamos" (...). Con el puesto I-1 y I-2. A ellos les informábamos que tal fecha nos íbamos a acercar. Necesitamos tal y cual cosa" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"En ese rato, ya lo vemos, que falta, y los apoyamos (...)" (E5, profesional del Puesto de Salud Cuyo Chico).

Mintzber (1991: 9) señala que en toda organización las personas deben coordinar para lograr objetivos comunes y considera que el "ajuste mutuo" es muy efectivo cuando el grupo de coordinación es pequeño. Como se puede apreciar de los testimonios, muchos de los problemas operativos de la UMS se resuelven por el diálogo directo que ocurre entre el personal de la Red de Salud, la Unidad Móvil de Salud y el establecimiento de salud intervenido; por consiguiente, el uso del diálogo directo como mecanismo de articulación entre los actores es un factor que ha facilitado el funcionamiento de la UMS.

Los grupos de trabajo desarrollaron reuniones técnicas en la Red de Salud con la finalidad de programar actividades, evaluar avances, rendir cuentas, entre otras actividades vinculadas con la gestión de la UMS. En las reuniones participaban diferentes funcionarios, tales como el director de la Dirección de Atención Integral de Salud (DAIS), el coordinador de la Unidad Móvil de Salud, el coordinador del Seguro Integral de Salud y los coordinadores de las diferentes Estrategias Sanitarias de DAIS, tales como salud reproductiva, salud bucal, enfermedades no transmisibles, salud mental, entre otros profesionales, tal como se señala en los siguientes testimonios:

"[En las reuniones técnicas] se evaluaba por Microrred y se priorizaban los establecimientos que estaban con déficit de personal, los que necesitaban actividades especializadas o metas..." (E2, profesional de Unidad Móvil).

"[Se cumplía con]...tener reuniones previas con DAIS [Dirección de Atención Integral de Salud] y con cada coordinación y evaluar cada establecimiento..." (E2, profesional de Unidad Móvil).

“Cada vez que ellos retornaban [la UMS]..., entonces ellos tenían que dar su informe al doctor Darío en este caso, informaban de cuanto y cual es el trabajo que habían realizado. Entonces, entregaban un informe”. (E1, funcionario de la Red de Salud).

Hay una persona responsable y coordina con las áreas [de la Red de Salud] (E3, funcionario de la Red de Salud).

Las reuniones técnicas también empezaron a darse progresivamente en algunas Microrredes con participación de los coordinadores locales de las Estrategias Sanitarias y el personal de salud, y que ha permitido a las Microrredes solicitar a la Red el apoyo de la UMS. No obstante, la participación de la Microrred es muy incipiente por su débil capacidad operativa para movilizar los recursos locales. Esta situación se describe en los siguientes testimonios:

“Cuando hemos probado con las Microrredes no hay mucho resultado...muchas veces las Microrredes no comunica...o lo dejan a la deriva” (E4, profesional de la Unidad Móvil).

“En un primer corte, todavía no se involucró la Microrred, coordinamos con el establecimiento (...). [Actualmente] hay un minicomité en cada Microrred. Son como descentralizados. De materno tiene uno de materno. De bucal tiene uno de bucal. De niño tiene otro de niño en la Microrred, el cual recepciona la información y ya consolidado lo mandan a la Red. Ya no es como antes, todos los establecimientos iban a la Red a esto (...). Ahora cada cabecera de Microrred ya evalúa las necesidades de cada establecimiento y acorde a eso, es que nos piden a nosotros ir a fortalecer los puestos” (E2, profesional de la Unidad Móvil).

“Porque como Microrred hay una reunión mensual de los jefes de establecimientos, allí con el jefe de la Microrred de Salud Pisac, coordinan en que estamos bajos y allí solicitaremos que los Koikas [la Unidad Móvil de Salud] nos vengán a apoyar...” (E5, profesional del Puesto de Salud Cuyo Chico).

“Se han priorizado las microrredes que han solicitado el apoyo de la unidad, por lo menos en este año (...)” (E3, profesional de la Red de Salud).

El Plan Operativo de Intervención de la Unidad Médica Móvil del 2018 considera las reuniones de coordinación como una estrategia para lograr los objetivos de la intervención, tal como se señala en el siguiente texto:

“Reuniones de coordinación con coordinadores de atención integral, ODI, y grupos de usuarios” (Red Cusco Norte 2016a: 31).

La Directiva Sanitaria Regional N° 001-2015, de “Servicios de Unidades Móviles de Salud de la DIRESA Cusco”, aprobada con Resolución Directoral N° 02040-2015-DRSC/DGDPH, en la Sección IV, Disposiciones Generales, considera el uso de canales de coordinación entre los diferentes actores para una mejor organización de la prestación, tal como se señala en el siguiente texto:

“Red y Microrred de Salud. Coordina con la Microrred y garantiza la organización de las actividades [de la UMS] en el establecimiento de salud” (Dirección Regional de Salud Cusco 2015: 9).

“Establecimiento de salud fijo. Coordina y organiza con la UMS la atención integral (previa citas)” (Dirección Regional de Salud Cusco 2015: 9).

Licha & Molina (2006: 6-7) señala que la articulación no es un fin. Es tan solo un medio para lograr objetivos comunes que no se podrían lograr de forma aislada y que ocurre en todos los niveles de gestión, con diferentes grados de complejidad y variados tipos de estructuras de coordinación, que puede incluir comités, grupos de trabajo, espacios de planificación, entre otras opciones que no son excluyentes y que se complementan entre sí. Como se puede apreciar de los testimonios y los documentos analizados, el personal de la unidad móvil, el establecimiento de salud y la Red de Salud han venido impulsando grupos de trabajo para realizar acciones de planificación, coordinación y monitoreo. Por consiguiente, el uso de los grupos de trabajo como mecanismo de articulación entre los actores es un factor que ha facilitado el funcionamiento de la UMS.

#### 4.2.2 Estandarización de los procesos de trabajo y de resultados

El estudio ha identificado la existencia de un mecanismo de articulación entre los actores que se ha estructurado en base a la estandarización de los procesos de trabajo y la estandarización de los resultados de la UMS, el cual ha permitido asignar metas de desempeño y acoplar de forma ordenada los roles que vienen asumiendo los diferentes actores de la Red de Salud, la Unidad Móvil de Salud y el establecimiento de salud intervenido. Bajo esta lógica, se ha estandarizado las etapas de planificación, organización, ejecución, monitoreo y evaluación de las UMS.

En los siguientes testimonios, se muestran opiniones respecto a la estandarización de los resultados basada en la asignación de metas de cobertura en la población y que procuran lograr de forma conjunta el establecimiento, la UMS y la Red de Salud:

"El mejor formato es planificar salidas con metas. Todos ganan...Allí ha funcionado bien" (E4, profesional de Unidad Móvil).

"La planificación de la Unidad Móvil está netamente enfocada en las necesidades del establecimiento, a que me refiero con esto: a cubrir sus metas" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"Íbamos a los [establecimientos] que teníamos bajas coberturas...porque también hay deficiencia de personal de salud" (E4, profesional de Unidad Móvil).

"Sí, básicamente se priorizan los establecimientos I-1, I-2, que es donde hay falta, precisamente, de este servicio" (E3, profesional de Red Cusco Norte).

"(...) desde la Red tenemos programaciones, metas por estrategias que cumplir, por ejemplo, en no transmisibles, nos ponen para detectar *pacientes* que estén tal vez con sobrepeso, diabetes, hipertensión (...) Como vamos avanzando y mes a mes, como nosotros vamos reportando, y en la Red se dan cuenta en que podríamos estar bajos, y bajo esas circunstancias, que yo sepa, de la misma Red a los de Koika [Unidad Móvil de Salud], les dicen tales establecimientos, en tal microrred, en tal establecimiento están bajos, apóyeles" (E5, profesional del Puesto de Salud Cuyo Chico).

La Directiva Sanitaria Regional N° 001-2015, de “Servicios de Unidades Móviles de Salud de la DIRESA Cusco”, aprobada con Resolución Directoral N° 02040-2015-DRSC/DGDPH, establece disposiciones que estandarizan los resultados (“logro de resultados”) y el proceso de funcionamiento de la UMS (“condiciones para la operación”), tal como se señala en el Cuadro 4 y en el siguiente texto del documento:

“Finalidad de la Directiva. Articular y alinear componentes básicos de gestión y operación de Unidades Móviles de Salud, de modo que la evaluación de su eficiencia cumpla con las políticas regionales de salud, orientadas al logro de resultados previstos por la Dirección Regional de Salud Cusco. (...) Condiciones para la operación de las Unidades Móviles de Salud (...)” (Dirección Regional de Salud Cusco 2015: 9).

Cabe señalar que la directiva de un gobierno regional no tiene mandato legal sobre un gobierno municipal, por tratarse de otro nivel de gobierno, según lo establece la Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización, en el Artículo 10°, Numeral 10.1: “La normatividad que aprueben los distintos niveles de gobierno en el marco de sus atribuciones y competencias exclusivas, son de cumplimiento obligatorio en sus respectivas jurisdicciones”. No obstante, esta directiva brinda un marco referencial para fortalecer el relacionamiento con el gobierno local.

**Cuadro 4. Funcionamiento estandarizado de la UMS**

<b>Etapas</b>	<b>Red y Microrred de Salud</b>	<b>Establecimiento de salud</b>	<b>Unidad Móvil de Salud</b>	<b>Gobierno local</b>
Planificación	Oficina de Desarrollo Integral: prioriza los ámbitos de intervención	Prevé y prioriza la población a ser atendida con la UMS	Requerimiento de insumos, materiales y equipos	Define un plan de comunicación para la convocatoria de la población priorizada.
Organización	Coordina con la Micro red y garantiza la organización de las actividades en el EE.SS.	Coordina y organiza con la UMS la atención integral (previa citas).	Realiza el desplazamiento e instalación en las zonas a ser intervenidas.	Coordina con los medios locales las actividades de difusión para la atención integral y las condiciones mínimas de alojamiento para el personal de UMS
Ejecución	Monitorea las actividades que desarrollan los EE.SS. y las UMS.	Realiza la atención y seguimiento de casos derivados por la UMS. Registra información en formatos.	Realiza la atención complementaria junto al EE.SS. y registra la información.	Difunde la convocatoria a través de los medios de comunicación locales. Proporciona un ambiente seguro para estacionar la UMS luego de la atención en el EE.SS.
Monitoreo y Evaluación	Evaluación mensual	Reporta información a microrred.	Reporta información a micro red y red.	Participa en las evaluaciones de las intervenciones.

Fuente: Directiva Sanitaria Regional N.º 001-2015, de “Servicios de Unidades Móviles de Salud de la DIRESA Cusco” (Dirección Regional de Salud Cusco 2015: 9).

Cuando la UMS empezó sus operaciones en 2014, las actividades estaban dirigidas a la realización de campañas médicas masivas. Luego, en el 2015, la UMS empezó a trabajar en base a metas sanitarias programadas en la población afiliada al SIS en establecimientos de salud priorizados, teniendo como referencia las metas físicas de los productos sanitarios de los programas presupuestales del Presupuesto por Resultados (PpR),



tales como el Programa Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Enfermedades No Transmisibles, Control y Prevención en Salud Mental, Prevención y Control de Cáncer, entre otros. Por ejemplo, dentro del Programa Presupuestal 002 – Salud Materna Neonatal, se cuenta con el producto “Atención Prenatal Reenfocada” dirigida a las gestantes programadas en el primer nivel de atención, y que contiene un paquete básico de prestaciones a realizar a partir del puesto de salud I-1 (atención en la gestante, vacunación antitetánica y visita domiciliaria), a partir del centro de salud I-3 (exámenes de laboratorio completo y atención odontológica) y a partir del centro de salud I-4 (ecografía obstétrica y evaluación del bienestar fetal) (Ministerio de Salud, 2016: 111-117).

Esta lógica de planificar en base a resultados se alinea muy bien con el enfoque de generación de “valor público” de Moore (1995), mediante el cual las instituciones públicas inician una “cadena causal” de actividades y prestaciones que contribuyen a lograr resultados sanitarios para mejorar la salud y el bienestar de la población. Según Moore (1995), el valor público debe cumplir tres condiciones: tener como objetivo generar valor público, contar con el apoyo político y legal de su entorno, y tener la capacidad operativa para su producción (Moore 1995: 71).

El estudio encontró que se han estandarizado los criterios para priorizar los establecimientos a ser intervenidos por la UMS, que incluye los criterios normados en la Directiva Sanitaria Regional N° 001-2015 y otros criterios complementarios que han sido identificados durante las entrevistas, los que toman en cuenta aspectos geográficos, culturales, demográficos, vulnerabilidad, entre otros, para tomar una mejor decisión sobre el lugar de la intervención (cuadro 5).

**Cuadro 5. Criterios de priorización de establecimientos**

<b>Criterios normados<sup>1</sup></b>	<b>Elementos para la toma de decisión</b>
Primer nivel de atención	Tipo I-1, I-2 y I-3
Acceso geográfico	Carreteras transitables y accesibles
Pobreza	Zonas pobres quintil I y II
Coberturas de metas	Establecimiento con bajas coberturas sanitarias
<b>Criterios complementarios<sup>2</sup></b>	<b>Elementos para la toma de decisión</b>
Equipo profesional del puesto	Equipo profesional incompleto
Distancia	De preferencia zonas alejadas
Estación del año	Rural (temporada seca) o urbano (temporada de lluvias)
Población vulnerable	Presencia de gestantes con paquetes incompletos
Capacidad del puesto	Capacidad de difusión y captación de pacientes
Soporte logístico	Disponibilidad de chofer, combustible e insumos
Concentración de población	Días de feria o días festivos de la comunidad
Condiciones del lugar	Zonas sin fluido eléctrico y/o bajo consumo de combustible por el vehículo

Fuente: Elaboración propia

Nota:

1. Criterios de intervención establecidos en la Directiva Sanitaria Regional N° 001-2015, de “Servicios de Unidades Móviles de Salud de la DIRESA Cusco” (Dirección Regional de Salud Cusco 2015: 8).
2. Información recopilada de las entrevistas al personal de la Red y la Unidad Móvil.

En julio de 2018, la DIRESA Cusco, con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), elaboró un set de instrumentos de gestión para mejorar el funcionamiento de las Unidades Móviles de Salud, tales como Manual de operaciones, Guía de Atención, Guía de Comunicaciones y el Manual de Uso y Mantenimiento de las UMS.

El Manual de Operaciones de las UMS es un instrumento que establece pautas para la intervención en campo de la UMS y la organización de los recursos necesarios para realizar la actividad asistencial, tal como se describe en el cuadro 6.

**Cuadro 6. Roles compartidos para la implementación de la UMS**

Actores	Roles compartidos
Dirección Regional de Salud Cusco (Direcciones Ejecutivas y Estrategias)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Socializar, monitorear y evaluar el cumplimiento de la Directiva que regula la implementación de la estrategia de las UMS</li> <li>- Brindar asistencia técnica para garantizar la implementación oportuna de los servicios básicos que se ofrecen a través de las UMS</li> </ul>
Dirección de Red de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar la planificación, rutas de intervención, monitoreo y evaluación de UMS</li> <li>- Desarrollar competencias y brindar asistencia técnica al equipo de salud itinerante de la UMS y de los EE. SS fijos para una adecuada complementariedad de las prestaciones de servicios que se brindan a través de las UMS</li> <li>- Analizar los indicadores para el funcionamiento de UMS</li> </ul>
Microrred de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar en la planificación mensual de las prestaciones de servicios de las UMS</li> <li>- Desarrollar reuniones locales multisectoriales, capacitaciones con actores sociales para fortalecer la implementación de las UMS</li> <li>- Realizar el monitoreo de los indicadores a nivel de los establecimientos de salud del ámbito de intervención de las UMS</li> </ul>
Establecimiento de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difundir y convocar a través de diferentes canales de comunicación sobre los servicios móviles básicos que brindara la UMS a la población objetivo</li> <li>- Garantiza la entrega de suplementos con micronutrientes (sulfato ferroso, vitaminas, ácido fólico etc.) de acuerdo con las necesidades identificadas por etapa de vida a través del servicio de farmacia.</li> <li>- Desarrolla actividades de seguimiento y control a usuarios detectados en la UMS con factores de riesgo o signos de alarma.</li> </ul>

Fuente: Manual de Operaciones de las Unidades Móviles de Salud, Cusco, Perú (Organización Panamericana de la Salud 2018b: 13-14).

La Guía de Atención de las UMS es un instrumento que establece pautas sobre el proceso de atención integral de la población intervenida, con énfasis en las gestantes y niños pequeños; y señala aspectos a considerar en la organización de los paquetes de atención y el flujo de atención a los usuarios. Este instrumento de gestión establece roles para facilitar la atención en las UMS, tal como se describe en el cuadro 7.

**Cuadro 7. Roles compartidos para la atención de las UMS**

Actores	Roles compartidos
Dirección Regional de Salud Cusco (Direcciones Ejecutivas y Estrategias)	Dirección de Atención de las Personas. Estrategia de Alimentación y Nutrición Saludable, Etapa de Vida Niño(a) y la Estrategia de Salud Sexual Reproductiva: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Socializará, monitorizará y evaluará el cumplimiento de la directiva.</li> <li>- Brindarán asistencia técnica a redes, microrredes para el adecuado cumplimiento de la directiva.</li> </ul> Dirección de Promoción de la Salud <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer alianzas estratégicas con las diferentes instituciones gubernamentales o no gubernamentales y gobiernos locales para fomentar el acceso de la población objetivo a las UMS</li> </ul> Oficina de Comunicaciones y Relaciones Públicas <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar intervenciones comunicacionales para fomentar el acceso de la población objetivo a las UMS</li> </ul>
Dirección de Red de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantizar la contratación un equipo de salud multidisciplinario para las UMS</li> <li>- Garantizar el abastecimiento de combustible para las UMS</li> <li>- Garantizar el abastecimiento de insumos para los tres servicios de las UMS</li> <li>- Garantizar el mantenimiento de las UMS y la de sus equipos biomédicos</li> </ul>
Microrred de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar en la planificación mensual de las prestaciones de servicios de las UMS</li> <li>- Realizar el monitoreo de los indicadores a nivel de los establecimientos de salud del ámbito de intervención de las UMS</li> <li>- Desarrollar reuniones locales multisectoriales, capacitaciones con actores sociales para fortalecer la implementación de las UMS</li> <li>- Garantizar el abastecimiento de insumos para los tres servicios de las UMS y documentos para la atención (recetarios, FUA, hoja HIS, etc.)</li> </ul>
Establecimiento de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difundir la oferta de los servicios de las UMS a través de los medios de comunicación</li> <li>- Facilitar la estadía del equipo multidisciplinario durante la jornada de las UMS</li> <li>- Dar seguimiento a los resultados y/o hallazgos realizados y entregados por las UMS</li> <li>- Administrar los micronutrientes a todo niño(a) menor de 5 años que acude al control CRED, luego de realizado el dosaje de hemoglobina</li> <li>- Registrar la información entregada por las UMS en la historia clínica de los niños y gestante</li> </ul>

Fuente: Guía de Atención de las Unidades Móviles de Salud, Cusco-Perú. (Organización Panamericana de la Salud 2018a: 27-28).

La Guía de Comunicaciones para las UMS es un instrumento que establece pautas para la elaboración de un Plan de Comunicaciones para las UMS y la organización de una estrategia de comunicación que permita dar a conocer los servicios que ofrece la UMS y facilitar el acceso de los usuarios a este servicio itinerante. Este instrumento establece roles para facilitar la atención en las UMS, tal como se describe en el cuadro 8.

**Cuadro 8. Roles compartidos en la estrategia comunicacional**

Actores	Roles compartidos
Dirección Regional de Salud Cusco (Direcciones Ejecutivas y Estrategias)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Define lineamientos de comunicación estratégica.</li> <li>- Elabora con el equipo técnico y las Redes los mensajes clave.</li> <li>- Suministra materiales informativos de prevención y promoción de la salud a los EE.SS y a las UMS.</li> <li>- Difunde la convocatoria a través de la página web, redes sociales y radio regional incluyendo las rutas de las UMS.</li> </ul>
Dirección de Red de Salud y Microrred de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribuye materiales informativos de prevención y promoción de la salud a los EE.SS y a las UMS.</li> <li>- Distribuye material de difusión sobre las rutas que desarrollará las UMS.</li> <li>- Elabora nota informativa sobre las actividades desarrolladas a través de las UMS.</li> </ul>
Establecimiento de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Describe la oferta de los servicios de las UMS a la población objetiva, y las Rutas que desarrollará las UMS.</li> <li>- Solicita materiales informativos de Prevención y promoción a las Redes y Microrredes.</li> <li>- Difunde la nota informativa en los canales de comunicación de su jurisdicción.</li> </ul>
Unidad Móvil de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyan los procesos de validación de materiales.</li> </ul>

Fuente: Guía de Comunicaciones para las Unidades Móviles de Salud, Cusco-Perú (Organización Panamericana de la Salud 2018d: 13-14).

El Manual de Uso y Mantenimiento de las UMS es un instrumento de que establece procedimientos técnicos y administrativos para conservar, mejorar, prevenir averías y reestablecer el adecuado funcionamiento de las UMS. Este instrumento de gestión establece roles para facilitar el uso y mantenimiento de las UMS, tal como se describe en el cuadro 9.

**Cuadro 9. Roles compartidos para el mantenimiento de las UMS**

Actores	Roles compartidos
Dirección de Red de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorporar las actividades de la gestión del mantenimiento en los planes estratégicos y operativos</li> <li>- Asignar recursos para la implementación y el desarrollo del programa de mantenimiento</li> <li>- Formular el plan anual de mantenimiento y determinar el presupuesto necesario para su implementación y desarrollo</li> <li>- Efectuar la programación del mantenimiento preventivo y recuperativo, así como las reparaciones de acuerdo los procedimientos establecidos</li> <li>- Orientar y capacitar a los usuarios sobre el uso y conservación de los equipos</li> </ul>
Unidad Móvil de Salud	<p>Jefe de UMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar al personal en el manejo y cuidado de los equipos</li> <li>- Reportar oportunamente las fallas a la unidad de mantenimiento</li> <li>- Mantener un archivo de las órdenes de trabajo</li> </ul> <p>Personal asistencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar los manuales e instrucciones de los equipos</li> <li>- Operar los equipos en forma apropiada y segura</li> <li>- Reportar oportunamente las fallas al coordinador de la UMS</li> <li>- Hacer el seguimiento de las actividades de limpieza y conservación previstas en el plan de mantenimiento</li> </ul>

Fuente: Manual de Uso y Mantenimiento de las Unidades Móviles de Salud, Cusco-Perú (Organización Panamericana de la Salud 2018c: 14).

Durante el desarrollo del estudio, se pudo constatar que estos instrumentos de gestión estaban en proceso de implementación. Por ello, uno de los entrevistados señaló que el personal de la UMS ha venido trabajando sin contar con manuales de trabajo y otro de los entrevistados mencionó que el personal de la UMS estaba asumiendo cierta responsabilidad en el costo del mantenimiento del vehículo de la UMS. También el estudio encontró que el personal de la UMS usaba las guías nacionales del Ministerio de Salud para la atención de los usuarios. En los siguientes testimonios, se da cuenta de esta situación:

¿Y tienen algunos manuales, documentos para cada tarea? "No, nunca ha habido eso" (E4, profesional de Unidad Móvil).

"(...) el paciente también pasa por todo el paquete de atención" (E2, profesional de Unidad Móvil de Salud).

"todo [procedimiento] es de acuerdo al Ministerio de Salud, [según] las guías nacionales (...)" (E4, profesional de Unidad Móvil).

"...el carro estaba rasguñado...nos dieron la responsabilidad a nosotros [la UMS] de hacer arreglar el carro" (E2, profesional de Unidad Móvil de Salud).

Mintzber (1991) señala que la estandarización de los procesos de trabajo y de los resultados (metas de desempeño) son mecanismos bastante eficientes para lograr una adecuada coordinación entre las personas que participan de un proceso productivo y su alineamiento a una rutina de trabajo (Mintzber 1991: 9). De otro lado, la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública considera que la estandarización de los procesos, productos y resultados son mecanismos de articulación interinstitucional muy útiles para lograr una adecuada ejecución de las políticas públicas, pues evitan la ambigüedad, duplicidad y superposición de funciones entre los diferentes actores (Presidencia del Consejo de Ministros 2013: 43). De otro lado, Licha y Molina (2006: 6-7) consideran que los instrumentos de coordinación contribuyen en hacer más efectiva la articulación entre los actores y complementan los otros mecanismos de articulación.

Como señala la Cruz Roja Internacional (2006), el modelo de servicios de salud itinerantes es muy costoso y requiere una logística muy complicada, que se adapta con mucha facilidad a los programas verticales, y en ese sentido, es conveniente que la UMS siga operando bajo una lógica de gestión por resultados vinculado con el cumplimiento de metas de los programas presupuestales de salud (Cruz Roja Internacional 2006: 13). Como se puede apreciar de los testimonios y los documentos analizados, la estandarización del proceso de funcionamiento y de los resultados es un factor que ha facilitado el funcionamiento de la UMS y que el desconocimiento de los instrumentos de gestión operativa es un factor que esta limitando el funcionamiento de la UMS.

### 4.3 Nivel de participación de los actores sociales

La Organización Panamericana de la Salud (2010: 45) considera que la “participación social amplia” es un atributo esencial de la gestión de los servicios de salud públicos, que permite incorporar a los ciudadanos y la sociedad civil organizada como “socios activos en la gobernanza y la evaluación del desempeño de la red”. Al respecto, el estudio identificó diferentes actores locales en los territorios intervenidos que tuvieron algún tipo de participación en el funcionamiento de la UMS:

#### Sector salud

- DIRESA
- Red
- Microrred
- Establecimiento de salud (puesto de salud)
- Equipo profesional de la UMS
- Cooperante (agencia Koika)

#### Gobierno local:

- Municipalidades distritales

#### Comunidad:

- Promotores de salud
- Presidentes comunales
- Líderes locales

La Red Cusco Norte, el equipo profesional de la UMS y los establecimientos de salud son actores del sector salud que participan directamente en la gestión de la UMS bajo una lógica vertical y jerárquica. En ese espacio sectorial, la DIRESA Cusco y la Microrred han tenido roles secundarios en el funcionamiento de la UMS. El cooperante Koika tuvo un rol específico y temporal en el financiamiento de la etapa de inversión del proyecto de UMS, pero no ha tenido una ingerencia directa en la administración de la UMS. Los entrevistados señalan que el modelo de gestión de la UMS gira principalmente alrededor del binomio red-establecimiento. Incluso la participación de la Microrred es secundaria, tal como se recoge en los siguientes testimonios:



"La gente del SIS y las estrategias [de la Red] definen los puestos que tienen que cumplir sus metas" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"Solo [coordina] el establecimiento y la Red" (E9, profesional del Puesto de Salud Zurite).

"Todavía no se involucró la Microrred. Coordinamos con el establecimiento..." (E2, profesional de Unidad Móvil).

"Como le digo, tratamos de no involucrarnos mucho con municipios" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"No hemos tenido la experiencia..., de hablar con otro tipo de autoridades [municipios]" (E4, profesional de Unidad Móvil).

El estudio encontró evidencias de una participación muy básica de las municipalidades distritales y de promotores de salud y líderes comunitarios en el funcionamiento de la UMS, bajo una lógica horizontal y de participación social. No se encontró evidencia de participación de las organizaciones no gubernamentales (ONGs), instituciones públicas de otros sectores sociales y otros actores de la sociedad civil organizada. El estudio no evidenció la existencia de alguna estrategia institucional que promueva la participación activa y organizada de los actores sociales, la rendición de cuentas, la consulta previa o la toma de decisiones en la gestión y funcionamiento de la UMS. En los siguientes testimonios se da cuenta de esta situación:

"(...) se convocaba a los promotores de salud, para que perifoneen a la comunidad" (E6, usuario y promotor de salud de la comunidad Cuyo Chico).

"(...) en ese aspecto avisamos a los promotores, presidentes comunales, les decimos convoquen, tal día, tal fecha va venir" (E5, profesional del Puesto de Salud Cuyo Chico).

"[Los municipios] lo que más nos apoyaban, tal vez, era en combustible, alguna que otra vez nos apoyo con combustible, netamente" (E2, profesional de la Unidad Móvil).

"Entre el año pasado y este año, ha habido una mejor relación entre el gobierno local y los establecimientos...Se han hecho actividades en común, donde se ha podido movilizar la unidad..El municipio habrá hecho algo de promoción, supongo y de convocatoria" (E3, profesional de Red Cusco Norte).

En el país existen otras experiencias donde la comunidad tiene un rol más activo en la gestión de los servicios de salud, como es el caso de las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS), una modalidad de cogestión creada en 1994, donde la comunidad se organiza a través de una asociación privada sin fines de lucro con la finalidad de administrar los recursos de un establecimiento de salud, contando con un directorio donde participan representantes del sector salud, la municipalidad y las organizaciones sociales. Incluso existen departamentos como Arequipa, Tacna y Moquegua, donde el 100% de sus establecimientos son administrados por estos CLAS (Ministerio de Salud 2008a: 10-11). Otra interesante experiencia son los Consejos de Desarrollo Local (CONDECOS) de la Red Churcampa, en Huancavelica, donde un colectivo de actores locales de la comunidad se organiza e inscribe en el Registro de Organizaciones Sociales de la Municipalidad con el propósito de abordar los problemas sociales vinculados con la salud y promover la acción intersectorial para el abordaje de estos problemas a través de acciones de incidencia política, promoción de la salud y vigilancia de los servicios de salud (Medicus Mundi 2016: 78).

El Artículo 80° (Numerales 2.5 y 4.4) de la Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades, establece que es responsabilidad de los gobiernos locales "gestionar la atención primaria de salud"; la cual es una función de salud compartida que debe coordinarse con los organismos nacionales y regionales. El MINSA, en la Resolución Ministerial 1204-2006-MINSA, señala que esta función de salud comprende la participación del municipio en la organización de los servicios de salud del primer nivel de atención, la realización de programas preventivos y la coordinación multisectorial para mejorar la salud integral de la población. De otro lado, el artículo 49° (inciso f) de la Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, asigna al nivel regional la responsabilidad compartida de "organizar los niveles de atención

y administración de las entidades de salud del Estado que brindan servicios en la región, en coordinación con los gobiernos locales”. En ese sentido, el marco legal brinda condiciones para facilitar un modelo de trabajo compartido entre el nivel regional y el nivel municipal que contribuya al buen funcionamiento de la UMS. No obstante, es necesario desarrollar una estrategia educativa con las autoridades y funcionarios para generar competencias gerenciales para el trabajo multisectorial e intergubernamental.

Teniendo en cuenta la clasificación de Cano (2008: 154-156) sobre los diferentes niveles de participación de los actores sociales en la gestión de los servicios públicos, la presente investigación ha identificado dos tipos de participación de los actores locales en el funcionamiento de la UMS: (i) acceso a información pública y (ii) cooperación y voluntariado, los cuales se describen a continuación:

#### **4.3.1 Acceso a información pública**

El acceso a información pública es un nivel muy básico de participación ciudadana, mediante el cual se comparte con la comunidad cierta información sobre las instituciones públicas (Cano 2008: 154).

Se encontró una experiencia de comunicación de anuncios locales y de difusión “boca a boca” en los establecimientos de salud para dar a conocer la visita de la UMS en las fechas programadas y los servicios ofrecidos por esta intervención. Esta experiencia de comunicación comunitaria ha sido un factor que ha facilitado el funcionamiento de la UMS. En los siguientes testimonios, se recoge esta experiencia local:

“Con el puesto I-1 y I-2. A ellos les informábamos que tal fecha nos íbamos a acercar” (E2, profesional de Unidad Móvil de Salud).

“Si es más antes, en la posta se les avisa allá [sobre la llegada de la UMS]”. (E6, Usuario y promotor de salud de la Comunidad Cuyo Chico).

“Porque de nada sirve que [los pobladores] lleguen cuando te estás yendo. Por eso, debe haber mucha coordinación con el establecimiento” (E4, profesional de Unidad Móvil de Salud).

“(…) se les comunicaba va a venir laboratorio, medicina general, dental, entonces, pero según a lo que vienen. Así de la parte de arriba, en la posta ya se les avisa, para que ellos mismos vayan comunicando a las otras personas” (E6, usuario y promotor de salud de la comunidad Cuyo Chico).

Al momento del estudio, la Red de Salud Cusco Norte no contaba una estrategia institucional de información pública sobre la organización y funcionamiento de la UMS. Este un factor que está limitando el funcionamiento de este servicio itinerante. No obstante, se identificó un marco normativo e instrumentos de gestión locales que brindan las condiciones para mejorar el acceso a la información pública de la UMS y que lo explicamos a continuación.

La Directiva Sanitaria Regional N° 001-2015, de “Servicios de Unidades Móviles de Salud de la DIRESA Cusco” establece que el nivel regional debe desarrollar una estrategia comunicativa sobre las UMS, tal como se recoge en el siguiente texto:

“VI. Responsabilidades. A Nivel de la DIRESA (...). Oficina de Comunicaciones y Relaciones Públicas.- desarrollar intervenciones comunicacionales para fomentar el acceso de la población objetivo a las UMS” (Dirección Regional de Salud Cusco 2015: 16).

“VI. Responsabilidades (...). A nivel de las Microrredes. Desarrollar reuniones locales multisectoriales, capacitaciones con actores sociales para fortalecer la implementación de las UMS” (Dirección Regional de Salud Cusco 2015: 17).

El Decreto Supremo 030-2016-SA, que aprueba el *Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de los Servicios de Salud*, establece el mandato en los servicios de salud públicos de implementar el Libro de Reclamaciones y una Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS). Asimismo, el Decreto Supremo N° 072-2003-PCM y sus modificatorias, que aprueba el *Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública*, establece que los servicios de salud públicos deben contar con un Portal web de transparencia con información

de interés público y un procedimiento par atender las peticiones de información de los usuarios.

La Guía de Comunicaciones para las Unidades Móviles de Salud – UMS de la DIRESA Cusco es un documento de gestión que se encontraba en proceso de implementación al momento del estudio, el cual establece pautas para la elaboración de un plan de comunicaciones para la UMS, tal como se recoge en el siguiente texto:

“El plan de comunicaciones para las UMS está orientado a dar a conocer los servicios que se ofrecen, para que los usuarios y actores involucrados, conozcan y se familiaricen con sus componentes, de manera que estén informados y puedan generar las condiciones para acceder a los servicios (beneficios) de la estrategia de UMS” (Organización Panamericana de la Salud 2018d: 10).

La Dirección Regional de Salud Cusco y la Red Cusco Norte disponen de diferentes recursos institucionales que pueden ser usados para difundir información sobre la UMS, tales como página web institucional, libro de reclamaciones y un funcionario responsable de transparencia y acceso a la información pública. Debe señalarse que el uso del internet como medio de información y rendición de cuentas tiene algunas dificultades debido a que en las comunidades rurales de Cusco la conectividad a internet no llega a todos los hogares o es de muy baja calidad. El INEI (2018: 17848-9) ha reportado que, en el 2017, la conectividad a internet en Cusco solo alcanzó al 1.4 % de los hogares de zonas rurales y el 28.1 % de hogares en zonas urbanas.

Conocer la opinión de los ciudadanos y los actores locales es un desafío para la gestión de proyectos sociales. Como señala Fraser, la “opinión pública” es un contrapeso a las decisiones de las instituciones públicas, por detentar una “autoridad discursiva”, independiente y legítima, que le permite ser crítica frente a las acciones del Estado. En palabras de Fraser, estos actores de la sociedad civil son “*públicos débiles*” cuya práctica deliberativa consiste exclusivamente en la formación de opiniones y no incluye la toma de decisiones; mientras que reserva el concepto de

“públicos fuertes” a los parlamentos “cuyos discursos incluyen tanto la formación de opiniones como la toma de decisiones” (Fraser 1993: 54).

Yu et al (2017: 5), al revisar la experiencia de unidades móviles de salud de Estados Unidos, encontraron que algunos servicios habían implementando sitios web para facilitar la comunicación con la población objetivo para informar a los usuarios, capacitar a los trabajadores de salud y recursos educativos para los pacientes. Como se puede apreciar de los testimonios y los documentos analizados, la falta de una estrategia institucional que promueva la participación activa y organizada de los actores sociales en las diferentes etapas de la gestión de la UMS es un factor que limita el adecuado funcionamiento de la UMS y afecta su sostenibilidad en el largo plazo. No obstante, es un factor facilitador la existencia de un marco normativo y herramientas metodológicas para implementar estrategias de participación ciudadana.

#### **4.3.2 Cooperación con los servicios públicos**

La cooperación es otro nivel de participación, que consiste en el involucramiento de los ciudadanos en la entrega y la vigilancia de los servicios públicos, tal como ocurre en los grupos de voluntarios, los comités de vigilancia y otros colectivos que se activan en situaciones de emergencia, para atender alguna prestación pública o realizar alguna vigilancia ciudadana (Cano 2008: 155-156).

Existen diferentes experiencias de vigilancia ciudadana, que van desde los Comités de Vigilancia en Bolivia, que cuentan con personería jurídica y son intermediarios de las organizaciones comunales de un territorio municipal, hasta llegar a las Veedurías Ciudadanas en Colombia, que se organizan en base a un colectivo de ciudadanos interesados en un tema público, por lo que suelen ser de carácter transitorio (Cunill 2003: 26-35).

Se encontró una experiencia local de voluntariado de personas de la comunidad, tales como promotores de salud, presidentes comunales y líderes comunales, que brindaban parte de su tiempo y recursos comunitarios para colaborar en la difusión de las actividades de la UMS y

en las tareas de recepción de los usuarios y en la traducción de personas quechua hablantes. Este voluntariado ha sido un factor que ha facilitado el funcionamiento de la UMS. En los siguientes testimonios, se recoge esta experiencia local:

"Nos avisaban un poco más antes al puesto. Ya de allí se convocaba a los promotores de salud, para que perifonen a la comunidad" (E6, usuario y promotor de salud de comunidad Cuyo Chico).

"Entonces nosotros [el establecimiento], en ese aspecto, avisamos con los promotores, presidentes comunales, les decimos convoquen, tal día, tal fecha va a venir (...)" (E5, profesional del Puesto de Salud Cuyo Chico).

"Si es así, pronto no más, a los presidentes de las comunidades para que perifonen. Entonces, es mucho más efectivo, porque acá mayormente la costumbre es para asambleas comunales, todo perifonean. Entonces, ya mediante eso, ya se comunican más rápido (...)" (E6, usuario y promotor de salud de Comunidad Cuyo Chico).

"Entonces, nosotros a veces cuando hay ancianos que no le entienden, tenemos que traducir, para que ellos también se traten" (E10, usuario y promotor de salud de comunidad Zurite).

Se encontró una experiencia de colaboración muy básica por parte de las municipalidades distritales, sobre todo en difusión y apoyo con combustible para la UMS. En los siguientes testimonios, se recoge esta experiencia local:

"[Los municipios] lo que más nos apoyaban, tal vez, era en combustible, alguna que otra vez nos apoyo con combustible, netamente" (E2, profesional de la Unidad Móvil).

"Entre el año pasado y este año, ha habido una mejor relación entre el gobierno local y los establecimientos...Se han hecho actividades en comun, donde se ha podido movilizar la unidad...El municipio habrá hecho algo de promoción, supongo y de convocatoria" (E3, profesional de Red Cusco Norte).

Según los entrevistados, algunos municipios consideran que la UMS deben priorizar la realización de campañas médicas masivas y por ello abren la publicidad a la población en general, a pesar de que reciben la indicación que la UMS esta dirigida a gestantes, niños y grupos priorizados. Los entrevistados señalaron que prefieren no coordinar con los municipios para evitar conflictos con sus autoridades y no generar confusión en la publicidad que se difunde a la comunidad, tal como se expresa en los siguientes testimonios:

"No hemos tenido la experiencia... de hablar con otro tipo de autoridades [municipios].... Porque cuando nosotros hemos intentado hacer algo así, lo han desvirtuado. Lo convertían en campañas" (E4, profesional de Unidad Móvil).

"Cuando se trabaja con municipios, el inconveniente del Municipio es que hace actividades masivas. No va enfocados a metas. Y ese es el gran inconveniente con los municipios, porque si bien es cierto hemos trabajado de vez en cuando con los municipios, cuando ya se ha previsto esta actividad masiva, se hace una actividad masiva, pero si es que, en lo posible, tratamos de no involucrar mucho al municipio, siempre va hacer una campaña grande" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"[Los usuarios comentan] pero el municipio nos ha comunicado por radio, que es para todos... todos vamos a recibir ecografías. Y el paciente no discrimina, porque el paciente te dice: yo quiero una ecografía" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"El municipio suele organizar también otras campañas....con una ONG... También vienen unos extranjeros,...pero son masivas" (E5, profesional del Puesto de Salud Cuyo Chico).

"Entonces, lo que pasaba cuando íbamos a una municipalidad, como ha pasado, que a veces si nos han engañado, por decirlo así, nos han invitado porque estaba todo coordinado, íbamos y no íbamos al establecimiento, sino que era una plaza en Ollantaytambo, y era bien raro, como en una plaza se va atender, y al final era una campaña masiva, donde todo el mundo quería ecografía y al final las gestantes que venían de lejos. Como eran 200 personas, era terrible. Entonces no podíamos discriminar a



nadie. Era un dolor de cabeza, porque no se podía atender” (E4, profesional de Unidad Móvil).

Al momento del estudio, la Red de Salud Cusco Norte no contaba una estrategia institucional de participación de los actores sociales en la gestión de la UMS. Este factor limita el funcionamiento de este servicio itinerante; no obstante, se identificó un marco normativo e instrumentos de gestión locales que brindan las condiciones para mejorar esta participación y que lo explicamos a continuación.

La Directiva Sanitaria Regional N° 001-2015, de “Servicios de Unidades Móviles de Salud de la DIRESA Cusco”, establece que el nivel regional tiene la responsabilidad de fomentar alianzas con organismos no gubernamentales (ONGs), gobiernos locales y otras instituciones públicas, con la finalidad de mejorar el acceso de la población a estos servicios itinerantes, no obstante, esta en proceso de implementación. Este mandato se recoge en el siguiente texto de la mencionada directiva:

“VI. Responsabilidades. A Nivel de la DIRESA (...). Dirección de Promoción de la Salud. Establecer alianzas estratégicas con las diferentes instituciones gubernamentales o no gubernamentales y gobiernos locales para fomentar el acceso de la población objetivo a las Unidades Móviles de Salud” (Dirección Regional de Salud Cusco 2015: 16).

La Ley 30825, “Ley que fortalece la labor de los agentes comunitarios de salud”, reconoce a los agentes comunitarios como personas voluntarias de promoción de la salud y establece el mandato de brindarles capacitación constante. Asimismo, el Gobierno Regional de Cusco ha emitido la Ordenanza Regional N° 094-2015-CR/GRC.CUSCO, que “declara de interés y prioridad regional la salud materno neonatal saludable y segura”, donde se promueve la incorporación del promotor de salud en las actividades locales para mejorar la salud materna.

La “Guía de Atención de las Unidades Móviles de Salud – UMS de la DIRESA Cusco”, es un documento de gestión que se estaba implementando al momento del estudio, el cual establece pautas para la

adecuada atención en las UMS y señala orientaciones para promover la colaboración de los promotores de salud durante el proceso de atención, tal como se recoge en el siguiente texto:

“Responsabilidades para la Atención en las UMS (...). 3.1.4. A Nivel de los Establecimientos de Salud. Inciso (I). Promover la participación de los agentes comunitarios de salud para fortalecer las acciones relacionadas a la difusión de la oferta de los servicios de las UMS y la suplementación con micronutrientes, hierro y acciones complementarias establecidas en la presente directiva de acuerdo con las necesidades identificadas” (Organización Panamericana de la Salud 2018a: 29).

El analfabetismo es un problema social presente en la población de las provincias rurales (Calca, Urubamba, Anta) de la Red Cusco Norte, con porcentajes que varían entre 10.3 % a 18 % de la población, mientras que las personas mayores de 15 años que alcanzaron únicamente el nivel primario varía entre 21.2 % a 28.2 % de la población (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018, págs. 34, 38). Esta situación de precariedad educativa es un factor que limita la participación ciudadana, ya que las personas analfabetas y con bajo nivel educativo tienen dificultades para ejercer sus derechos en salud y de participar en grupos organizados de la sociedad civil.

Es necesario repensar el actual modelo de gestión sectorial vertical de la UMS, un modelo que monopoliza las decisiones y no deja participar a los demás actores sociales. Es necesario horizontalizar su gestión y democratizar sus decisiones. En palabras de Nuria Cunill "el centro de la cuestión remite a la creación de una nueva institucionalidad que no solo involucre la posibilidad de tornar la gestión pública más permeable a las demandas emergentes de la sociedad, sino de retirar del Estado y de los agentes sociales privilegiados, el monopolio exclusivo de la definición de la agenda social. (Cunill1997; 26)" (citado en Alarcón, Galan y García, 2004: 4).

Para avanzar en la construcción de este tipo de participación, se podría adoptar estrategias para incidir en el proceso de toma de decisiones y

elaboración de las políticas o intervenciones (ex-ante) o en los resultados que entregan las instituciones públicas (ex-post). Para el control social ex-ante, la ciudadanía cuenta con el “poder de deliberación” para comunicar sus opiniones y presionar a las autoridades; mientras que, para ejercer el control social ex-post, la ciudadanía dispone del “poder de veto” para la remoción de funcionarios públicos, el “poder asignativo” para aprobar los presupuestos públicos y el “poder de certificación” para autorizar la implementación de una intervención en la comunidad (Cunill 2003: 12).

Como señala Bobadilla (2004: 126), la gerencia social tiene como especificidad la gestión de programas o proyectos que promuevan el desarrollo del capital social. Por ello se busca que la sociedad civil y los actores locales se empoderen, participen y cooperen conjuntamente con el Estado en el proceso de formulación, ejecución y evaluación de estas intervenciones. Como se puede apreciar de los testimonios y los documentos analizados, la falta de una estrategia institucional que promueva la colaboración de los actores sociales en la toma de decisiones de la UMS y el enfoque de campañas médicas masivas de las municipalidades son factores que están limitando el adecuado funcionamiento de la UMS y su sostenibilidad en el largo plazo. No obstante, la experiencia de un trabajo de voluntariado de actores de la comunidad y la colaboración de los gobiernos locales en el soporte logístico ha sido un factor que viene facilitando el funcionamiento de la UMS.

## 4.4 Creencias y actitudes del personal del establecimiento

### 4.4.1 Carga laboral

Las personas entrevistadas comentaron que las actividades de la UMS han incrementado la carga de trabajo en el establecimiento de salud, pues siempre se genera una ampliación del horario de atención debido a la alta demanda de pacientes. Si bien esta actividad, por lo general, suele durar un solo día y ocurre dos o tres veces en el año, las personas entrevistadas comentaron que algunos trabajadores se comprometen con las actividades de la UMS y otros prefieren no alterar su rutina laboral.

"De todas maneras, es una recarga [para el establecimiento de salud]. Siempre hay gente full, de todas maneras (...). Nosotros, en ese aspecto, si la programación de la Koika coincidió cuando no nos ha tocado todo el día, estamos hasta que no haya pacientes. Tenemos horario de entrada, pero no tenemos horario de salida (...). Los que estamos de turno, normal, venimos al día siguiente. Aquel que le tocó su día libre, libre pues" (E5, profesional del Puesto de Salud Cuyo Chico).

"[Los trabajadores del establecimiento de salud] lo toman de dos puntos de vista. O bien dicen, más carga de trabajo o me están quitando el trabajo...También, ellos ven su productividad." (E2, profesional de Unidad Móvil).

"En otros establecimientos, se encontró que el personal no toma conciencia de la fortaleza del equipo móvil y, por ende, ambas partes no desarrollaron sus actividades de manera conjunta" (Red Cusco Norte 2017d).

La carga laboral es un conjunto de requerimientos y exigencias intelectuales, emocionales y físicas a los que está sometido un trabajador durante su jornada laboral. Asimismo, la relación entre la carga del trabajo y la capacidad de respuesta del trabajador repercute sobre el rendimiento laboral del individuo y en todo el proceso productivo (Sebastián y Del Hoyo 2004: 5, 12). Al respecto, la percepción de un incremento en la carga de trabajo por las actividades de la UMS es un factor que ha limitado el funcionamiento de la UMS.

#### 4.4.2 Relaciones interpersonales

Las personas entrevistadas comentaron que, al inicio de las operaciones de la UMS, los trabajadores de los establecimientos de salud tenían la percepción que la UMS les quitaban los pacientes y que afectaba su productividad laboral al no poder cumplir con las metas asignadas por la DIRESA.

“[Los trabajadores del establecimiento de salud] lo toman de dos puntos de vista. O bien dicen más carga de trabajo o me están quitando el trabajo...También, ellos ven su productividad. Así que, cuando nosotros, desde un inicio, cuando llegamos, nos cerraban de algún modo las puertas, nos mandaban pacientes a cuentagotas, porque decían. Y en ese rato, se ponían a generar sus papeles, sus documentos. Al paciente, en ese momento, lo capturaban y ese rato llenaban toda su productividad. No nos veían como una fortaleza. En un inicio, siempre va a ser eso. Hasta que nos llegaron a conocer, ya empezamos a trabajar con ellos” (E2, profesional de Unidad Móvil).

“El personal de EE.SS fijo [establecimiento de salud] tuvieron poca claridad sobre el propósito y utilidad de las UMS KOICA, el cual retardó definir el flujo de atención entre EE.SS y UMS KOICA” (Organización Panamericana de la Salud 2018e: 92).

“Porque hemos llegado a tener fricciones con ellos mismos [con el personal del establecimiento], porque algunos piensan que estamos viniendo a quitar su productividad” (E4, profesional de Unidad Móvil).

Yanez et al. (2010: 19), al realizar un estudio en un grupo de centros de salud, encontró que, para los trabajadores de salud, es más importante la relación con sus jefaturas que con sus pares, debido a que predominan estructuras piramidales y burocráticas. Este hallazgo se explica en parte, porque los trabajadores priorizan el cumplimiento de su productividad laboral frente a sus empleadores y pueden considerar como una competencia negativa a los demás trabajadores si este modelo de trabajo basado en la productividad no es regulado adecuadamente. Al respecto, la percepción de una competencia negativa por captar pacientes entre el

establecimiento y la UMS es un factor que ha limitado el funcionamiento de la UMS.

Conforme se fue implementando el proyecto, se fue aclarando el rol de apoyo y complementariedad de la UMS. Las personas entrevistadas comentaron que actualmente existe una relación de confianza entre los trabajadores del establecimiento y el personal de la UMS. Existe coordinación entre ellos y mutuo respeto para lograr las metas y hacer los ajustes que se requieran durante la actividad de la UMS, tal como se expresa en los siguientes testimonios:

"La fortaleza es que [La unidad móvil] nos ayuda mucho para levantar nuestras metas y principalmente la satisfacción de nuestra población" (E5, profesional del Puesto de Salud Cuyo Chico).

"Nos ha favorecido en algunas cosas a llegar a las coberturas; por ejemplo, la atención de odontología, para llegar a gestantes reenfocadas, con todos los paquetes" (E9, profesional del Puesto de Salud Zurite).

"Si hay espacio [tiempo libre], compartimos un rato, pero si sigue habiendo paciente, se sigue atendiendo (...)" (E5, profesional del Puesto de Salud Cuyo Chico).

"[La unidad móvil] como grupo, equipo, han trabajado muy bien, se han desenvuelto como grupo profesional, han sido apoyo para nuestros compañeros de niveles menores" (E1, profesional de Red Cusco Norte).

"Sí, [La unidad móvil] siempre nos ayuda...Complementa. No se perjudica" (E5, profesional del Puesto de Salud Cuyo Chico).

Las relaciones interpersonales entre los trabajadores de una organización influyen de manera positiva o negativa en el clima organizacional, la productividad y la satisfacción laboral (Ramírez-Wong 2019:11). Asimismo, la percepción de confianza entre pares es un importante facilitador de las relaciones interpersonales dentro de una organización y tiene un fuerte impacto en el clima organizacional (Edwards y Cable 2009; Yañez, Arenas, y Ripoll 2010). Al respecto, la existencia de confianza

mutua y de buenas relaciones entre el personal del establecimiento y la UMS ha sido un factor que ha facilitado el funcionamiento de la UMS.

#### **4.4.3 Expectativas sobre el servicio itinerante**

Las personas entrevistadas comentaron que algunos trabajadores de los establecimientos de salud consideran que sus responsabilidades con la comunidad desaparecen cuando llega la UMS. Se tiene la creencia que la UMS es autosuficiente y no necesita de ningún apoyo para su funcionamiento y, por ello, algunos trabajadores deciden tomarse el día libre, dejando un encargado que recibe a la UMS, tal como se manifiesta en los siguientes testimonios:

"Hay establecimientos un poquito reacios, que se toman su día libre" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"Algunas personas y algunos establecimientos se han dado de día libre, los días que íbamos nosotros y nos dejaban con el técnico sanitario...y decían que nosotros íbamos a atender de todo" (E4, profesional de Unidad Móvil).

Las personas entrevistadas consideran que algunos trabajadores de los establecimientos de salud tienen una sobrevaloración de la capacidad real de la UMS. Se tiene la creencia que la UMS puede cubrir todos los servicios complementarios que requiere la población y que el vehículo de la UMS se puede movilizar en cualquier momento del año. En este contexto se han generado reclamos de parte del personal de establecimiento, pues la UMS no puede atender todas las solicitudes apoyo y no puede cubrir todas las necesidades de la población. Esta situación se describe en los siguientes testimonios:

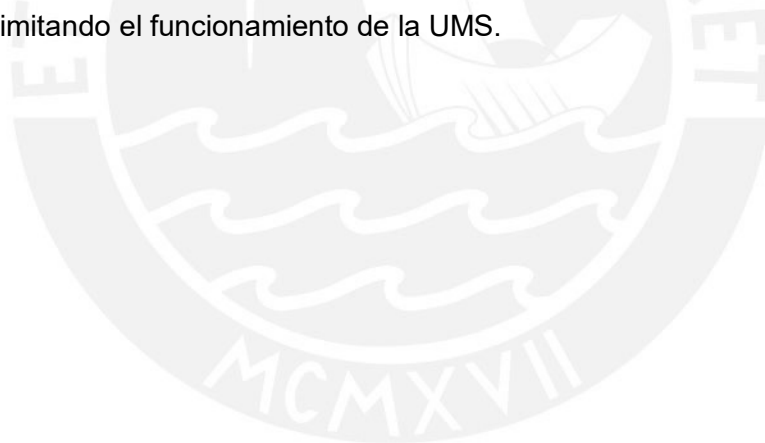
"A veces el personal del establecimiento no evalúa bien sus necesidades, sus metas, así que lo deja de lado (...) y piensan que, en un solo día, vamos hacer lo que en todo un año no se ha podido hacer" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"Lo bueno sería que se hagan todos los exámenes de laboratorio (...). Además, nosotros queremos descartar parasitosis o infecciones urinarias.

Esas cositas no se están haciendo, que es lo mas importante (...). No hacen atención médica o de otra especialidad, porque tampoco tienen personal especialista” (E9, profesional del Puesto de Salud Zurite).

“Ellos [los establecimientos] seguían pensando que nosotros [la Unidad Móvil de Salud] estábamos a disposición de ellos” (E4, profesional de Unidad Móvil).

Todo trabajador desarrolla expectativas en su ambiente laboral, por lo que una expectativa se puede entender como la interpretación subjetiva que desarrolla este trabajador frente a una situación o experiencia, en la que espera encontrar u obtener un resultado futuro que mejore sus condiciones de trabajo. Este resultado puede realista o no, y estar explícito o implícito (Pozzi 2013: 16-17). Al respecto, la creencia de que el establecimiento de salud no tiene una responsabilidad compartida con el funcionamiento de la UMS y la creencia que la UMS está disponible a libre demanda y que puede atender todas las necesidades de la población son factores que están limitando el funcionamiento de la UMS.





## 4.5 Creencias y actitudes del personal de la Unidad Móvil

### 4.5.1 Carga laboral

El personal de la UMS tiene un contrato de 150 horas, que en el trabajo de campo se extiende más horas, debido a la alta demanda de pacientes y las características propias del servicio itinerante. Sin embargo, en los periodos sin actividades de campo, el personal es distribuido a establecimientos de salud cercanos a la ciudad, mientras esperan ser movilizados en cualquier momento. El personal de la UMS trabaja 25 días al mes y descansa 5 días. Esta situación se expresa en los siguientes testimonios:

"Depende del establecimiento, como hay establecimientos que estamos de 8 a 2 de la tarde, incluso terminábamos una de la tarde, y ya nos volvemos a Cusco o nos quedamos. También hay establecimientos donde hay muchos pacientes y nos quedamos (...) siempre se ha manejado durante la contrata 150 horas, pero al ver la realidad de la población es difícil manejarlo (...)" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"Eran 25 turnos de 8 a 2, y 5 a 6 días libres" (E4, profesional de Unidad Móvil).

"El personal [de la unidad móvil] ha sido ubicado en otros establecimientos. Sí, cuando los convocan (...). Ellos se movilizan para hacer las actividades" (E3, profesional de Red Cusco Norte).

Las personas entrevistadas consideran que el llenado de los formatos administrativos durante el proceso de atención de la UMS contribuye a la sobrecarga laboral y una menor productividad del equipo profesional de la UMS. Esta situación se origina por la exigencia administrativa de completar el llenado de los formatos de producción de consulta externa (Hoja His), del seguro integral (Hoja FUA) y de los programas de salud (Registros). Los entrevistados consideran que el tiempo que dedican a llenar los formatos podría tomar el 40% de su carga laboral. Incluso, en ocasiones tienen que quedarse después de la jornada de atención para completar estos formatos, una situación que afecta el desempeño del personal y los

distrae de sus principales actividades, tal como se aprecia en los siguientes testimonios:

"Como te comentaba, cada día es estresante, porque cada día hay que llenar papeleo (...). Yo diría un 40 % de la carga, porque más es papeleo (...). Nos quedamos una o dos horas para completar el papeleo" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"Por más que sea día de campaña, hasta el transcurso del mediodía los pacientes acuden casi un 90 o 95 %, después 1 o 2 de la tarde, no hay pacientes, ya no vienen. Entonces, también no hay pacientes (...). Ese tiempo que les queda, terminan de hacer su HIS, sus FUAS, todo eso nos dejan a nosotros" (E5, profesional del Puesto de Salud Cuyo Chico).

La carga laboral es un conjunto de requerimientos y exigencias intelectuales, emocionales y físicas a los que está sometido un trabajador durante su jornada laboral (Sebastian y Del Hoyo 2004: 5). Pueden existir periodos de baja productividad o con sobrecarga laboral debido a un aumento de las tareas, un incremento del ritmo de producción o la extensión de las horas de trabajo. Eslabão et al. (2017: 4374), en un estudio sobre brigadas itinerantes de salud mental, encontraron que las tareas administrativas demandaban mucho tiempo al personal de salud. Incluso se pudo observar que algunos profesionales podían estar en una atención domiciliaria o una reunión de equipo, mientras realizaban simultáneamente el llenado de formatos. Al respecto, la recarga laboral que genera la alta demanda de pacientes y el llenado de los formatos administrativos es un factor que está limitando el funcionamiento de la UMS.

#### **4.5.2 Condiciones laborales**

Las personas entrevistadas manifiestan que tienen dificultades para conseguir servicios de alimentación y cuando visitan zonas bastante alejadas deben pernoctar en el vehículo o dentro del establecimiento de salud. También señalan que no reciben viáticos para su trabajo en campo y siempre tienen gastos adicionales que afectan su economía personal. La inseguridad y la incomodidad en los viajes son aspectos que afectan las

condiciones laborales. Esta situación se da cuenta en los siguientes testimonios:

“Se ganaba un poquito más del promedio, pero también se gasta un poco más que todo el promedio, porque, cuando tú viajas, tienes que gastar en desayuno, almuerzo y, muchas veces, cena, y en eso se va todo (...)” (E4, profesional de Unidad Móvil).

"Hay lugares donde sí te puedes quedar dos semanas. Yanatile es una de ellas...No les daban viaticos...ni movilidad local" (E4, profesional de Unidad Móvil).

“[Un personal de la UMS] no quería viajar, y era raro, si el carro es viajar” (E4, profesional de Unidad Móvil).

"Te comentaba que no se daba viáticos, salvo ciertas ocasiones. Ha sido un maltrato para el personal, y eso en la Red también lo van a decir, que ha sido un maltrato para el personal, porque, de algún modo, estar lejos de la ciudad, tener todas limitaciones. Porque no teníamos viáticos, no podemos hospedarnos y, para economizar, teníamos que dormir en el establecimiento. A veces no tenían camas. Tenías que dormir donde nos acomodemos” (E2, profesional de Unidad Móvil).

“Lugares donde no hay buenos restaurantes o cierran muy tempranos. En algunos establecimientos ellos se cocinaban. Ellos estaban preparados para cocinarse porque saben que en la población no hay comida y, de algún modo, compartían con nosotros. El establecimiento ya sabía cómo es la realidad y nos decían —saben que no hay comida, comerán con nosotros— ya nosotros aportábamos con algo, con gaseosa, lo que sea. De algún, modo eso ha sido un maltrato para el personal” (E2, profesional de Unidad Móvil).

Yu et al. (2017: 7-8) reportaron que la atención médica en vehículos itinerantes tiene problemas para asegurar el reclutamiento y la retención del personal de salud, pues implica la capacidad del trabajador de adaptarse a espacios reducidos y la aceptación de condiciones de riesgo y falta de confort durante el traslado por carretera y su estancia en diferentes locaciones. Al respecto, la poca oferta de servicios de

alimentación y de hospedaje y la carencia de viáticos para los gastos de viaje, son factores que están limitando el funcionamiento de la UMS.

Los entrevistados señalan que el estrés físico y mental del trabajo en campo es una condición que ha contribuido a la desmotivación y el fracaso laboral de algunos trabajadores o aspirantes a trabajar en la UMS, y que también ha contribuido al ausentismo laboral y renunciaciones inesperadas, tal como se manifiesta en los siguientes testimonios:

"Una persona profesional que trabaja en unidades móviles tiene que ser muy proactivo...muy buen estado físico...tiene que ser muy fuerte mentalmente, porque es un trabajo bien duro" (E4, profesional de Unidad Móvil).

"Hay zonas distantes como Yanatile donde las condiciones de trabajo son muy difíciles" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"Lo han intentado varios de mis colegas y no han rendido. Porque es un poco complejo, porque hay que estar bien fuerte mentalmente para esto" (E4, profesional de Unidad Móvil).

Las personas entrevistadas manifestaron que el otorgamiento de días de descanso y de permisos para atender temas familiares ha contribuido a reducir el estrés laboral y ha fortalecido el compromiso con la institución. Asimismo, durante las jornadas de trabajo, se incluyeron pausas activas para distracción del personal, a fin de reducir el estrés laboral, lo cual podía incluir una dinámica de grupo, una caminata corta, un compartir, entre otras iniciativas, tal como se aprecia en los siguientes testimonios:

"Entonces, cuando viajábamos así, nosotros trabajábamos duro, y después (...), toditos nos vamos al río, toditos nos vamos a jugar (...), o vamos a tomar una gaseosa, o nos vamos a caminar, por último, pero teníamos que tener un momento de relajación, si no, no se podía. Y, cuando no había eso, sí ha habido fricción" (E4, profesional de Unidad Móvil).

“Por lo regular les daba días libres o les trataba de juntar su cumpleaños, una actividad (...). Yo no podía decirles no, porque sabía que todos los días me estaba dando parejo (...)” (E2, profesional de Unidad Móvil).

“Eran 25 turnos de 8 a 2 p.m. y 5 a 6 días libres” (E4, profesional de Unidad Móvil)

“Siempre se ha manejado durante la contrata 150 horas, pero, al ver la realidad de la población, [el horario] es difícil manejarlo, solo nos dan por establecimiento, de 8 a 2 de la tarde” (E2, profesional de Unidad Móvil)

Los entrevistados también manifestaron que la inestabilidad contractual del personal de la UMS está afectando su rendimiento. Esta inestabilidad contractual se explica por los contratos de corto plazo y la incertidumbre en la ampliación de los contratos durante el año o su renovación en el siguiente año, y que se debe a las limitaciones financieras de la Red, tal como se aprecia en los siguientes testimonios:

“Estábamos bajo contrato CAS. Con financiamiento de la misma Red, no eran recursos del SIS (...). Se hizo cargo en un tiempo, lo que es la oficina de seguros, entonces se les pagaba con un presupuesto” (E1, profesional de la Red Cusco Norte).

“Lo que la Red vio, al necesitar presupuesto el 2015, fue que empezó a despedir el personal (...), pero ya no había presupuesto para contratar personal (...) ¿Quién nos daba presupuesto en ese momento? Fue el SIS, así que lo conversamos con SIS y nos dio metas (...). En ese tiempo, ya se iba a rescindir el contrato a todo el personal, pero, como se vio el impacto que tenían, lo mantuvieron” (E2, profesional de Unidad Móvil).

“Biólogo ya no tenemos, porque el ha renunciado a esa plaza y se ha presentado a otra plaza fija” (E2, profesional de Unidad Móvil).

El personal entrevistado comenta que es frecuente los casos de lumbalgia por la manipulación de cargas durante el trabajo en campo. También reportan la ocurrencia de estrés por agotamiento físico y mental, sobre

todo cuando la jornada de trabajo se extiende e incluye pernoctar en campo. Así se manifiesta en los siguientes testimonios:

“Mucha lumbalgia. Por ejemplo, a mí si me ha dado lumbalgia. Ha habido otro. La obstetra tuvo lumbalgia. Entonces, es por la carga laboral...Es tremendo el estrés, porque llegas muy agotado...” (E4, profesional de Unidad Móvil).

“Tenía migraña...ha estado con migraña por el calor...” (E4, profesional de Unidad Móvil).

En el cuadro 10, se describen los riesgos laborales que se han identificado en la UMS, y que viene afectando el desempeño del personal de salud durante el trabajo en campo, ya que no existe una estrategia institucional de abordaje de estos factores de riesgo ocupacionales. Estos riesgos laborales afectan la salud física y mental del trabajador, y lo exponen a accidentes y enfermedades laborales propias del tipo de trabajo que vienen realizando.

**Cuadro 10. Riesgos laborales identificados**

<b>Factores de riesgo</b>	<b>Situación identificada</b>
Condiciones generales	Necesidad de alojamiento, alimentación y descanso del personal
Condiciones de seguridad	Peligro por accidentes de tránsito o riesgos de la naturaleza durante el traslado de la unidad móvil
Contaminación biológica	Exposición a residuos biológicos contaminantes generados en la atención
Carga de trabajo	Exposición a estrés psico-social Riesgos disergonómicos por manejo de cargas o posturas forzadas
Organización del trabajo	Actividades masivas Recarga administrativa

Elaboración propia

Cabe mencionar que la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo (2011), en los artículos 17° y 36°, señala que es responsabilidad de los empleadores la vigilancia de los factores de riesgo del ambiente laboral y de las prácticas de trabajo que puedan afectar la salud de los trabajadores y la implementación de actividades para prevenir accidentes laborales y enfermedades ocupacionales. No obstante, estas medidas de seguridad y salud ocupacional tienen muchas limitaciones de implementación en el sector público, lo que incluye el sector salud, debido a las restricciones presupuestales del Estado y la existencia de un débil marco regulatorio de fiscalización sobre las entidades públicas que establece la Séptima Disposición Complementaria Transitoria de la Ley de la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral (Congreso de la República 2013).

La Organización Panamericana de la Salud (2017a: 7) recomienda a los países promover estrategias de retención del personal de salud que combinen incentivos económicos y de desarrollo profesional, y que incluya condiciones adecuadas de trabajo e infraestructura y garantías de protección social. Al respecto, el estrés físico y mental del trabajo en un servicio itinerante y la falta de una estrategia de prevención de riesgos laborales, son factores que están limitando el funcionamiento de la UMS, mientras que el otorgamiento de días de descanso y las actividades de salud mental son factores que están facilitando el funcionamiento de la UMS.

#### **4.5.3 Trabajo en equipo**

Los entrevistados señalan que el compromiso grupal de alcanzar las metas asignadas mejoró el trabajo en equipo del personal de la UMS, pues permitía planificar y tener reuniones de trabajo de retroalimentación para mejorar las actividades, como se desprende de los siguientes testimonios:

“La fortaleza de nosotros ha sido el personal, el compromiso que tenía el personal. El querer cumplir las metas. Ha sido amor propio que otra cosa. Porque otro habría tirado la toalla, porque la Red exige mucho, pero da poco” (E4, profesional de Unidad Móvil).

"Pero cuando teníamos esa oportunidad nosotros de conversar de esa forma, allí es donde funcionó todo. Porque podíamos planificar, hacíamos rutas exactas" (E4, profesional de Unidad Móvil).

Los entrevistados señalan que el modelo de trabajo de campañas de salud masivas no favorece el trabajo en equipo de la UM, ya que el personal tiene una función más reactiva, que solo atienden pedidos a la demanda y, por ello, ha tenido un efecto negativo en el rendimiento del personal, tal como se expresa en los siguientes testimonios:

"Desde que han cambiado las cosas, yo, la verdad, ya no me siento dentro del equipo. Ya cambiaron las cosas... Es otro formato, otra forma de hacer las cosas" (E4, profesional de Unidad Móvil).

"Estamos al pedido. Ellos ingresan un documento. La dirección lo deriva, nos llaman y ya... Nos comunican y nos vamos " (E4, profesional de Unidad Móvil).

"Este año sí han venido una vez, pero no vinieron por metas, sino por campaña. Solamente una" (E9, profesional del Puesto de Salud Zurite).

El modelo de operación de la UMS ha experimentado cambios desde su creación. Así, en una primera etapa (2014), la atención se ofertaba a toda la población general de la comunidad visitada. En una segunda etapa (2015-2017), la atención se ofertaba de forma preferente a la población asegurada del SIS. En esta tercera etapa (2018), la atención ha incluido la oferta de campañas médicas masivas que responde a una nueva visión de la gerencia de la Red de Salud, el mismo que puede entenderse por la influencia del periodo pre-electoral en los gobiernos regionales. Si bien el objetivo de la UMS es mejorar el acceso a los servicios de salud, la forma operativa de cómo se entrega el servicio influye en los resultados sanitarios.

Los entrevistados señalan que la conformación incompleta del grupo de profesionales de la UMS, debido a los problemas presupuestales de la Red, no ha favorecido el trabajo en equipo y ha tenido un efecto negativo



en el rendimiento del personal de la UMS, lo que no favorece las coordinaciones internas y el trabajo en equipo. Esta situación se describe en los siguientes testimonios:

"Ya no tenemos un equipo completo, un equipo compacto (...). Y cuando nosotros estábamos como equipo, los dos años y medio, que hemos funcionado muy bien, teníamos la disposición, nosotros mismos, de conversar como equipo" (E4, profesional de Unidad Móvil).

"No había presupuesto para contratar personal" (E2, profesional de la Unidad Móvil).

La Organización Panamericana de la Salud (2010: 46) considera que es un atributo clave de la organización de los servicios de salud, el contar con "recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados" es muy importante para lograr los resultados en salud. Eslabão et al. (2017: 4371), en un estudio sobre brigadas itinerantes de salud mental, encontraron que el rol del coordinador es un aspecto clave para organizar el trabajo en equipo y alinear el compromiso del personal con los objetivos asignados a la brigada y que el uso de estrategias como reuniones y discusiones son de mucha ayuda. Al respecto, el compromiso grupal para cumplir las metas sanitarias está facilitando el funcionamiento de la UMS, mientras que la realización de campañas de atención masivas y la dotación incompleta del equipo de profesionales de la UMS está limitando el funcionamiento de este servicio itinerante.

#### **4.5.4 Satisfacción laboral**

Los entrevistados señalan que el reconocimiento institucional por los logros alcanzados por la UMS y el autoreconocimiento de ser parte de una misión social son condiciones personales que han contribuido a la satisfacción laboral y que se ha manifestado en un mejor rendimiento laboral y en un renovado compromiso con la institución, tal como se señala en los siguientes testimonios:

"Hemos tenido bastantes felicitaciones al respecto, por el trabajo y el plus ha sido es que hemos hecho un buen equipo" (E4, profesional de Unidad Móvil).

"Eso me ha contribuido a nivel personal, de ver todo tipo de realidades" (E2, profesional de Unidad Móvil).

Uno de los entrevistados manifestó que la falta de oportunidades de educación continua es una situación que ha traído una insatisfacción laboral, ya que ha significado perder continuidad en el manejo de conceptos y herramientas que se usan en los establecimientos de salud, lo que también representa una menor empleabilidad y que se ha puesto de manifiesto cuando han sido reubicados a establecimientos de salud durante los periodos de inactividad de la UMS, tal como se expresa en el siguiente testimonio:

"He perdido muchas cosas al viajar tanto (...). No manejas programas. No maneja nada (...). Estoy empezando otra vez" (E4, profesional de Unidad Móvil).

La UMS también proporciona un interesante campo clínico para los médicos generales que buscan entrenarse en ecografía. Esta es una situación que puede ser aprovechada para captar nuevos médicos generales y mantener el interés del personal en seguir trabajando en la UMS, tal como se manifiesta en el siguiente testimonio:

"Yo ya había hecho el posgrado de ecografía...Pero hacía ecografías, pero no la hacía tan frecuente (...). Hacíamos mínimamente, unas veinte ecografías diarias. En los más terrible, cincuenta, sesenta. La clave es esa, entrenar nuevos médicos generales" (E4, profesional de Unidad Móvil).

Arboleda y Cardona (2018: 7), en un estudio sobre trabajadores de salud de hospitales públicos y privados de Colombia, reportaron una mayor satisfacción laboral en el personal de salud por factores como ambiente de trabajo, salario, cargo y reconocimiento. Mientras, Perez-Zapata et al. (2014: 21) señalaron que existen evidencias que la sobrecarga laboral, los

bajos salarios, los insuficientes insumos y la incomodidad con la infraestructura son factores que afectan la satisfacción laboral en los trabajadores de salud.

La Cruz Roja Internacional (2006:14) señala que los servicios itinerantes requieren recursos humanos capacitados en protocolos y procedimientos estandarizados, ya que el modelo de atención requiere intervenciones de corta duración que estén articuladas con el sistema local de salud. La Organización Panamericana de la Salud (2017b), en la Resolución CSP29.R15, recomienda a los países la importancia de desarrollar estrategias de educación continua para los profesionales de la salud y que esta educación aproveche las tecnologías digitales y las redes de aprendizaje colectivo. Al respecto, el reconocimiento institucional por el cumplimiento de metas y la oportunidad de entrenamiento en ecografías son factores facilitadores del funcionamiento de la UMS, mientras que la falta de una estrategia de educación continua es un factor limitante de la UMS.

#### **4.5.5 Disposición para seguir trabajando**

Los entrevistados señalan que tienen la disposición para seguir trabajando en la Unidad Móvil, pues tienen la posibilidad de conocer nuevos lugares, aprender nuevas culturas, disfrutar del trabajo en grupo y la posibilidad de ayudar a los demás. Estas expectativas personales han favorecido la intención de seguir trabajado en la UMS y se ha manifestado en la flexibilidad personal que han mostrado al momento de aceptar esta modalidad de trabajo, tal como se expresa en los siguientes testimonios:

"Te amplía la visión de lo que es salud. Es una bonita experiencia...Me gustaría seguir apoyando" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"En móviles, para un aventurero, es mucho más interesante, porque todos los días es diferente. No son las mismas caras. Viajas, temprano te vas, te distraes. No es aburrido. En el fijo, es una rutina. Llegas, entras, picas, sales, te vas" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"Me gusta trabajar en el Koika [Unidad Móvil], la realidad, porque ves muchas cosas y yo siempre he trabajado en voluntariado desde que he estado en la Cruz Roja. Es por eso que me gusta la forma. Por eso, nos hemos complementado con ese trabajo" (E4, profesional de Unidad Móvil).

La Organización Panamericana de la Salud (2010: 46) considera que un atributo clave de la organización de los servicios de salud es contar con "recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red". Kumar et al. (2009: 33), al estudiar una experiencia de servicios itinerantes en la India, reportaron que una de las mayores dificultades operativas de estos servicios es la poca predisposición de los médicos para viajar a zonas rurales alejadas. Al respecto, la motivación de conocer nuevas culturas y las experiencias previas en servicios de voluntariado son factores facilitadores del funcionamiento de la UMS.

#### **4.5.6 Expectativas laborales futuras**

El estudio no encontró evidencia de una estrategia institucional de retención de personal. El personal entrevistado considera migrar a otros establecimientos de salud en búsqueda de un contrato más estable y mejores condiciones remunerativas y laborales como consecuencia del postular a otro trabajo, alcanzar el proceso de nombramiento o por acceder a una plaza de la residencia médica para realizar una especialización. Esta situación se describe en los siguientes testimonios:

"Biólogo ya no tenemos, porque él ha renunciado a esa plaza y se ha presentado a otra plaza fija" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"Para este año, yo estoy nombrándome" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"Me gusta trabajar en el Koika [Unidad Móvil] (...). Pero, a futuro, profesionalmente, ya no, estabilizarme, para hacer la residencia, para hacer la especialidad (...) más por necesidad de salud (...). He adquirido una hernia lumbar, viajando...levantandos cosas..." (E4, profesional de Unidad Móvil).

Las expectativas laborales son atributos y condiciones de trabajo que se espera encontrar y recibir de una organización (Mamani 2017: 20). Por lo

tanto, es una percepción subjetiva sobre lo que puede suceder en el empleo deseado y cuyas características están interrelacionadas con los rasgos de personalidad (Sainz-Álvarez 2018: 1) y van cambiando con el contexto político, económico y social de cada generación. Golik (2013: 127) señala que el proyecto profesional, el desarrollo de carrera, las oportunidades de aprendizaje y el equilibrio con la vida personal son factores valorados por los nuevos trabajadores. Una de las principales limitaciones de los servicios de salud itinerantes es su dificultad de ofrecer condiciones adecuadas de trabajo y una línea de carrera atractiva al personal de salud, por lo que se aprecia que este servicio es visto como una ocupación temporal mientras se busca otras oportunidades de trabajo. Esta situación se relaciona con el poco reconocimiento que tiene este servicio dentro del sistema de salud y las limitaciones del financiamiento público (Office of Evaluation and Inspections 1990: 12). Al respecto, la carencia de una estrategia institucional de retención de personal para la UMS y la percepción de trabajo temporal que se tiene de la UMS son factores limitantes para el funcionamiento de la UMS.

#### **4.6 Percepción de los usuarios de la comunidad**

##### **4.6.1 Expectativas sobre el servicio itinerante**

Los usuarios entrevistados manifiestan una expectativa positiva respecto a la UMS, pues consideran que este servicio les da la oportunidad de acceder a una atención médica y de realizarse exámenes auxiliares en el mismo lugar de la atención, tal como se aprecia en los siguientes testimonios:

"Esa fecha cuando vino el bus [la UMS] era algo extraordinario, porque vinieron también los médicos. La gente estaba aglomerada en las diferentes áreas" (E10, usuario y promotor de salud de comunidad Zurite).

"[En la UMS] me hice sacar sangre. Triglicéridos, colesterol...Sí...la atención más rápida, y mucho mejor. El trato también muy bueno" (E8, usuario de comunidad de Cuyo Chico).

“Difícilmente van a hacerse sacar ecografía a Pisac o Cusco. Entonces, aprovechan en allí no más para la ecografía [en la UMS]” (E6, usuario de comunidad de Cuyo Chico).

Los usuarios también señalaron que el uso de la UMS les permite ahorrar tiempo y dinero, ya que el servicio es inmediato y se evitan los gastos de traslado, tal como se menciona en la siguiente fuente documentaria:

“Según la entrevista con gestantes, muchas de ellas podían ahorrar su gasto del bolsillo con el servicio de la ecografía de la UMS. Para tener la ecografía, antes ellas iban a otro establecimiento de salud nivel más alto que está lejos de su casa o del hospital regional en la ciudad de Cusco [...]. No solamente que ahorra el gasto de bolsillo presente. También ayuda a ahorrar su tiempo y la oportunidad de trabajar y ganar más dinero...” (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia 2015: 19-20).

Los profesionales entrevistados también consideran que las gestantes tienen muchas expectativas de realizarse una ecografía para saber como esta su embarazo, incluso muchas personas vienen de comunidades muy distantes, tal como se aprecia en los siguientes testimonios:

"Ecografía...las gestantes también le toman bastante importancia, de saber cómo esta su bebé. Si tiene algo" (E3, profesional de Red Cusco Norte).

"Los haces venir de lejos. A veces los hacen venir de comunidades lejanas, 2 o 4 o 5 horas de caminata" (E2, profesional de Unidad Móvil).

Los profesionales entrevistados también consideran que los usuarios tienen otras expectativas que sobrepasan la oferta real de la UMS, pues demandan otras especialidades médicas y otros servicios de apoyo diagnóstico, tal como se aprecia en los siguientes testimonios:

"Los pacientes vienen y buscan especialistas, para problemas renales, osteoporosis" (E5, profesional del Puesto de Salud Cuyo Chico).

“Ellos quieren ecografías abdominales, vesícula, etc...., pero ellos hacen sus reclamos...” (E9, profesional del Puesto de Salud Zurite).

“Yo quisiera doctor, haya una vez, por lo menos dos veces al año, que vengan, y ya pues con diferentes áreas [...]. Los ojos también, porque hay ancianos. En su mayoría están sufriendo aquí con diabetes. Eso es lo que hay bastante, pero algunos están controlando” (E10, usuario y promotor de salud de la comunidad de Zurite).

Como señala Andersen (1995), existen diferentes factores que influyen en la utilización de los servicios de salud y, para el caso de la UMS, se observa que confluyen factores relacionados con las creencias en salud, la edad (niños, ancianos), el sexo (femenino), la cultura, la disponibilidad del servicio de salud (atención médica, atención odontológica), la “disponibilidad de tecnología médica (ecografía, laboratorio), entre otros factores. Por ello, es muy importante lograr un equilibrio entre las “necesidades percibidas” por las personas de la comunidad y las “necesidades diagnosticadas” por los funcionarios salud que buscan alcanzar metas sanitarias, siendo fundamental contar con la participación de la comunidad y otros actores locales en la gestión de la UMS.

Langelier et al. (2017), en una revisión de estudio de casos que incluyó varios programas itinerantes de servicios dentales, reportaron que los servicios brindados debían responder a las necesidades particulares de cada comunidad, ya que existen grupos poblacionales con diferentes tipos de vulnerabilidades que afectan el acceso a los servicios de salud. Al respecto, la percepción de oportunidad de atención y el ahorro de tiempo y dinero cuando se utiliza la UMS son factores facilitadores para el funcionamiento de la UMS. La falta de especialidades médicas y otros exámenes de laboratorio son percibidos negativamente por los usuarios de la UMS siendo factores que están limitando el funcionamiento de este servicio itinerante.

#### **4.6.2 Resolución de sus problemas de salud**

Los profesionales entrevistados consideran que la adecuada resolutivez de las ecografías obstétricas, laboratorio clínico básico y el servicio de

odontología para la atención de gestantes y niños en la UMS, facilita el trabajo de este servicio itinerante, ya que, por un lado, el usuario resuelve su problema de salud y recibe un paquete de atención que le corresponde en caso de niños y gestantes, y, de otro lado, se mejora el estado de salud de la comunidad.

Los usuarios entrevistados consideran que la atención odontológica resolvió su problema de salud y que los resultados inmediatos de laboratorio les permitió recibir un tratamiento oportuno. Asimismo, el personal de salud entrevistado comentó que la ecografía obstétrica les permitió identificar gestantes en riesgo que pudieron ser referidas oportunamente. Esta situación se describe en los siguientes testimonios:

"El personal que labora realmente hacía el trabajo completo de un equipo I-4....Algunas microrredes no poseen esos servicios" (E1, profesional de Red Cusco Norte).

"La curación [dental] ha durado tiempito" (E7, usuario y promotor de salud de comunidad Cuyo Chico).

"Nos sacan la sangre y ya nos dicen que tenemos, de que nos debemos cuidar" (E7, Usuario y promotor de salud de comunidad Cuyo Chico).

"...Si hay algo siempre..., será un 5% de las ecografías, el resto son normales...y cuando hay duda naturalmente referimos" (E4, profesional de Unidad Móvil).

Los pacientes son orientados a recibir un paquete completo de atención, por lo que se aprovechaba en captar a niños y gestantes cuando vienen por alguna atención, tal como se manifiesta en los siguientes testimonios:

"El paciente también pasa por todo el paquete de atención" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"Venía una mamá. Queríamos que su niño sea atendido con fluorización (...). Entonces, también tenía que pasar para pedir colesterol, glucosa,



triglicéridos (...), consejería, (...), laboratorio y recién al niño se le atendía" (E4, profesional de Unidad Móvil).

Los entrevistados consideran que la falta de continuidad de la atención de los pacientes en el sistema de salud es un factor que limita el funcionamiento de la UMS, debido a que este servicio es temporal y no es factible dar seguimiento al paciente o completar un esquema de tratamiento., pues se espera que el paciente continúe su atención en los establecimientos de salud fijos. Los usuarios entrevistados comentaron que acudieron al servicio de una ONG para continuar con su curación dental, ya que no estaban satisfechos con la atención que recibían en el establecimiento de salud. El personal de la UMS señala que, cuando un paciente es diagnosticado de alguna morbilidad, este es referido para tratamiento al establecimiento más cercano, pero desconocen qué pasa con el paciente. A continuación, algunos testimonios sobre esta situación:

"(...) se han quedado allí [en la UMS]. Después se ha hecho curar [los dientes] en Caysahuasi" (E7, usuario y promotor de salud de comunidad Cuyo Chico).

"Coordinamos con el puesto de salud y el puesto lo tienen que referir a uno de mayor complejidad" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"(...) se hacen curar allí [en la UMS] ...No regresan...En la posta el doctor es aburrido...No estan conformes" (E6, usuario y promotor de salud de comunidad Cuyo Chico).

Los entrevistados consideran que la entrega diferida de los resultados de laboratorio es un factor que limita el funcionamiento de la UMS. Los entrevistados comentan que los exámenes de orina llegaron mucho después, y que, luego de acercarse al puesto de salud, fueron derivados a un centro de salud para recibir el tratamiento de su infección urinaria, lo que significó un retraso importante en su atención, tal como se recoge de los siguientes testimonios:

"Si, ellos [el establecimiento] ya lo recojen, entonces cuando van a la posta se les entrega [a los usuarios los resultados de laboratorio]" (E6, usuario y promotor de salud de comunidad Cuyo Chico).

"Vino en una semana. En la doctora dejaban todo eso. La doctora nos decia a nosotros como estaban nuestros exámenes. Nos citaba" (E8, usuario de comunidad Cuyo Chico).

"Si sale el examen de orina patológico, se refiere al establecimiento, para que se le dé el tratamiento" (E3, profesional de Red Cusco Norte).

De los testimonios presentados, se aprecia que la UMS es una intervención que está contribuyendo a resolver diferentes problemas de salud en la comunidad, sobre todo de las gestantes y los niños. No obstante, se requiere hacer ajustes para mejorar la continuidad de la atención. Yu et al. (2017) encontraron que las clínicas móviles tienen muchas limitaciones para garantizar la continuidad de la atención debido a su débil integración con el sistema de salud local, que incluye hospitales, farmacias, laboratorios y otros servicios de apoyo. En ese sentido, desde la perspectiva de la gerencia social, es necesario que el modelo de gestión de la UMS incluya a todos los actores del sistema de salud, incluyendo la ciudadanía, para que esta intervención sea efectiva y realmente contribuya al desarrollo territorial local.

#### **4.6.3 Satisfacción con la atención recibida**

Los usuarios entrevistados señalan que la atención en la UMS es bastante buena y rápida, tal como se recoge en los siguientes testimonios:

"Sí tratan bien, tienen otro trato" (E10, usuario y promotor de salud de comunidad Zurite).

"Una persona profesional que trabaja en unidades móviles tiene que ser muy proactivo...porque no sabes que pueda pasar ese momento o como puede reaccionar la población que exige mucho, hay lugares donde la población exige más de lo que puedes dar" (E4, profesional de Unidad Móvil).

"La atención más rápido, y mucho mejor. El trato también muy bueno" (E7, usuario y promotor de salud de comunidad Cuyo Chico).

Las personas entrevistadas consideran que la calidez en la atención que brinda el personal de la UMS ha contribuido a lograr una buena relación prestador-usuario siendo un factor que ha facilitado el funcionamiento de la UMS. El buen carácter del personal de salud ha sido clave para generar confianza en la comunidad, tal como se recoge en los siguientes testimonios:

"Preferible atenderse en ese carro. En ese carro nos atienden con cariño" (E6, Usuario y promotor de salud de comunidad Cuyo Chico).

"Sí, creo que sí, no son aburridos, son alegres más bien" (E6, usuario y promotor de salud de comunidad Cuyo Chico).

"No eran aburridos. Eran buena gente" (E7, usuario y promotor de salud de comunidad Cuyo Chico).

Los entrevistados consideran que la existencia de barreras organizacionales de acceso al servicio esta generando personas insatisfechas con la UMS y representan un factor que limita el funcionamiento de este servicio itinerante. Estas barreras organizacionales ocurren cuando las personas no están afiliadas al SIS, no son parte de la población objetivo, existen cupos limitados para las ecografías, horario de atención restringido y restricción del servicio de ecografía a gestantes, los cuales limitan el trabajo de la UMS. Esta decepción a veces genera comentarios negativos y en ocasiones reclamos al personal de la UMS, ya que las personas han tenido que invertir tiempo y recursos para desplazarse. Esta situación se expresa en los siguientes testimonios:

"El paciente iba con esa inquietud de querer atenderse en todos los servicios...y chocamos con esa realidad del paciente" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"(...) porque bastantes han venido, no se les ha atendido..." (E8, usuario de comunidad Cuyo Chico).

“Más priorizan a las gestantes [...]. A veces hasta nosotros mismos [...] queremos hacernos sacar [la ecografía], pero no se puede” (E6, usuario y promotor de salud de la comunidad de Cuyo Chico).

“Más que todo la ecografía. Porque acá, ellos quieren, cuando tienen enfermedad, dolor de estómago, apendicitis o cálculos, para que sepan ellos si tienen esa enfermedad, quieren ecografía. Vienen y es para las embarazadas no más. Se vienen molestos, desganados. Ya no quieren venir” (E7, usuario y promotor de salud de la comunidad de Cuyo Chico).

Kumar et al. (2009: 27-28), al realizar una encuesta en usuarios de unidades móviles de salud de tres distritos de una zona rural de la India, encontraron que los usuarios calificaron el servicio de “buena calidad” o de “muy buena calidad” (91.2 %, 97.8 % y 100 %) y la conducta del personal de “buena o muy buena” (91.2 %, 93.8 % y 97.8 %); sin embargo, uno de los problemas identificados fue la falta de privacidad durante la atención.

Philips et al. (2017), al comparar la satisfacción entre la atención de gestantes en una clínica móvil y los establecimientos de salud en Haití, encontraron que la satisfacción de las usuarias era similar en ambos modelos de atención. No obstante, las áreas de menor calificación en ambos servicios fue el tiempo de espera y la limpieza del servicio.

Una encuesta realizada en el Programa de Caravanas de Salud de México reportó que el 88 % de los usuarios encuestados estaba satisfecho con la atención y el 96 % de los usuarios señaló que sí la recomendaría a otras personas. De otro lado, un 99 % de usuarios comentó que sí pensaba usar nuevamente este servicio itinerante, debido a la atención médica gratuita (41 %), la buena atención (22 %), la entrega de medicinas y vacunas gratuitas (16 %); mientras que solo un 1 % de los encuestados señaló que no regresaría porque prefería sus remedios caseros (Secretaría de Salud, 2008, págs. 96-97)

Teniendo en cuenta el modelo de Andersen (1995), se puede comprender que la UMS está atendiendo principalmente las “necesidades evaluadas”,

dejando de lado las “necesidades percibidas” y, de esta manera, condiciona el uso del servicio de salud a la priorización que establece el servicio de salud, una situación que abre la posibilidad a la existencia de una “demanda no atendida” de personas que no cumplen los criterios de programación y, al no haber servicios de salud y tecnología médica disponibles en su comunidad, acuden a la UMS en busca de atención. La difusión a la población general de la noticia que viene la UMS induce a una mayor demanda en la población que se acerca a la UMS, pero, al no recibir atención, está generando una “demanda insatisfecha”.

#### **4.7 Patrones culturales de la población**

##### **4.7.1 Creencias sobre el proceso salud-enfermedad-atención**

En la comunidad existe confianza en el uso de la ecografía; sin embargo, existen creencias que sobrevaloran la potencia diagnóstica de la ecografía para examinar todo el cuerpo y diagnosticar cualquier enfermedad. La confianza en la ecografía es un factor que ha facilitado el trabajo de la UMS, ya que contribuye a generar confianza en la población y, sobre todo, en las gestantes para que acepten realizarse un examen ecográfico y, de esta manera, se logre el objetivo de brindarles el paquete completo de control prenatal. Las creencias que sobrevaloran la capacidad diagnóstica de la ecografía son factores que pueden limitar el funcionamiento de la UMS. Por ello, se requiere educar a la comunidad para no generar mayores expectativas de lo que realmente puede hacer esta tecnología. Estas creencias se recogen en los siguientes testimonios:

"Piensan que el ecógrafo le va a revisar todo el cuerpo, el cerebro...Quiere hacerse ecografía de una u otra cosa" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"Hay personas que están mal y quieren sacarse ecografía" (E6, usuario y promotor de salud de comunidad Cuyo Chico).

Los síndromes culturales son creencias que afectan la salud de las personas y que se interpretan como un desequilibrio con la tierra (pachamama) y el medio ambiente, los cuales no pueden ser abordados desde la atención médica convencional. Los síndromes culturales son un

conjunto muy diverso de síntomas, dolencias y enfermedades restringidas a un grupo social o cultura específico, sin alteraciones orgánicas o fisiológicas demostrables, y que son tratados por agentes de salud tradicionales (Chhabra, Bhatia y Gupta, 2008: 15). No obstante, estas creencias pueden enmascarar problemas de salud biomédicos y retrasar la búsqueda de atención en la UMS y afectar la adherencia de las personas a las indicaciones terapéuticas del personal de salud. Algunas de estas creencias locales se recogen en los siguientes testimonios:

"Que me ha chupado la tierra, que siento dolores acá. Lo manejamos como una lumbalgia" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"el susto...el daño...los puquiales les afecta, entonces necesitan un curandero" (E5, profesional del Puesto de Salud Cuyo Chico).

"Todo influye a lo que es la pachamama o la tierra" (E9, profesional del Puesto de Salud Zurite).

El proceso salud-enfermedad-atención siempre ha sido influenciada por las creencias locales que le atribuye una visión holística. Según Bellato et al. (2009: 188-189), las personas siguen un itinerario terapéutico de búsqueda, cuidado y mejoramiento de su salud que tiene su propia lógica de interpretación de sus necesidades de salud y que es influenciada por la cosmovisión del mundo, la experiencia personal, las redes de soporte familiar y comunitario, y el sistema médico tradicional que les ofrece alternativas de atención. Medina y Malca (2006) señalan que "las poblaciones andino-amazónicas recrean una exaltación a la vida, donde el mundo se está generando y regenerando permanentemente" (Medina y Malca 2006: 23). Por ello, "muchas mujeres optan por el parto atendido por parteras, en su propia casa, buscando respeto por sus costumbres y su forma de concebir y actuar en ese momento" (Medina y Malca 2006: 23). Estos aspectos hacen necesario repensar el modelo de atención de la UMS desde un enfoque de derechos que permita incorporar la visión cultural de las personas y de la comunidad en la planificación de los servicios de salud.

#### 4.7.2 Pertinencia cultural de la atención

Las personas entrevistadas consideran que el respeto a las creencias y tradiciones de la población por parte del personal de la UMS es un factor que ha contribuido a lograr una buena relación prestador-usuario. Este es un factor que ha facilitado el funcionamiento de la UMS, tal como se recoge en los siguientes testimonios:

"La predisposición y la afinidad con los pacientes, porque cada cultura, cada zona, tiene su mentalidad distinta, y amoldarte a este pensamiento de esa comunidad, es prioritario, para que el paciente también te colabore y te entienda" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"No se le puede tomar [la ecografía] sola o tiene que estar alguien que le transmita la confianza" (E4, profesional de Unidad Móvil).

Las personas entrevistadas consideran que el conocimiento del quechua por parte del personal de la UMS y el apoyo de traductores de quechua de la misma comunidad son factores que han contribuido a lograr una buena relación prestador-usuario y han facilitado el funcionamiento de la UMS, tal como se recoge en los siguientes testimonios:

"(...) el médico ya tenía cierta noción del quechua y que lo ha reforzado con las actividades. Yo también ya tenía nociones y lo he reforzado. Ya entiendo al paciente" (E2, profesional de Unidad Móvil).

"La mayoría hablamos quechua, entonces nosotros a veces, cuando hay ancianos que no le entienden, tenemos que traducir" (E10, Usuario y promotor de salud de Comunidad Zurite).

Una experiencia interesante es el Programa de Caravanas de Salud de México (Secretaría de Salud de México, 2008: 66-67), donde se ha priorizado la selección de personal de salud de la propia región y que además hable la lengua indígena. Asimismo, se cuenta con un programa de capacitación continua que incluye temas de interculturalidad con la finalidad de sensibilizar al personal y mejorar la relación profesional-paciente. No obstante, se reconoce la necesidad de seguir mejorando el aprendizaje de la lengua indígena y el respeto a las costumbres de la

población por parte de los profesionales de la salud (Secretaría de Salud, 2008, pág. 96). Otra experiencia ha sido las brigadas de salud itinerantes AISPED que en su marco normativo establece la necesidad de desarrollar competencias interculturales en el personal de salud y que se evalúe periódicamente sus avances, con la finalidad asegurar una adecuada atención a las poblaciones rurales y dispersas (Ministerio de Salud, 2009).

#### **4.7.3 Pertinencia cultural de la estructura del vehículo**

Las personas entrevistadas consideran que el aspecto novedoso del vehículo de la UMS ha tenido buena aceptación entre los usuarios y no ha generado rechazo en la población, lo que ha contribuido a que los usuarios tengan el interés de atenderse. Este factor ha facilitado el funcionamiento de la UMS, tal como se recoge en los siguientes testimonios:

"(...) porque allí hacen su colita. Bonita casita, sí saben mirar [el vehículo de la UMS]" (E6, usuario y promotor de salud de comunidad Cuyo Chico).

"Al ver el carro, venían todos los pacientes...Era una novedad" (E2, profesional de Unidad Móvil).

Las personas entrevistadas consideran que los ambientes del vehículo de la UMS son muy reducidos e incómodos. Incluso se mueve durante la atención y, como las puertas de cada módulo dan directo a la calle, puede afectarse la privacidad de los usuarios si no se tiene cuidado al abrir estas puertas. Este es un factor que afecta la confianza de los usuarios en la UMS y que limita su funcionamiento, tal como se recoge en los siguientes testimonios:

"Bueno, la unidad es un poco incómodo" (E10, usuario y promotor de salud de comunidad Zurite).

"Es muy pequeño el ambiente. No permite más personal" (E2, profesional de Unidad Móvil)



"El carro está en movimiento. Primero tienes que ponerle los fijadores... pero muchas veces no se puede..., el carro se mueve...y allí se asustaban. Era tratar de explicarles" (E4, profesional de Unidad Móvil).

"Desvístete para la ecografía. No se desviste. Están mirándote. Ya sabemos que tenemos que cerrar la puerta" (E2, profesional de Unidad Móvil).

Yu et al. (2017: 8) consideran que asegurar confidencialidad de las conversaciones entre el profesional y los usuarios es uno de los retos más difíciles en el diseño de las clínicas móviles, por lo que se aconseja tener particiones dentro de la infraestructura. Al respecto, la unidad móvil de la Red Cusco Norte tiene tres compartimentos divididos por tabiques que evitan que los usuarios escuchen las conversaciones privadas. El informe de la Oficina de Minorías del Departamento de Salud de los Estados Unidos (2013: 16) encontró que los usuarios de clínicas móviles valoran el ambiente familiar e informal de la infraestructura de la clínica móvil que facilita el desarrollo de relaciones de confianza entre los profesionales y los usuarios. Kumar (2009: 28), al analizar la experiencia de unidades móviles en la India, encontró que los usuarios encuestados en tres localidades (6.3 %, 8.9 % y 34.8 %) consideraban que el servicio no contaba con las condiciones necesarias para asegurar la privacidad durante el examen de las mujeres. Estos aspectos muestran que el diseño de las unidades móviles debe considerar el respeto a la privacidad de los usuarios y la pertinencia cultural de sus instalaciones teniendo en cuenta aspectos climáticos, tradiciones y diversidad cultural.

#### **4.7.4 Recursos terapéuticos tradicionales**

Las personas entrevistadas consideran que las plantas medicinales son el primer recurso terapéutico que se usan las personas de la comunidad. En los hogares, se usa mucho las "infusiones" y los "emplastos", por lo que la adecuada comprensión de los recursos terapéuticos tradicionales y la incorporación de las plantas medicinales en la atención son factores que han facilitado el funcionamiento de la UMS, pues han contribuido a lograr la adherencia de los pacientes al tratamiento indicado y a mejorar la

relación prestador-paciente, tal como se recoge en los siguientes testimonios:

"Nosotros podemos tomar yerbas. Eso sana, yerbas medicinales, ya pues con eso sana" (E9, profesional del Puesto de Salud Zurite).

"Para dolor huesos, con rosas blancas reposaditas, mates" (E6, usuario y promotor de salud de comunidad Cuyo Chico).

"Quieren sus matecitos de yerba, sus apósitos, se ponen papas, habas, como un emplasto" (E2, profesional de Unidad Móvil).

Las personas entrevistadas mencionan que en la zona existen diferentes agentes de medicina tradicional que son una alternativa a los servicios de salud, como el yerbero, el curandero, el huesero y, cada vez menos, la partera, pues su práctica ha sido restringida por el MINSA. Estos agentes tradicionales tratan los síndromes culturales de la comunidad, pero a veces indican tratamientos empíricos sobre enfermedades y tratan condiciones relacionadas con la gestación y el parto, que pueden generar complicaciones y efectos nocivos en la salud de las personas. Esta situación se recoge en los siguientes testimonios:

"Tenemos hueseros y el que cura con medicina natural, yerbas" (E10, usuario y promotor de salud de comunidad Zurite).

"El susto...el daño...los puquiales les afecta, entonces necesitan un curandero" (E5, profesional del Puesto de Salud Cuyo Chico).

"Ellos utilizan yerbas. Eso que acomodan a los bebés cuando están en mala posición... Algunas veces utilizan yerbas para dar partos más rápidos... pero sí mates" (E4, profesional de Unidad Móvil).

Un estudio del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2011: 51-53) sobre los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del periodo 2004-2011, encuentra que las personas con algún problema de salud que acuden a un curandero no han variado en el Perú urbano (0.4 % al 0.5 %), ni en el Perú rural (0.7 % al 0.6 %). Por su parte, Oblitas et al.

(2013), en una encuesta a usuarios de consulta ambulatoria de medicina general en dos hospitales de Cusco, reportaron que el 75.3 % afirmó haber usado plantas medicinales en el último mes; asimismo, el 67.8 % señaló que utilizaba de manera combinada medicamentos y plantas medicinales. Incluso el 93.7 % de encuestados manifestó que desearía que su médico le indique plantas medicinales como parte del tratamiento de sus problemas de salud, siendo los usos mas frecuentes para problemas digestivos, urinarios y respiratorios.

Scott (2011: 9-17) realizó una encuesta a personas de diferentes localidades de Cusco y halló que el 92% usaba la medicina tradicional para tratar diferentes problemas de salud, como dolores de estómago, tos, infecciones, inflamaciones y síndromes culturales como susto, mal de viento y mal de ojo. Astete (2018), al realizar un estudio etnográfico en Apurímac, en una localidad andina muy próxima al Cusco, encontró diferentes agentes tradicionales como curanderos, parteros, hueseros, aficionados y rezadores. Teniendo en cuenta estos aspectos de la medicina tradicional, es conveniente que, en la planificación de las UMS, se incluya la capacitación del personal sobre el uso de plantas medicinales y el conocimiento del sistema de salud tradicional.

## **CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El análisis del caso presentado se ha realizado desde la perspectiva de la gerencia social, una disciplina cuyo alcance y especificidad se centra en comprender “la cogestión interinstitucional o intersectorial de bienes comunes públicos o semipúblicos”, la misma que esta basada en “estrategias de cooperación racional” donde se comparten roles, tomando en cuenta las capacidades de los actores del territorio donde se ejecuta el proyecto o programa social (Bobadilla 2004: 126-129).

### **5.1 Conclusiones**

#### **5.1.1 Mecanismo de articulación**

- El grado de articulación entre la Red de Salud Cusco Norte, el equipo profesional multidisciplinario de la UMS y el establecimiento de salud para el funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud es alto. En esta articulación, los actores de salud tienen una relación de carácter vertical, de tipo jerárquica, bajo una lógica programática orientada a lograr resultados, la cual ha contribuido al funcionamiento de la UMS como estrategia para mejorar el acceso a servicios de salud de las poblaciones rurales. Los mecanismos de articulación identificados son (i) los dispositivos de adaptación mutua y (ii) la estandarización de los procesos de trabajo y de resultados de la UMS.
- La adaptación mutua es la forma más sencilla y económica de coordinación entre actores, el cual resulta muy efectivo cuando el grupo de coordinación es pequeño. Para la implementación de la adaptación mutua, se identificaron dos dispositivos de enlace: el contacto informal, que demostró ser muy eficiente para coordinar temas operativos de la UMS; y los grupos de trabajo, que fueron muy utilizados para analizar la situación, tomar acuerdos e implementar acciones de planificación, organización y monitoreo de la UMS.
- La estandarización de los procesos de trabajo permitió a los actores alinear sus funciones y responsabilidades a una estructura de trabajo, mientras que la estandarización de los resultados permitió a los actores encadenar aquellas actividades que solo agregaban valor al logro de las metas sanitarias en las comunidades intervenidas. La

estandarización de resultados se dio a través de la asignación de metas sanitarias en gestantes, niños menores de 3 años y otros grupos priorizados, y la estandarización de procesos se implementó a través de una directiva sanitaria regional, criterios de priorización e instrumentos de gestión (manual de operaciones, guía de comunicaciones, manual de uso y mantenimiento; y guía de atención de las UMS).

### **5.1.2 Nivel de participación de los actores sociales**

- El nivel de participación de los actores sociales locales en el funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud de la Red Cusco Norte es bajo. La participación de los actores sociales es de carácter horizontal, no jerárquico, que responde a la motivación de contribuir a lograr un propósito común para el beneficio de la comunidad. Los actores sociales que se han relacionado con la UMS son: municipalidades distritales, presidentes comunales, promotores de salud y líderes comunitarios. No se cuenta con espacios de coordinación multisectorial con los actores sociales, ni se cuenta con una estrategia de participación ciudadana.
- Los niveles de participación de los actores sociales son (i) acceso a información muy básica de la UMS, que se dio a través de la difusión local sobre la visita de la UMS y sus actividades, y (ii) cooperación, que se realizó a través de acciones de voluntariado de promotores de salud, presidentes comunales y líderes comunales, durante la difusión local y la atención de la UMS, y el apoyo eventual con combustible y difusión local que brindaron algunos municipios distritales.
- Entre los factores que pueden facilitar la participación de los actores sociales se identificaron los siguientes: experiencia de trabajo local con promotores de salud y otros agentes comunitarios, existencia de un marco normativo y herramientas metodológicas para implementar estrategias de participación ciudadana; y la experiencia de trabajo local con gobiernos locales.
- Entre los factores que pueden limitar la participación de los actores sociales se identificaron los siguientes: la falta de espacios de

coordinación multisectorial, la carencia de una estrategia de participación ciudadana en la gestión de la UMS, la carencia de una estrategia de comunicación social de la UMS y las limitaciones del enfoque sanitario de los gobiernos locales que solo prioriza las campañas médicas masivas.

### **5.1.3 Creencias y actitudes del personal de salud**

- Los trabajadores de los establecimientos de salud tienen una percepción positiva del rol de la UMS en el sistema local de salud, pues consideran que es una estrategia que ha venido a mejorar el acceso de las poblaciones rurales, a fortalecer la capacidad de oferta del establecimiento de salud y ha contribuido al cumplimiento de las metas sanitarias en la población objetivo.
- Los trabajadores de la Unidad Móvil de Salud tienen una percepción positiva de su contribución en la mejora de la salud de las poblaciones rurales, reconocen la importancia de trabajar de forma coordinada con la Red y el establecimiento de salud intervenido, y tienen el compromiso de seguir trabajando en la UMS. No obstante, tienen la percepción que su trabajo es temporal y que las condiciones laborales se están deteriorando.
- Se identificaron los siguientes factores que pueden facilitar el funcionamiento de la UMS: el compromiso grupal de cumplir las metas sanitarias, el reconocimiento institucional de las metas alcanzadas, el otorgamiento de días de descanso, las actividades de salud mental durante las jornadas de trabajo, la oportunidad de entrenarse en ecografías, la motivación de conocer nuevas culturas y las experiencias previas en actividades de voluntariado.
- Se identificaron los siguientes factores que pueden limitar el funcionamiento de la UMS: el estrés mental y físico, la sobredemanda de pacientes, la recarga administrativa de la formatería, las difíciles condiciones del trabajo en campo, la falta de una estrategia de prevención de riesgos laborales, los contratos temporales, los bajos salarios, el equipo de profesionales incompleto, las campañas de atención masivas, la falta de una estrategia de educación continua y la carencia de una estrategia de retención de personal.

#### **5.1.4 Percepción de los usuarios de la comunidad**

- Los usuarios de la comunidad tienen una percepción positiva de la UMS y consideran que ha contribuido a resolver los problemas de salud de niños y gestantes. No obstante, existe un sector de la población que está insatisfecho con la UMS, debido a restricciones en el acceso de la población general que no pertenecen a los grupos priorizados.
- Se identificaron los siguientes factores que pueden facilitar el funcionamiento de la UMS: la percepción de rapidez en la atención, la percepción de ahorro de tiempo y dinero; la percepción de buen trato y calidez en la atención.
- Se identificaron los siguientes factores que pueden limitar el funcionamiento de la UMS: la falta de continuidad en la atención de los pacientes, el retraso en la entrega de resultados, la falta de especialidades médicas y otros exámenes de laboratorio, la existencia de barreras administrativas para la atención de la población general.

#### **5.1.5 Patrones culturales de la población**

- En la comunidad, existen creencias y prácticas que pueden facilitar el funcionamiento de la UMS, tales como la confianza en el uso de la ecografía, el valor terapéutico de las plantas medicinales y la visión holística del proceso salud-enfermedad-atención.
- En la comunidad existen creencias y prácticas que pueden limitar el funcionamiento de la UMS, tales como la sobrevaloración del poder diagnóstico de la ecografía y el uso de tratamientos empíricos en enfermedades y condiciones relacionadas con la gestación y el parto.
- Existen elementos de pertinencia cultural en la atención que han facilitado el funcionamiento de la UMS, tales como el conocimiento y respeto a las creencias locales sobre salud-enfermedad-atención, el conocimiento y uso del quechua durante la atención, el apoyo de traductores de quechua locales, y la incorporación de las plantas medicinales como recurso terapéutico.
- El vehículo de la UMS ha tenido buena aceptación entre los usuarios, sin embargo, para algunos usuarios, los ambientes de atención son muy reducidos e incómodos.

## **5.2 Recomendaciones**

### **5.2.1 Mecanismo de articulación**

- Institucionalizar una unidad de coordinación de servicios itinerantes a nivel de la Red Cusco Norte, con una función de enlace para apoyar la implementación de los procesos de funcionamiento de la UMS.
- Implementar un plan de inducción y capacitación a los funcionarios de la Red, Microrred, jefes de establecimientos y personal de la UMS, que incluya aspectos vinculados con la Directiva Sanitaria Regional y los instrumentos de gestión de la Unidad Móvil de Salud.
- Realizar un estudio de mejoramiento de procesos y análisis de costos para optimizar los recursos asignados a la UMS.

### **5.2.2 Nivel de participación de los actores sociales**

- Implementar un comité técnico como espacio de coordinación multisectorial e interinstitucional con los gobiernos locales, ONGs, instituciones públicas de otros sectores y todos los actores sociales del nivel local vinculados con los objetivos de la UMS.
- Implementar una estrategia de participación activa y organizada de los actores sociales locales y ciudadano en el funcionamiento de la UMS, para afianzar la apropiación y sostenibilidad de esta intervención.
- Implementar una estrategia de comunicación social que difunda las actividades de la UMS, brinde orientaciones para acceder a este servicio itinerante y proporcione información de rendición de cuentas.
- Implementar convenios de cooperación con los municipios distritales y otras instituciones locales que contribuyan a fortalecer el funcionamiento de la UMS y el logro de objetivos comunes.

### **5.2.3 Creencias y actitudes del personal de salud**

- Desarrollar un perfil de competencias del personal de la UMS que facilite la planificación y selección del personal.
- Implementar un plan de desarrollo de competencias interculturales para el personal de salud de la UMS y de los establecimientos de salud
- Establecer una estrategia para la identificación y manejo de riesgos laborales del personal de la UMS.

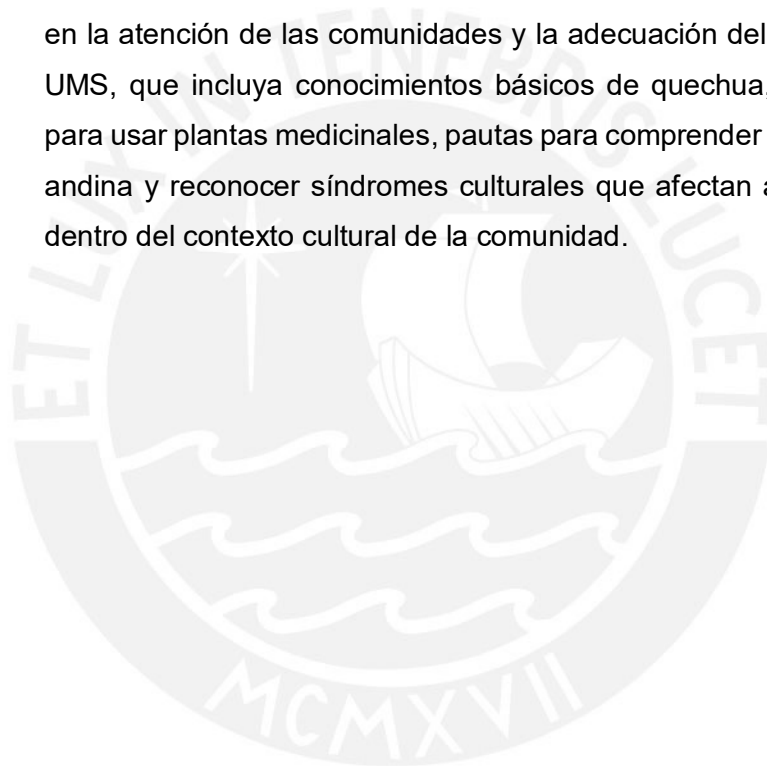


#### **5.2.4 Percepción de los usuarios de la comunidad**

- Implementar un flujograma y pautas administrativas para la referencia de los pacientes de la UMS al sistema de salud local que les permita acceder a la atención médica especializada, la continuidad de la atención y el acceso a exámenes auxiliares complementarios.
- Establecer una estrategia para la atención del sector de la población rural que no es cubierto por la UMS y que demanda servicios de salud.

#### **5.2.5 Patrones culturales de la población**

- Implementar una estrategia de incorporación de la pertinencia cultural en la atención de las comunidades y la adecuación del vehículo de la UMS, que incluya conocimientos básicos de quechua, orientaciones para usar plantas medicinales, pautas para comprender la cosmovisión andina y reconocer síndromes culturales que afectan a las personas dentro del contexto cultural de la comunidad.



**ANEXOS**



## Anexo 1. Población de Red Cusco Norte, 2015

UBIGEO	ÁMBITO GEOGRÁFICO	Población <sup>2</sup> (2015)	Superficie (Km2)	Densidad (Hab/Km2)	Altitud <sup>3</sup> (msnm)	Pobreza total <sup>4</sup>	Distritos <sup>5</sup> focalizados
<b>RED CUSCO NORTE</b>		<b>477,317</b>	<b>7337.35</b>				
<b>080100</b>	<b>PROVINCIA CUSCO <sup>1</sup></b>	<b>282,300</b>	<b>395.84</b>	<b>713.2</b>			
080101	CUSCO	118,316	116.22	1,018.0	3,399	2.9	
080102	CCORCA	2,235	188.56	11.9	3,635	47.2	SI
080103	POROY	7,817	14.96	522.5	3,570	3.8	
080106	SANTIAGO	90,154	69.72	1,293.1	3,400	4.5	
080108	WANCHAQ	63,778	6.38	9,996.6	3,366	0.3	
<b>080300</b>	<b>PROVINCIA ANTA</b>	<b>56,302</b>	<b>1,876.12</b>	<b>30.0</b>			
080301	ANTA	16,703	202.58	82.5	3,337	24.0	SI
080302	ANCAHUASI	6,947	123.58	56.2	3,435	25.0	SI
080303	CACHIMAYO	2,285	43.28	52.8	3,442	14.0	
080304	CHINCHAYPUJIO	4,303	390.58	11.0	3,105	26.1	
080305	HUAROCONDO	5,762	228.62	25.2	3,331	30.9	SI
080306	LIMATAMBO	9,801	512.92	19.1	2,554	25.5	
080307	MOLLEPATA	2,600	284.48	9.1	2,803	20.7	
080308	PUCYURA	4,258	37.75	112.8	3,351	14.9	
080309	ZURITE	3,643	52.33	69.6	3,391	14.9	
<b>080400</b>	<b>PROVINCIA CALCA</b>	<b>74,195</b>	<b>3,625.96</b>	<b>20.5</b>			
080401	CALCA	23,316	336.95	69.2	2,928	17.7	
080402	COYA	4,026	70.96	56.7	2,941	31.6	SI
080403	LAMAY	5,768	95.75	60.2	2,931	28.8	SI
080404	LARES	7,210	744.67	9.7	3,200	36.3	SI
080405	PISAC	10,188	197.38	51.6	2,972	31.6	SI
080406	SAN SALVADOR	5,622	128.29	43.8	2,995	46.4	SI
080407	TARAY	4,728	54.28	87.1	2,968	19.8	
080408	YANATILE	13,337	1,997.68	6.7	1,124	18.3	SI
<b>081300</b>	<b>PROVINCIA URUBAMBA</b>	<b>64,520</b>	<b>1,439.43</b>	<b>44.8</b>			
081301	URUBAMBA	20,879	128.28	162.8	2,871	10.6	
081302	CHINCHERO	9,763	94.57	103.2	3,762	12.6	
081303	HUAYLLABAMBA	5,228	102.47	51.0	2,866	8.7	
081304	MACHUPICCHU	8,332	271.44	30.7	2,060	5.0	
081305	MARAS	5,794	131.85	43.9	3,385	13.9	
081306	OLLANTAYTAMBO	11,225	640.25	17.5	2,846	18.9	SI
081307	YUCAY	3,299	70.57	46.7	2,857	9.2	

1 Los distritos de San Jerónimo, San Sebastián y Saylla esta en el ámbito geográfico de la Red Cusco Sur.

2 Fuente: INEI, Estimaciones y Proyecciones de Población, En: <https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/population/>, consulta 11-10-2018.

3 Altitud de la capital distrital

4 INEI, Mapa de Pobreza Distrital y Provincial 2013. Lima, 2015.

5 Lista de distritos focalizados para las intervenciones del Fondo para la Inclusión Económica en Zonas Rurales - FONIE. En:  
<http://www.midis.gob.pe/fonie/index.php/distritos-focalizados>, Consulta 12-11-2018



## Anexo 2. Caracterización de los entrevistados

Personas entrevistadas	Código	Sexo	Edad
Profesional de Red Cusco Norte_1	E1	34	F
Profesional de Unidad Móvil de Salud_2	E2	35	M
Profesional de Red Cusco Norte_3	E3	45	F
Profesional de Unidad Móvil de Salud_4	E4	38	M
Profesional del Puesto de Salud Cuyo Chico_5	E5	39	M
Usuario y promotor de salud de la comunidad Cuyo Chico_6	E6	34	F
Usuario y promotor de salud de la comunidad Cuyo Chico_7	E7	27	F
Usuario de la comunidad Cuyo Chico_8	E8	32	F
Profesional del Puesto de Salud Zurite_9	E9	40	F
Usuario y promotor de salud de la comunidad Zurite_10	E10	69	F

### Anexo 3. Guía de entrevista a funcionarios administrativos

**Primera parte:** Conocer los mecanismos de articulación entre la Red de Salud y el Establecimiento de Salud para el funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud.

Planificación anual de rutas	¿Qué actores están involucrados en la planificación?
	¿Cómo se planifican las rutas?
	¿Por qué priorizan ciertas localidades?
	¿Tienen un diagnóstico y una metodología de priorización?
	¿Quién aprueba las rutas o las puede modificar?
	¿Qué canales de coordinación se usan para facilitar esta articulación? Reuniones, radio local
Monitoreo de intervención	¿Cómo se monitoriza a las Unidades Móviles?
	¿Qué actores están involucrados en el monitoreo?
	¿Se mide la productividad del personal y el desempeño de la Unidad?
Programación de actividades	¿Cómo se programan las actividades de la Unidad Móvil?
	¿Quién decide las actividades que realizará la Unidad Móvil?
	¿Qué actividades se priorizan?
Recursos humanos y soporte logístico	¿Cómo se asignan los medicamentos, insumos?
	¿Cómo se asignan los recursos logísticos (gasolina, viáticos, otros)?
	¿Cómo se asigna al personal de la Unidad Móvil? ¿Quién decide?
	¿Cómo se organiza el mantenimiento de las unidades móviles y los equipos? ¿Revisan las guías e instructivos?
Atención de usuarios	¿Existe un procedimiento de atención?
	¿cómo se aborda la derivación de los pacientes?
	¿cómo se manejan las quejas de los usuarios?
	¿Cuentan con Guías clínicas o protocolos?
Sistema de información	¿Cómo es el registro de la atención?
	¿Qué otra información se produce?
	¿Cuáles son los flujos de información?

## Anexo 4. Guía de entrevista al personal de salud

**Primera parte:** Conocer los mecanismos de articulación entre la Red de Salud y el Establecimiento de Salud para el funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud.

Planificación anual de rutas	¿Qué actores están involucrados en la planificación?
	¿Cómo se planifican las rutas?
	¿Por qué priorizan ciertas localidades?
	¿Tienen un diagnóstico y una metodología de priorización?
	¿Quién aprueba las rutas o las puede modificar?
	¿Qué canales de coordinación se usan para facilitar esta articulación? Reuniones, radio local
Monitoreo de intervención	¿Cómo se monitoriza a las Unidades Móviles?
	¿Qué actores están involucrados en el monitoreo?
	¿Se mide la productividad del personal y el desempeño de la Unidad?
Programación de actividades	¿Cómo se programan las actividades de la Unidad Móvil?
	¿Quién decide las actividades que realizará la Unidad Móvil?
	¿Qué actividades se priorizan?
Recursos humanos y soporte logístico	¿Cómo se asignan los medicamentos, insumos?
	¿Cómo se asignan los recursos logísticos (gasolina, viáticos, otros)?
	¿Cómo se asigna al personal de la Unidad Móvil? ¿Quién decide?
	¿Cómo se organiza el mantenimiento de las unidades móviles y los equipos? ¿Revisan las guías e instructivos?
Atención de usuarios	¿Existe un procedimiento de atención?
	¿cómo se aborda la derivación de los pacientes?
	¿cómo se manejan las quejas de los usuarios?
	¿Cuentan con guías clínicas o protocolos?
Sistema de información	¿Cómo es el registro de la atención?
	¿Qué otra información se produce?
	¿Cuáles son los flujos de información?

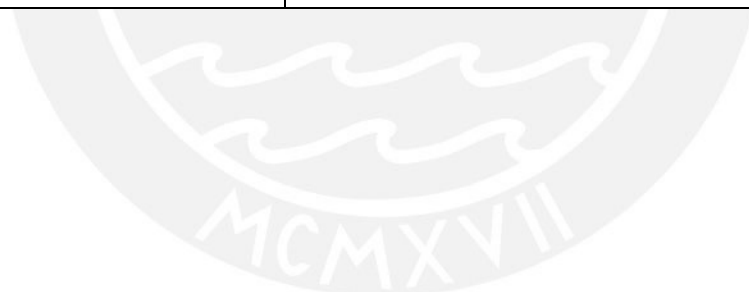
**Segunda parte:** Conocer las creencias y actitudes del personal del establecimiento de salud ante la llegada de las Unidades Móviles de Salud.

Carga laboral	Cuénteme su experiencia de trabajo en la Unidad Móvil.
	¿Cuáles son sus principales preocupaciones al trabajar en la UM?
	¿Cuánto tiempo viene trabajando en la UM?
	¿Cuántas horas de trabajo demanda la atención en la Unidad Móvil?
	¿Existe una recarga laboral o se distribuyen los tiempos?
Trabajo en equipo	¿Cómo son las relaciones laborales dentro de la Unidad Movil?
	¿Cómo se organiza el personal para trabajar dentro de la Unidad Movil?
Satisfacción laboral	¿Se siente cómodo cuando tiene que trabajar en la UMS?
	¿Se siente cómodo con el incentivo económico que recibe por apoyar la UM?
	¿Se siente cómodo con la carga administrativa que tiene en la UM?
	¿El trabajo en las UMS ha contribuido a su desarrollo profesional?
Predisposición para apoyar	¿Le gustaría seguir trabajando en la UM?
	¿Si le programan una rotación en la UMS, esta en condiciones de aceptar?
Expectativas de trabajo	¿Si tuviera la opción de elegir entre trabajar en el ES y la UM, ¿cuál preferiría usted?
	¿Qué expectativas tienes si sigues colaborando con las UMS?



**Tercera parte:** Conocer los patrones culturales de la población para la aceptación de las Unidades Móviles de Salud.

Creencias sobre el proceso salud-enfermedad	¿Cuáles son los síndromes culturales (daño, mal de ojo, susto, brujería, otros) predominantes en la zona?
	¿Qué significar estar sano?
Recursos terapéuticos tradicionales locales	¿Qué agentes tradicionales de salud (curandero, partera, hueseros, yerberos, otros) existen en la zona?
	¿El establecimiento de salud coordina y se reúne con los agentes tradicionales de salud de la zona?
Pertinencia cultural de la estructura de la Unidad Móvil de Salud	¿Cómo se siente respecto a la modernidad que ofrece la UMS?
	¿Cómo se siente respecto al espacio de la UMS? ¿Es muy frío? ¿Es muy oscuro?
Pertinencia cultural en la atención del personal de salud de la UMS	¿Cómo se siente con la atención del personal de la UMS?
	¿Considerará que es mejor atenderse en el establecimiento de salud o en la UM? ¿Por qué?



## Anexo 5. Guía de entrevista a las personas de la comunidad

**Primera parte:** Determinar el nivel de participación de los actores sociales involucrados en el funcionamiento de las Unidades Móviles de Salud.

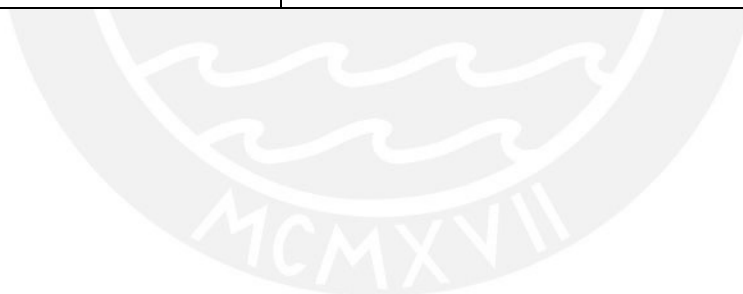
Acceso a la información	¿Ha recibido alguna vez algún tipo de información de las UMS (Boletín, volantes, periódico mural, otros)?
	¿Ha solicitado información alguna vez sobre las UMS? ¿Le respondieron?
	¿Ha participado en alguna reunión de rendición de cuentas de las UMS?
Consulta previa	¿Algunas vez le han consultado algún tema vinculado a las UMS?
	¿Ha participado en alguna reunión de consulta sobre las UMS?
Involucramiento en actividades	¿Ha colaborado alguna vez con las actividades que desarrolla la UMS?
	¿Alguna vez ha realizado promoción de las actividades de la UM en la comunidad (Invitación, anuncios, otros)
	¿Alguna vez el establecimiento de salud le ha pedido que brinde un apoyo a la UMS?
Toma de decisiones	¿Ha participado en alguna reunión donde se tomó algún acuerdo sobre las UMS?
	¿Ha participado en la planificación de las rutas y cronograma de salida de las UMS?

**Segunda parte:** Conocer la percepción de los usuarios de las Unidades Móviles de Salud de cómo esta estrategia está contribuyendo a mejorar su salud.

Atención en la consulta médica	¿Cómo considera que ha sido la consulta médica?
	¿Cómo considera que sus problemas de salud han evolucionado, después de atenderse?
	¿Considera que los días que atiende la Unidad Móvil le ha cambiado su rutina? ¿Cómo así?
	¿Qué le parece la atención brindada en la UM? ¿Qué considera que falta?
	¿Los profesionales conocen las costumbres del lugar? ¿Cómo se dio cuenta de ello?
	¿Qué problemas se han presentado durante la atención?
Atención ecográfica	¿Cómo considera que ha sido la atención ecográfica? ¿Ha resuelto algún problema de salud?
	¿Qué problemas se han presentado durante la atención?
Atención odontológica	¿Cómo considera que ha sido la atención odontológica? ¿Ha resuelto algún problema de salud?
	¿Qué problemas se han presentado durante la atención?
Atención de laboratorio	¿Cómo considera que ha sido la atención de laboratorio? ¿Ha resuelto algún problema de salud?
	¿Qué problemas se han presentado durante la atención?

**Tercera parte:** Conocer los patrones culturales de la población para la aceptación de las Unidades Móviles de Salud.

Creencias sobre el proceso salud-enfermedad	¿Cuáles son los síndromes culturales (daño, mal de ojo, susto, brujería, otros) predominantes en la zona?
	¿Qué significar estar sano?
Recursos terapéuticos tradicionales locales	¿Qué agentes tradicionales de salud (curandero, partera, hueseros, yerberos, otros) existen en la zona?
	¿El establecimiento de salud coordina y se reúne con los agentes tradicionales de salud de la zona?
Pertinencia cultural de la estructura de la Unidad Móvil de Salud	¿Cómo se siente respecto a la modernidad que ofrece la UMS?
	¿Cómo se siente respecto al espacio de la UMS? ¿Es muy frío? ¿Es muy oscuro?
Pertinencia cultural en la atención del personal de salud de la UMS	¿Cómo se siente con la atención del personal de la UMS?
	¿Considera que es mejor atenderse en el establecimiento de salud o en la UM? ¿Por qué?



## Anexo 6. Directiva Regional de Unidades Móviles de Salud



Visto el Oficio N° 1558 - 2015 -GR. CUSCO /DRSC-DEAIS-DSP-ESSSR, emitido por la Dirección Ejecutiva de Atención Integral en Salud, por el que solicita la aprobación de la DIRECTIVA SANITARIA REGIONAL N° 001 -2015 DE "SERVICIOS DE UNIDADES MOVILES DE SALUD DE LA DIRESA CUSCO"

### CONSIDERANDO

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público;

Que, el artículo 5° del Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece como función rectora del Ministerio de Salud: Formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno. Dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia. Conducir el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Realizar el seguimiento y evaluación respecto del desempeño y obtención de resultados alcanzados de las políticas, planes y programas en materia de su competencia, en los niveles nacionales, regionales y locales;

Que, la Primera Disposición Complementaria y Final del Decreto Legislativo N° 1161 establece respecto de la Autoridad de Salud a nivel nacional "El Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, según lo establece la Ley 26842 - Ley General de Salud, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud y es la máxima autoridad en materia de salud. Su finalidad es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación en salud de la población".

Que, mediante Resolución Ministerial N° 771-2004-MINSA, de fecha 27 de julio del 2004, se establecen las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud y sus respectivos órganos responsables;

Que, con Resolución Ministerial N° 405-2005-MINSA del 02 de junio del 2005, se reconocen que las Direcciones Regionales de Salud, constituyen la única autoridad de salud en cada Gobierno Regional y la Resolución Ministerial N° 566-2005- MINSA, aprueba los lineamientos para la adecuación de la organización de las Direcciones Regionales de Salud en el marco del Proceso de Descentralización;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 827 - 2013/MINSA de fecha 25 de diciembre del 2013, que aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Que, mediante Resolución Directoral N° 01194 - 2015 DRSC/DGDPH, que aprueba el "Plan Regional de Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica y Anemia en Niñas y Niños Menores de 36 meses 2015 - 2017", en el que se establece el fortalecimiento de las intervenciones efectivas con enfoque integral e intersectorial que contribuya a su disminución.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD  
DIRECCIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS  
OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO, PRESUPUESTO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL  
CALLE SAN FRANCISCO DE SALES N. 106  
CUSCO - PERÚ

# Resolución Directoral

CUSCO 07 DIC. 2015

Que, mediante Resolución Ministerial N° 945-2012- se aprueba el modelo de atención Integral basado en Familia y Comunidad;

Que, con el Oficio N° 0160-2015-GRC-DRSC-DEAIS-DSP-ESSSR la Dirección Ejecutiva de Atención Integral en Salud, solicita la emisión del acto resolutorio respecto a la aprobación de la DIRECTIVA SANITARIA REGIONAL N° 001-2015 DE "SERVICIOS DE UNIDADES MÓVILES DE SALUD DE LA DIRESA CUSCO";

Que, estando a lo expuesto en los considerandos precedentes y en uso de las facultades administrativas delegadas mediante Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27857, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales modificado por Ley N° 27902, con la opinión favorable de la Dirección Ejecutiva de Atención Integral en Salud, la Dirección de Salud de las Personas, Oficina Ejecutiva de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Institucional y el visto bueno de Asesoría Legal de la Dirección Regional de Salud Cusco.

## SE RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO.- APROBAR** la DIRECTIVA SANITARIA REGIONAL N° 001-2015 DE "SERVICIOS DE UNIDADES MÓVILES DE SALUD DE LA DIRESA CUSCO" en el ámbito de la Dirección Regional de Salud Cusco, la cual consta de 17 páginas y forma parte de la presente resolución.

**ARTICULO SEGUNDO.- ENCARGAR**, a la Dirección Ejecutiva de Atención Integral en Salud, la Dirección Ejecutiva de Salud Comunitaria, la Dirección de Salud de las Personas a través de la Estrategia de Articulado Nutricional y la Etapa de Vida Niño, Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva la difusión, cumplimiento, supervisión, aplicación y evaluación de la presente Directiva Sanitaria.

**ARTICULO TERCERO.- Las Redes, Microredes y Establecimientos de Salud** de la Dirección Regional de Salud Cusco, son responsables de la operativización, monitoreo y supervisión del cumplimiento de la Directiva Sanitaria aprobada.

**ARTICULO CUARTO.- DISPONER** que la Oficina de Estadística e Informática publicará la directiva sanitaria en el portal de internet de la Dirección Regional de Salud Cusco.

## REGISTRESE Y COMUNIQUESE



GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

.....  
FRANCISCA VILLAMATE  
DIRECTORA REGIONAL

Es Copia del Original

Lo que Transcribe a US. Para su conocimiento y demás fines consiguientes

Cusco, 07 DIC. 2015  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

Sra. Hilda Huallpayunca Abad  
Jefe de la Unidad Regional, Legajo Especial

## Anexo 7. Registro fotográfico

Figura 14. Red de Salud Cusco Norte



Fuente: Tomada por el investigador. Cusco, 2018

Figura 15. Vehículo motorizado de la Unidad Móvil de Salud



Fuente: Tomada por el investigador. Cusco, 2018

**Figura 16. Comunidad de Cuyo Chico (Pisac, Cusco)**



Fuente: Tomada por el investigador. Cusco, 2018

**Figura 17. Puesto de Salud Cuyo Chico (Pisac, Cusco)**



Fuente: Tomada por el investigador. Cusco, 2018



**Figura 18. Distrito de Zurite (Anta, Cusco)**



Fuente: Tomada por el investigador. Cusco, 2018

**Figura 19. Puesto de Salud Zurite (Anta, Cusco)**



Fuente: Tomada por el investigador. Cusco, 2018

## BIBLIOGRAFÍA

### ACUERDO NACIONAL

2012 *Acuerdo Nacional: acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social*. Consulta: 22 de noviembre de 2018.

[http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-deestado% e2%80%8b/politicas-de-estado-castellano/ii-equidad-y-justicia-social/13-acceso-universal-a-los- servicios-de-salud-y-a-la-seguridad-social/](http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-deestado%e2%80%8b/politicas-de-estado-castellano/ii-equidad-y-justicia-social/13-acceso-universal-a-los-servicios-de-salud-y-a-la-seguridad-social/)

### ADAY, Lu Ann y Ronald ANDERSEN

1974 "A Framework for the Study of Access to Medical Care". *Health Services Research*. Chicago, volumen 9, número 3, pp. 208–220.

### ALARCON, Inés, Marco GALAN y Cecilia GARCÍA

2004 "Concertación y políticas sociales: Mecanismos de gestión asociada, cuestiones públicas societales y construcción de territorialidad". Ponencia presentada en el *V Seminario Nacional de la Red de Centros Académicos para el estudio de Gobiernos Locales*. Córdoba, 10 de septiembre. Consulta: 22 de noviembre de 2018.

[http://biblioteca.municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/alarcon\\_galan\\_garcia\\_sotomayor.pdf](http://biblioteca.municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/alarcon_galan_garcia_sotomayor.pdf)

### ANDERSEN, Ronald

1995 "Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?" *Journal of Health and Social Behavior*. Washington DC, volumen 36, número 1, pp. 1-10.

### ANDERSEN, Ronald y John NEWMAN

1973 "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States". *The Milbank Memorial Fund Quarterly Journal*. New York, volumen 51, número 1, pp. 95-124.

ARBOLEDA, Gladys y Jairo CARDONA

2018 “Percepción de la satisfacción con la labor desempeñada y factores de motivación del personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del Valle de Aburrá, 2011”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Bogotá, volumen 17, número 35, pp. 1-27.

ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS

1948 *Resolución 217 A (III). Declaración Universal de Derechos Humanos*. New York, 10 de diciembre.

1966 *Resolución de la Asamblea General 2200 A (XXI). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. New York, 16 de diciembre.

2015 *Resolución A/RES/70/1. Transformar nuestro mundo: la agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. New York, 21 de octubre.

ASAMBLEA MUNDIAL DE SALUD

2014 *Resolución WHA 67.14, Agenda para el desarrollo después del 2015*. Ginebra, 24 de mayo.

ASOCIACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO HUMANO

2015 *Informe de monitoreo y evaluación de unidades móviles de salud en la región de Cusco 2015*. Cusco.

ASTETE, Marco Antonio

2018 “Agentes de salud en el contexto de pluralidad médica de Haquira. Apurímac, Perú”. *Anales de la Facultad de Medicina*. Lima, volumen 79, número 1, pp. 22-28.

BARZELAY, Michael y Juan CORTÁZAR

2006 “Una guía práctica para la elaboración de estudios de caso sobre buenas prácticas en gerencia social”. En MEZONES, Francisco (editor). *Estudios de caso para la investigación y el aprendizaje sobre buenas prácticas en la gerencia social*. Ciudad de Guatemala: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, pp. 177-264.

BARZOLA-CORDERO, Violeta y otros

2011 “Experiencia del Ministerio de Salud en la implementación de las brigadas de médicos especialistas en las zonas de aseguramiento universal en Perú, 2009-2010”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. Lima, volumen 28, número 2, pp. 352-361.

BAUTISTA, Cleymer

2011 *Estudio de impacto de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas – AISPED en la Región Ayacucho*. Tesis de magíster en Economía de la Salud. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Económicas. Consulta: 22 de noviembre de 2018.

<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/857>

BELLATO, Roseney y otros

2009 “Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos”. En PINHEIRO, Roseni y Paulo MARTINS. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, pp. 187-194.

BENAVIDES, Jorge

2012 *Los derechos humanos como norma y decisión: una lectura desde la filosofía política*. Quito: Corte Constitucional.

BEUF, Alice y Patricia RINCON (compiladores)

2017 *Ordenar los territorios: perspectivas críticas desde América Latina*. Bogotá: Universidad de los Andes.

BOBADILA, Percy

2004 “La gerencia social en el nuevo siglo: una aproximación teórica”. *Debates en Sociología*. Lima, volumen 29, pp. 111-139.

CANO, Luisa

2008 “La participación ciudadana en las políticas públicas de lucha contra la corrupción: respondiendo a la lógica de gobernanza”. *Estudios Políticos*. Medellín, volumen 33, pp. 147-177.

CASALIS, Alejandro

2009 *¿Qué es el desarrollo local y para qué sirve?* [monografía]. Consulta: 22 de noviembre de 2018.

<http://municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/Que%20es%20el%20desarrollo%20local%20Casalis.pdf>

CENTRO NACIONAL DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO (CEPLAN)

2017 *CEPLAN: Cusco. Información departamental, provincial y distrital de población que requiere atención adicional y devengado per capita.* Consulta: 10 de diciembre de 2017.

<https://www.ceplan.gob.pe/informacion-sobre-zonas-y-departamentos-del-peru/>

CHHABRA, Vishal, M.S BHATIA y Ravl GUPTA

2008 "Cultural Bound Syndromes in India". *Delhi Psychiatry Journal*. Delhi, volumen 11, número 1, pp. 15-18.

CHIARA, Magdalena y Maria Mercedes DI VIRGILIO

2017 "Conceptualizando la gestión social". En CHIARA, Magdalena y Maria Mercedes DI VIRGILIO (compiladores). *Gestión de la Política Social, conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Editorial Universidad Nacional de General Sarmiento, pp. 53-86.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)

2010 *La hora de la igualdad. Brechas por cerrar, caminos por abrir*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

2016 *La matriz de la desigualdad social en América Latina*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA (CICR)

2006 *Mobile Health Units: Methodological Approach*. Ginebra: International Committee of the Red Cross.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ

1993 *Constitución Política del Perú*. Lima, 29 de diciembre.

- 1997 *Ley 26842*. Ley General de Salud. Lima, 15 de julio.
- 2002 *Ley 27867*. Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. Lima, 16 de noviembre.
- 2003 *Ley 27972*. Ley Orgánica de Municipalidades. Lima, 27 de mayo.
- 2011 *Ley 29783*. Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. Lima, 19 de agosto.
- 2013 *Ley 29981*. Ley que crea la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral. Lima, 14 de enero.

#### CONSEJO REGIONAL DEL CUSCO

- 2014 *Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC Cusco*. Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Red de Servicios de Salud Cusco Norte. Cusco, 10 de diciembre.

#### CRESWELL, John

- 2003 *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Segunda edición. California: SAGE Publications, Inc.

#### CUNILL, Nuria

- 2003 *Responsabilización por el control social. Cuaderno de Ciencias Sociales N.º 128*. San Jose: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

#### CUNILL, Nuria

- 2007 *La rendición de cuentas y el control social. Una aproximación conceptual*. México D.F.: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo.

#### DI VIRGILIO, Maria Mercedes

- 2013 *Participación ciudadana en la gestión pública . Participación ciudadana y políticas públicas*. Material de enseñanza, Séptima edición. New York: Banco Inter-Americano de Desarrollo e Instituto Interamericano para el Desarrollo Económico y Social.

#### DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO (DIRESA Cusco)

- 2013a *Análisis de la situación de salud de Cusco -ASIS 2013*. Cusco. Dirección Regional de Salud Cusco, Dirección de Epidemiología. Consulta: 12 de noviembre de 2018.

<http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/asis/ASIS%20CUSCO%202013.pdf>.

2013b *DIRESA CUSCO: Indicadores de Salud. Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN). Reporte del estado nutricional de niños menores de 5 años por distritos, 2013*. Consulta: 12 de noviembre de 2018.  
[http://www.diresacusco.gob.pe/estaditica/modulo3/desnut\\_m\\_5anos.htm](http://www.diresacusco.gob.pe/estaditica/modulo3/desnut_m_5anos.htm)

2014 *DIRESA CUSCO: Indicadores de Salud. Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN). Reporte de Anemia en Gestantes por Distritos 2014*. Consulta: 12 de noviembre de 2018.  
[http://www.diresacusco.gob.pe/estaditica/modulo3/SIEN\\_Gestante\\_Anemia.htm](http://www.diresacusco.gob.pe/estaditica/modulo3/SIEN_Gestante_Anemia.htm).

2015 *Resolución Directoral N° 02040-2015-DRSC/DGDPH*. Directiva Sanitaria Regional N° 001-2015, Servicios de Unidades Móviles de Salud de la DIRESA Cusco. Cusco, 7 de diciembre.

2017 *Boletín Epidemiológico N° 52-2017 (Del 24 al 30 de diciembre)*. Cusco. Dirección Regional de Salud Cusco, Dirección de Epidemiología. Consulta: 11 de octubre de 2018.

EDWARDS, Jeffrey y Daniel CABLE

2009 "The Value of Value Congruence". *Journal of Applied Psychology*. Washington DC, volumen 94, número 3, pp- 654–677.

ESLABÃO, Adriane y otros

2017 "Analysis of the work process of an itinerant mental health team". *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, volumen 38, numero 3, pp. 1-8.

EYZAGUIRRE, Carlos, César FALLAQUE y Sonia LOU

2007 *Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.

FRASER, Nancy

1993 "Repensar el ámbito público, una contribución a la crítica de la democracia realmente existente". *Debate Feminista*. México D.F., volumen 7, pp. 23-58.

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)

2014 *Informe de monitoreo y evaluación de Unidades Móviles de Salud en la región de Cusco, 2015. Documento de trabajo. Lima.*

FRISANCHO, Ariel y Jay GOULDEN

2008 “Rights-based approaches to improve people’s health in Peru”. *The Lancet*. Londres, volumen 372, número 9655, pp. 2007-2008.

GAUDET, Stéphanie y Dominique ROBERT.

2018 *A Journey Through Qualitative Research. From design to reporting*. Londres: Sage publications.

GOBIERNO DEL PERÚ

1998 *Decreto Supremo N° 003-98-SA*. Normas técnicas del seguro complementario del trabajo de riesgo. Lima, 13 abril.

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO

2005 *Plan regional concertado de salud – región Cusco 2005-2021*. Consulta: 20 de noviembre de 2018.

<http://www.diresacusco.gob.pe/transparencia2015/page/contenido/26>

2008 *Lineamientos de política regional 2007-2021*. Consulta: 20 de noviembre 2018.

<http://www.diresacusco.gob.pe/transparencia2015/page/contenido/26>

2013 *Memorandum de entendimiento entre la Agencia de Cooperación Internacional de Corea de la República de Corea, el Gobierno Regional del Cusco y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, para Proyecto “Establecimiento de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Antonio de Abad del Cusco, Perú” y “Promoción y Atención de la Salud a favor de las poblaciones más vulnerables de la región Cusco”*. Lima, 20 de diciembre.

2014 *Resolución Ejecutiva Regional N° 515-2014-GR Cusco/PR*. Cusco, 3 de abril.

2015 *Ordenanza Regional N° 094-2015-CR/GRC*. Cusco, 28 de septiembre.



2016 *Memorandum de entendimiento entre la Agencia de Cooperación Internacional de Corea de la República de Corea, el Gobierno Regional del Cusco y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, para el Post-Proyecto “Promoción y Atención de la Salud a favor de las poblaciones más vulnerables de la región Cusco”*. Lima, 28 de junio.

GOLIK, Mariela

2013 “Las expectativas de equilibrio entre vida laboral y vida privada y las elecciones laborales de la nueva generación”. *Cuadernos de Administración*. Bogotá, volumen, 26, número 46, pp. 107-133.

HILL, Caterina y otros

2014 “Mobile health clinics in the era of reform”. *The American Journal of Managed Care*. Cranbury, volumen 20, número 3, pp. 261-264.

HILL, Michael y Peter HUPE

2011 *Implementing Public Policy. An Introduction to the Study of Operational Governance*. Segunda edición. Londres: Sage Publications.

HINTZE, Jorge

2017 “Modelos organizativos para la gestión social y sus lógicas”. En: CHIARA, Magdalena y Maria Mercedes DI VIRGILO (compiladores). *Gestión de la Política Social, conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Editorial Universidad Nacional de General Sarmiento, pp. 87-118.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

2011 *Perú: patrones de utilización de servicios de salud*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

2015 *INEI: Estadísticas. Estimaciones y proyecciones de población* . Consulta: 11 de octubre de 2018.

<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/population/>

2018 *Resultados definitivos de los Censos Nacionales 2017- Cusco*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

ITURRIETA, Francisco

2008 *Participación social y la nueva articulación entre Estado, Mercado y Sociedad Civil*. Tesis de licenciatura en Sociología. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. Consulta: 20 de noviembre de 2018.

[http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2008/iturrieta\\_f/sources/iturrieta\\_f.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2008/iturrieta_f/sources/iturrieta_f.pdf)

KRÖLL, Hans

2013 El método de los estudios de caso. En TARRÉS, María Luis (coordinadora). *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México DF: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, pp. 231-264.

KUMAR, Arun y otros

2009 *An Assessment of Functioning of Mobile Health Units in Jharkhand* [Reporte]. Jamshedpur. Consulta: 20 de noviembre de 2018.

<http://www.nihfw.org/pdf/RAHI-II%20Reports/JHARKHAND.pdf>

LANGELIER, Margaret y otros

2017 *An Assessment of Mobile and Portable Dentistry Programs to Improve Population Oral Health*. Rensselaer: University at Albany, Oral Health Workforce Research Center.

LEMP, Sebastian y Esteban CALVO

2012 “¿Aceptación o rechazo de la estandarización clínica? Médicos chilenos hablan de las guías clínica y canastas de prestaciones”. *Salud Colectiva*. Buenos Aires, volumen 8, número 1, pp. 61-68.

LICHA, Isabel y Carlos MOLINA

2006 *Coordinación de la política social: criterios para avanzar* [reporte]. New York.

<https://publications.iadb.org/es/publicacion/14527/coordinacion-de-la-politica-social-criterios-para-avanzar>

MAMANI, Isaac

- 2017 *Expectativas laborales de los universitarios de la Universidad Peruana Unión - Filial Juliaca, 2016*. Tesis de licenciatura en Administración. Juliaca: Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias Empresariales. Consulta: 22 de noviembre de 2018.  
<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/707>

MARSIGLIA, Javier

- 2009 *¿Cómo gestionar las diferencias?: la articulación de actores para el desarrollo local*. Tesis de Maestría en Desarrollo Local. Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín y Universidad Autónoma de Madrid. Consulta: 23 de noviembre de 2018.  
<https://docplayer.es/14067316-Como-gestionar-las-diferencias-la-articulacion-de-actores-para-el-desarrollo-local.html>

MARTÍNEZ, Piedad

- 2006 “El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica”. *Pensamiento & Gestión*. Barranquilla, número 20, pp. 165-193.

MEDICUS MUNDI NAVARRA ARAGÓN MADRID

- 2016 *Guía para la Intervención Extramural para Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Churcampa, Huancavelica 2016*. Churcampa: Medicus Mundi y Salud Sin Límites Perú.

MEDINA, Armando y Julio MAYCA

- 2006 “Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades Awajun y Wampis”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Lima, volumen 23, número 1, pp. 22-32.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

- 2013 *Plan estratégico sectorial multianual (PESEM) 2013-2016*.
- 2016 *MIDIS: Fondo para la inclusión económica en zonas rurales. Distritos focalizados*. Consulta: 12 de noviembre de 2018.  
<http://www.midis.gob.pe/fonie/index.php/distritos-focalizados>

## MINISTERIO DE SALUD

- 2006 *Resolución Ministerial N° 953-2006/MINSA*. NTS N° 051-MINSA/OGDN-V.01. Norma técnica de salud para el transporte asistido de pacientes por vía terrestre. Lima, 10 de octubre.
- 2007 *Plan nacional concertado de salud (2007-2020)*.
- 2008a *Cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las regiones*. Lima: Ministerio de Salud.
- 2008b *Informe técnico final de la Comisión Multisectorial encargada de proponer los mecanismos que permitan consolidar un Sistema Nacional de Salud, Resolución Suprema N° 002-2008-SA*. Lima. Consulta: 20 de noviembre de 2018.  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Profesionales/sns/Archivos/ITCM\\_InformeFinal01-13.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Profesionales/sns/Archivos/ITCM_InformeFinal01-13.pdf)
- 2009 *Resolución Ministerial N° 478-2009/MINSA*. NTS N° 081-MINSA/DGSP-v.01. Norma técnica de salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a las poblaciones excluidas y dispersas. Lima, 21 de julio.
- 2011 *Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA*. NTS N° 021-MINSA/DGSP-v.03. Norma Técnica de Salud de Categorías de Establecimientos del Sector Salud. Lima, 13 de julio.
- 2013a *Resolución Ministerial N° 190-2013/MINSA*. Listado de establecimientos de salud que se encuentran ubicados en zonas alejadas y de frontera. Lima, 12 de abril.
- 2013b Lineamientos y medidas de la Reforma del Sector Salud [Documento de trabajo]. Lima.
- 2015 *Resolución Ministerial 302-2015/MINSA*. Aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP - V.01. Norma técnica de salud para la elaboración y uso de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud. Lima, Peru.

2016 *Resolución Ministerial N° 907-2016/MINSA*. Definiciones operacionales y criterios de programación y de medición de avances de los programas presupuestales. Lima, 21 de noviembre.

MINSTZBERG, Henry

1991 *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo.

MONTERO, Maritza

2004 *Introducción a la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.

MOORE, Mark

1995 *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Cambridge: Harvard University Press.

MORSE, Janice

1991 "Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation". *Nursing Research*. Philadelphia, volumen 40, número 2, pp.120-123.

NUÑEZ, Manuel

2015 "Cerrar progresivamente la brecha de recursos humanos para la atención primaria concordante con la implementación del plan de inversión". Ponencia presentada en la *Reunión de Inducción en Prioridades de Política Nacional e Intergubernamental en Salud, OPS/OMS*. Lima, 30 de enero.

OAKLEY, L y otros

2009 *A systematic review of the effectiveness of interventions to increase the early initiation of antenatal care in socially disadvantaged and vulnerable women*. Oxford: University of Oxford, National Perinatal Epidemiology Unit.

OBLITAS, Gladys y otros

2013 "Empleo de plantas medicinales en usuarios de dos hospitales referenciales del Cusco, Perú". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Lima, volumen 30, número 1, pp. 64-68.

#### OFFICE OF EVALUATION AND INSPECTIONS (OEI)

- 1990 *Health Care on Wheels*. Report for the U.S. Department of Health and Human Services. Washington DC. Consulta: 20 de noviembre de 2018.  
<https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-05-89-01332.pdf>

#### OFFICE OF MINORITY HEALTH (OMH)

- 2013 *Mobile Health Clinics in the United States*. Report for the U.S. Department of Health and Human Services. Washington DC. Consulta: 20 de noviembre de 2018.  
[https://www.mobilehealthmap.org/sites/default/files/Mobile\\_Health\\_Clinics\\_in\\_the\\_United\\_States\\_March\\_2013.pdf](https://www.mobilehealthmap.org/sites/default/files/Mobile_Health_Clinics_in_the_United_States_March_2013.pdf)

#### ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

- 1946 *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. New York, 22 de julio.
- 1957 *Tercer Informe del Comité Mixto OIT/OMS sobre Higiene del Trabajo. Serie de Informes técnicos N° 135*. Ginebra.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37336/WHO\\_TRS\\_135\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37336/WHO_TRS_135_spa.pdf?sequence=1)
- 1978 *Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma Ata.

#### ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS)

- 1999 *Participación local participativa. Metodologías para la promoción de la Salud en América Latina y el Caribe*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- 2003 *Guía de la OMS y la OPS para el uso de hospitales de campaña extranjeros en caso de desastres*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- 2010 *Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su Implementación en las Américas*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

- 2014 *Resolución CD 53.R14*. Estrategia de acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington D.C., 3 de octubre.
- 2015a *Plan de inversiones sectorial e intergubernamental inserto en el marco de la Reforma del Sector Salud del Perú, periodo 2014-2019*. Informe de consultoría para la Representación de OPS/OMS en Perú. Lima.
- 2015b *Cuentas nacionales de salud. Perú 1995-2012*. Lima: Organización Panamericana de la Salud, Representación de OPS/OMS en Perú.
- 2017a *Documento CE160/18*. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washignton DC, 30 de junio.
- 2017b *Resolución CSP29.R15*. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washignton DC, 29 de septiembre.
- 2018a *Guía de atención las Unidades Móviles de Salud de Cusco*. Informe de consultoría para la representación de OPS/OMS en Perú. Lima.
- 2018b *Manual de operaciones de las Unidades Móviles de Salud de Cusco*. Informe de consultoría para la representación de OPS/OMS en Perú. Lima.
- 2018c *Manual de uso y mantenimiento de las Unidades Móviles de Salud de Cusco*. Informe de consultoría para la representación de OPS/OMS en Perú. Lima.
- 2018d *Guía de comunicaciones para las Unidades Móviles de Salud de Cusco*. Informe de consultoría para la representación de OPS/OMS en Perú. Lima.
- 2018e *Sistematización del proyecto "Promoción y atención de salud a favor de las poblaciones más vulnerables de la Región Cusco, 2014-2016, Unidades Móviles de Salud Koika"*. Informe de consultoría para la representación de OPS/OMS en Perú. Lima.

PÉREZ-LUÑO, Antonio

2004 *Los derechos fundamentales*. Octava edición. Madrid: Tecnos.

PEREZ-ZAPATA, Daniel, Jennifer PERALTA y Paula FERNÁNDEZ

2014 "Influencia de variables organizacionales en la calidad de vida laboral de funcionarios del sector público de salud en el extremo norte de Chile". *Universitas Psychologica*. Bogotá, volumen 13, número 2, pp. 15-25.

PHILLIPS, Erica y otros

2017 "Do mobile clinics provide high-quality antenatal care? A comparison of care delivery, knowledge outcomes and perception of quality of care between fixed and mobile clinics in central Haiti". New York, *BMC Pregnancy and Childbirth*, volumen 17, número 1, pp. 1-11.

POZZI, Sofia

2013 *Generación "Y": sus expectativas laborales. Un estudio de las expectativas laborales de los graduados de la Universidad de San Andrés*. Tesis de Licenciatura en Administración de Empresas. Buenos Aires: Universidad de San Andrés, Departamento Académico de Administración.  
<http://repositorio.udesa.edu.ar/jspui/handle/10908/2588>

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS

2013 *Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021*.

RAMÍREZ-WONG, Luis

2019 *Relaciones interpersonales en el ámbito laboral*. Tesis de Maestría en Desarrollo Humano. Tlaquepaque: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, Departamento de Psicología, Educación y Salud.  
<https://rei.iteso.mx/handle/11117/5802?show=full>

RED CUSCO NORTE

2014 *Lista de equipamiento médico de Unidad Móvil de Salud del 18 septiembre de 2014*. Cusco.

2016a *Plan operativo institucional-POI 2016, Red de Servicios de Salud Cusco Norte*. Consulta: 12 de noviembre de 2018.

<http://www.redcusconorte.gob.pe/index.php/institucional/poi-2016/96-planeamiento>

2016b *Red Cusco Norte. Gráfico de porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 Años 2014-2016*. Consulta: 20 de noviembre de 2018.



<http://www.redcusconorte.gob.pe/index.php/joomla/contact-component/contact-categories#>

2017a *Red Cusco Norte: Población 2017. Datos de población.* Consulta: 12 de noviembre de 2018.

<http://pob2017.redcusconorte.gob.pe/>

2017b *Red Cusco Norte: Población 2017. Gráfico de pirámide poblacional.* Consulta: 12 de noviembre de 2018.

<http://pob2017.redcusconorte.gob.pe/>

2017c *Red Cusco Norte: Morbilidad 2017 por microrredes y establecimientos de salud.* Consulta: 12 de noviembre de 2018.

<http://morb17.redcusconorte.gob.pe/>

2017d *Reporte de actividades de Redes de Salud de Cusco 2014-2017. Cusco.*

2018 *Red Cusco Norte: Sala Situacional Virtual. Semana Epidemiológica N.º 40-2018.* Consulta: 12 de noviembre de 2018.

<http://www.redcusconorte.gob.pe/index.php/pages/2015-02-02-15-01-12/descargar-sala-situacional-2018/epidemiologia/sala-situacional-2018/sala-situacional-virtual-n-40-pdf/download>

ROVERE, Mario

1999 *Redes en Salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad.* Rosario: Editorial Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

SAINZ-ALVAREZ, Enya

2018 "Factores que influyen en el perfil motivacional laboral de los millennials". *MLS Psychology Research*. Santander, volumen 1, número 1, pp. 41-60.

SAMPIERI, Roberto, Carlos FERNÁNDEZ y Maria BAPTISTA

2007 *Metodología de la Investigación.* Cuarta edición. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores.

SANCHEZ, Raquel y Rozana CICONELLI

2012 "Conceitos de acesso à saúde". *Revista Panamericana de Salud Pública*. Washington DC, volumen 31, número 3, pp. 260-268.

SANDOVAL, Carlos

2014 *Métodos y aplicaciones de la planificación regional y local en América Latina*. Serie Desarrollo Territorial N.º 17. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

SCOTT, Katelyn

2011 *La medicina tradicional y la medicina moderna en Cusco*. Washington DC: School for International Training, SIT Study Abroad, Independent Study Project Collection.  
[https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/1181](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1181)

SEBASTIAN, Olga y María Angeles DEL HOYO

2004 *La carga mental de trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

SECRETARIA DE SALUD DE MÉXICO

2008 *Programa Caravanas de Salud de México-evaluación 2008*. Informe final de consultoría para la Secretaría de Salud de México. México D.F. Consulta: 20 de noviembre de 2018.  
[http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/descargas/caravanas/EXT08\\_CAR\\_IF.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/descargas/caravanas/EXT08_CAR_IF.pdf)

STAKE, Robert

1998 *Investigación con estudio de casos*. Segunda edición. Madrid: Ediciones Morata.

ULIN, Priscilla, Elizabeth ROBINSON y Elizabeth TOLLEY

2006 *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

URIBE-RIVERA, Francisco

2006 *Análisis Estratégico en Salud y Gestión a través de la Escucha*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

VASHISHTHA, Vaibhav y otros

2014 "Reach the Unreached – A Systematic Review on Mobile Dental Units". *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. Delhi, volumen 8, número 8, pp. 5-8.

YAÑEZ, Rodrigo, Mallén ARENAS y Miguel RIPOLL

2010 "El impacto de las relaciones interpersonales en la satisfacción laboral general". *Revista Liberabit*. Lima, volumen 16, número 2, pp. 193-202.

YIN, Robert

1994 *Case study research. Design and methods: Applied Social Research and Methods Series. Second edition*. Thousand Oaks: Sage Publications.

YU, Stephanie y otros

2017 "The scope and impact of mobile health clinics in the United States: a literature review". *International Journal for Equity in Health*. New York volumen 16, número 1, pp. 1-12.

