

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE LA SALUD

Trabajo de Investigación

**Propuesta de mejora en la gestión de la
implementación del enfoque de interculturalidad al
Programa de Promoción de la Salud en la Microred
Monzón - Red Leoncio Prado, Periodo 2020-2022**

Andrea Isabel Montalvo Gonzales
Genaro Moreno Espiritu
Jessica Sofia Sotelo Muñoz

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Gestión Pública y Privada de la Salud

Huancayo, 2022

Repositorio Institucional Continental
Trabajo de investigación



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

Asesor

Mg. Caridad Navarro Campos

Dedicatoria

A Milan Fabriccio, a Ethan Leonardo a
Leonor

Agradecimiento

A la riqueza cultural de nuestro país y al personal de salud que a diario lucha para hacer realidad el derecho al acceso de la población a los servicios de salud.

A los profesionales y no profesionales que con su trabajo contribuyen a la revalorización de nuestra interculturalidad, visibilizando sus culturas, lenguas y costumbres.

Índice

Portada	¡Error! Marcador no definido.
Hoja del asesor	¡Error! Marcador no definido.
Dedicatoria	3
Agradecimiento	4
Resumen	11
Abstract	12
Índice	5
Índice de Tablas	9
Índice de Figuras	10
Introducción	13
Capítulo I	16
Generalidades	16
1.1. Antecedentes	16
1.2. Identificación de la realidad problemática	18
1.3. Justificación del trabajo de investigación	28
1.3.1 Valor Práctico.	28
1.3.2 Relevancia Social - Valor Público	29
1.4. Propósitos del Trabajo de Investigación	30
1.5. Aspectos Metodológicos	31
1.5.1 Metodología de Análisis Interno.	31
1.5.2 Metodología de Análisis del Entorno.	32
1.5.3 Metodología para el Diagnóstico de Capacidades Institucionales.	32
1.5.4 Metodología de Análisis de Actores.	32
1.5.5 Alcances y Limitaciones del Trabajo de Investigación.	33
Capítulo II	34
Marco Teórico	34
2.1. Investigaciones Previas Relacionadas	34
2.1.1. A Nivel Internacional.	34
2.1.2. A nivel nacional	38

2.2. Modelos Conceptuales Basados en Evidencias sobre la Realidad Problema	46
2.2.1. Modelo de Promoción de la Salud.	46
2.2.2. Otras Bases Teóricas.	59
Capítulo III	75
Diagnóstico	75
3.1. Determinación del Problema	75
3.1.1. Árbol de Problemas y Causas.	78
3.1.2. Sustento de Evidencias.	83
3.2. Análisis Organizacional	94
3.2.1. La Organización.	94
3.2.2. Entorno Organizacional.	108
A. Entorno Inmediato.	108
B. Entorno Intermedio.	110
C. Entorno de Tendencias Globales.	115
3.3. Análisis de Stakeholder.	123
Capítulo IV	127
La Formulación	127
4.1 Determinación de Objetivos y Medios	127
4.1.1. Objetivo General.	127
4.1.2. Objetivos específicos	127
4.1.3. Árbol de Objetivos y Medios.	127
4.1.4. Sustento de Evidencias.	128
4.2. Análisis de Alternativas	137
4.3. Productos	139
4.3.1. Modelo Institucional Pertinente para la Gestión del Enfoque de Interculturalidad en la Promoción de la Salud respecto a la Demanda Comunitaria y Reconocimiento de Prácticas Locales de Salud Tradicional en la Gestión Institucional.	139
4.3.2. Plan de Capacitación Integral y de acuerdo con lo establecido por lo Entes Educativos para el Desarrollo de Competencias a para una mejor Comprensión del Enfoque de Interculturalidad y Adecuación de los	

Servicios de Salud, además de una Propuesta de Perfil de Puestos del Personal a cargo de la Promoción de la Salud.	143
4.3.3. Diseño de un Plan que permita la Articulación de la Institución de Salud con el Gobierno Local y los demás actores para la Promoción de la Salud con Enfoque de Interculturalidad.	146
4.4. Actividades	148
Capítulo V	154
Propuesta de Implementación	154
5.1 Descripción de la Propuesta de Implementación	154
4.5. Identificación de Recursos Críticos	155
4.5.1. Comunicación Estratégica.	155
4.5.2. Incidencia de Stakeholders.	156
4.5.3. Recursos Humanos.	157
4.5.4. Recursos Financieros.	160
4.5.5. Recursos logísticos.	161
4.5.6. Recurso Tiempo.	161
4.6. Arquitectura Institucional (Intra e Interorganizacional)	162
4.7. Metas Periodo de Tres Años	165
Capítulo VI	167
Análisis de Viabilidad	167
5.1 Análisis de viabilidad	167
5.1.1 Viabilidad Política.	167
5.1.2 Viabilidad Técnica	167
5.1.3 Viabilidad social	168
5.1.4 Viabilidad presupuestal	168
5.1.5 Viabilidad Operativa.	179
5.2 Análisis de Viabilidad Según Análisis de Actores	179
5.3 Análisis de Viabilidad Según Evaluación Estratégico-Gerencial	181
5.4 Generación de Valor Público	181

Capitulo VII	183
Seguimiento	183
6.1 Desarrollo de Indicadores para Seguimiento	183
6.2 Desarrollo de Indicadores de Resultado	185
Conclusiones	189
Recomendaciones	190
Referencias Bibliográficas	191
Anexos	206
Anexo I: Matriz de consistencia	207
Anexo 2: Glosario de Términos	209
Anexo 3: Complementarios	213

Índice de Tablas

Tabla 1 Población total según establecimientos de salud, distrito de Monzón 2019	96
Tabla 2 Población total según sexo en los establecimientos de salud, distrito de Monzón 2019	97
Tabla 3 Número de familias en relación con el número de comunidades por establecimiento de salud, distrito de Monzón 2019	98
Tabla 4 <i>Comunidades y Localidades el distrito de Monzón 2019</i>	99
Tabla 5 <i>Tasa de analfabetismo y tasa de analfabetismo en mujeres del distrito de Monzón en razón a estándares nacional, regional y provincial (2007-2017)</i>	99
Tabla 6 <i>Priorización de problemas según determinantes de salud distrito de Monzón 2019</i>	100
Tabla 7 <i>Análisis de Stakeholders</i>	124
Tabla 8 <i>Análisis de Alternativas</i>	138
Tabla 9 <i>Cronograma de Actividades</i>	148
Tabla 10 <i>Metas</i>	165
Tabla 11 <i>Presupuesto</i>	170
Tabla 12 <i>Actores y Responsabilidades</i>	179
Tabla 13 <i>Posición de los Actores Relación a los Productos</i>	180
Tabla 14 <i>Seguimiento</i>	183
Tabla 15 <i>Indicadores de Resultado</i>	185

Índice de Figuras

Figura 1 Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud.....	48
Figura 2 Modelo de Competencia Cultural de Purnell	52
Figura 3 Cuidados Culturales Congruentes.....	58
Figura 4 Árbol de Problemas y Causas de la Gestión del Enfoque de Interculturalidad en los Servicios de Promoción de la Salud en la Microred Monzón.....	78
Figura 5 Flujograma de Proceso de Gestión de Servicios de Promoción de la Salud en la Microred Monzón.....	79
Figura 6 Análisis del Proceso Problema: Identificación de Nudos Críticos en el Flujograma de Gestión de Servicios de Promoción de la Salud en la Microred Monzón	81
Figura 7 Verificación de la Adecuación de los Servicios de Salud con Pertinencia Cultural en el Primer Nivel de Atención, Microred Monzón.....	89
Figura 8 Kit mínimo para la Atención del Parto Vertical Microred Monzón - 2019 ...	90
Figura 9 Proyectos y ejecución de gastos 2020 Municipalidad Distrital de Monzón	93
Figura 10 <i>Estructura Orgánica de la Microred Monzón 2019</i>	101
Figura 11 <i>Árbol de Objetivos y Medios</i>	127
Figura 12 <i>Arquitectura institucional (intra e interorganizacional)</i>	164

Resumen

El presente trabajo de investigación se basa en dar solución a las debilidades organizacionales que se tiene en la Microred Monzón de la Red Leoncio Prado - Departamento de Huánuco, como el inadecuado modelo institucional para la promoción de la salud, débil desarrollo de competencias de recursos humanos y débil implementación de metodologías y herramientas institucionales; mismos que actualmente no cuentan con un modelo de organización culturalmente pertinente y enfocados al contexto sociocultural, generando brechas culturales entre la población y el personal de la Microred.

La realización de un análisis integral de la institución y la propuesta de mejora basada en el enfoque de interculturalidad en el Programa de Promoción de la Salud permitirá implementar la normativa actual para promover la relación simétrica de la institución con la comunidad, teniendo a la población como protagonista; y para que en conjunto contribuyan al fortalecimiento de la salud pública del distrito de Monzón.

Palabras Claves: Gestión en Salud, Enfoque de interculturalidad y Promoción de la Salud.

Abstract

This research work is based on solving the organizational weaknesses that exist in the Micro Monzón Network of the Leoncio Prado Network -Department of Huánuco, such as the inadequate institutional model for health promotion, weak development of resource competencies human and weak implementation of institutional methodologies and tools; They do not currently have a culturally relevant organizational model and focused on the sociocultural context, generating cultural gaps between the population and the Micro Network staff.

Carrying out a comprehensive analysis of the institution and the improvement proposal based on the intercultural approach in the Health Promotion Program will allow the current regulations to be implemented to promote the institution's symmetrical relationship with the community, having the population as protagonist; and so that together they contribute to the strengthening of public health in the Monzón district.

Keywords: Health Management, Intercultural Approach and Health Promotion.

Introducción

De acuerdo con los resultados de los Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas elaborado por el Instituto de Estadística e Informática (INEI), el Perú tiene una población total de 31'237, 385 habitantes. En la actualidad en el Perú, según información oficial del Viceministerio de Interculturalidad del Ministerio de Cultura (MC) y el Decreto Supremo N°016-2016-SA nuestro país es diverso.

Nuestro país es mega diverso y cuenta con más de 54 comunidades indígenas, 50 de ellas se encuentran en la Amazonía y las 4 restantes en la sierra, cada pueblo indígena tiene sus particularidades respecto a la lengua en la que se comunican, a la fecha se ha determinado que existen 19 familias etnolingüísticas que se encuentran en situación de riesgo a la extinción o se encuentran en la etapa inicial de su estudio (El Peruano, 2016, p. 6)

En este mismo documento, se abordó la autodefinición étnica como la forma en que la persona se auto describe, en función a su costumbre, historia, cultura y contexto, por ende una persona de ascendencia Asháninca, quechua, afroperuana, awajún, etc. se autodefinirá como tal. También tenemos que los mayores de 12 años son declarados como mestizos y son aproximadamente 14 millones de personas y representa el 60.2%, otro importante grupo es representado por los quechuas y representan el 22.3%, mientras que el 5.9% se declararon a sí mismo como blancos, mientras que 3.6% se autodefinen como morenos, negros, mulatos, zambos, o descendientes africanos, finalmente son solo 2.4% tenemos a los aimaras.

La diversidad étnica y cultural no siempre ha sido valorada, incluso llegó al punto de ser un dilema entre problema u oportunidad, muchas veces fue vista como un obstáculo a la integración nacional, a la construcción de una identidad nacional homogénea y al desarrollo en sí. La poca valoración de lo diverso ha dado pie a la creación y persistencia de relaciones jerárquicas y discriminatorias entre los ciudadanos y ciudadanas del país. No obstante, desde hace un tiempo se han producido avances como: la inclusión del voto femenino y del voto analfabeto, la promoción de derechos de participación, consulta previa, la democratización de la educación y la

masificación de la educación intercultural bilingüe, la inclusión del enfoque intercultural en las políticas de salud, etc.

Todo lo mencionado son procesos que han tenido avances y retrocesos, que no han sido nada fácil, pero todo tipo de aporte cuenta y suma; por ello, el sector salud no es ajeno ni a las cuestiones positivas ni negativas de la diversidad, por ende los aportes del presente trabajo de investigación van en la línea del fortalecimiento de la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud de la Microred de Monzón perteneciente a la Red Leoncio Prado-Huánuco, objetivo que se espera lograr a través de cuatro dimensiones: en el modelo institucional, en el reconocimiento y valoración del sistema de salud tradicional, el fortalecimiento de las competencias interculturales del personal y la articulación de la institución y los actores locales, considerando lo establecido por el ente rector en cuanto a interculturalidad se refiere.

El presente trabajo está desarrollado en siete capítulos, tal como se detalla a continuación:

Capítulo I: Generalidades, en este primer capítulo, se presenta los antecedentes, identificaremos la realidad problema que requiere de la solución, además justificaremos por qué nuestra propuesta será de utilidad para la institución en los servicios de promoción de la salud en la Microred Monzón, determinando el propósito de la propuesta. Seguidamente, se desarrollan aspectos metodológicos, alcances y limitaciones de la propuesta.

Capítulo II: Marco teórico, en este capítulo se desarrolla, el Marco Teórico de la propuesta, identificando las publicaciones previas relacionadas, los Modelos conceptuales basados en evidencias sobre la realidad problema (incluyendo las Escuelas en las que se justifica) y otras Bases Teóricas, donde además se incluye normatividad relacionada a nuestro tema.

Capítulo III: Diagnóstico, general de las condiciones de la gestión de la implementación del enfoque de interculturalidad al programa de promoción de la salud en la Microred Monzón - Red Leoncio Prado, estableciendo el diagnóstico organizacional, determinando de manera puntual la realidad problema, a través de la descripción y análisis de los aspectos internos y del entorno de la institución, así mismo, se identifican brechas que se deben reducir para alcanzar la realidad ideal.

Capítulo IV: Formulación, en este capítulo se presenta los objetivos y medios de la propuesta para de mejora en la gestión de la implementación del enfoque de interculturalidad al Programa de promoción de la salud en la Microred Monzón- Red de Salud Leoncio Prado sustentado en evidencias teóricas; se analizan las alternativas y luego se presentan y describen los productos y actividades de la propuesta.

Capítulo V: Propuesta de implementación, en este capítulo se describe la propuesta de implementación de Plan de mejora Institucional, para fortalecer la gestión en la implementación del enfoque de interculturalidad en los servicios del programa de promoción de la salud en los establecimientos de la Microred Monzón de la Red Leoncio Prado-Huánuco; identificándose recursos críticos que podrían poder en riesgo la ejecución de la presente propuesta. La identificación se hace a nivel de: Comunicación Estratégica, incidencia en los stakeholders, recursos humanos, financieros, logísticos y tiempo. Así mismo se define la Arquitectura Institucional y metas en un periodo de tres años.

Capítulo VI: Análisis de viabilidad, donde se analiza la viabilidad de ejecutar el Plan de mejora Institucional, para fortalecer la gestión en la implementación del enfoque de interculturalidad en los servicios del programa de promoción de la salud en los establecimientos de la Microred Monzón de la Red Leoncio Prado-Huánuco-Periodo 2020-2022; este análisis se realiza además a nivel de actores, de evaluación estratégica-gerencial y de generación de valor público

Capítulo VII: Seguimiento, en este capítulo desarrollamos indicadores de seguimiento y de resultado que permitan identificar avances e implementar los correctivos necesarios de manera oportuna; se presentará las conclusiones de la Propuesta que a nuestro criterio resulten importantes y señalar las razones para que sea implementada. Estarán en relación con los problemas encontrados; se presentará recomendaciones que a nuestro criterio resulten importantes para que la propuesta sea implementada.

Los Autores

Capítulo I

Generalidades

1.1. Antecedentes

El impacto de la Atención Primaria en Salud (APS) actualmente ha generado grandes avances en la provisión de servicios básicos accesibles a individuos y familias de las distintas comunidades a través de la aplicación de programas y estrategias de promoción de la salud, entre ellos: el “Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud” implementado por el Ministerio de Salud (MINSA), el “Programa de Familias y Viviendas Saludables”, el “Programa de Municipios y Comunidades Saludables”, “La Estrategia de Sectorización para la Promoción de la Salud en Cogestión con la Comunidad”, etc. Muy a pesar de contar con el diseño de programas y estrategias, se ha notado que en la práctica su aplicación es limitada y por ende los resultados en cuanto al logro de adopción de “estilos y comportamientos saludables” de la población. Es importante recordar y reconocer la diversidad étnica y cultural que tiene el Perú a lo largo de todo su territorio. En el departamento de Huánuco, lugar donde se ubica la unidad de estudio. Así mismo, El 44,6 % de la población de 12 y más años, se reconoce como mestizo, mientras que el 42,9% manifestó identificarse como quechua. Con un menor porcentaje existe población que se autoidentifica como nativo o indígena de la amazonía (0,4%); por área urbana, se observa un comportamiento similar al total departamental, la población mayoritariamente manifestó identificarse como mestizo (51,9%) y quechua (32,6). Mientras que, en el área rural, la población en su mayoría se identificó como quechua (54,7%), seguido por mestizo (36,3%) (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018).

En esta diversidad, y de acuerdo con la cosmovisión de cada grupo humano se crean y recrean identidades, concepciones, conceptos, paradigmas, valores, etc. respecto a dimensiones de la vida como: la salud, la educación y la justicia (por ejemplo); es suma, se crea y recrea la cultura local. Es así como las concepciones varían en las poblaciones urbanas, rurales, originarias, amazónicas, quechuas; grupos generacionales, por género, etc. En tanto que, la identidad, las concepciones, conceptos, paradigmas, valores, etc. institucionales terminan siendo la cultura formal.

El encuentro de estas dos culturas en el campo de la salud muchas veces ha sido sinónimo de diferencias, discriminación, exclusión, rechazo, intolerancia, vulneración de derechos, etc. generándose así desencuentros culturales en los servicios de salud (y otros) en detrimento de quienes intervienen.

En ese sentido, la interculturalidad en salud es un enfoque que al ser transversalizado se convierte en una estrategia para la adecuación de los servicios públicos que permite promover relaciones adecuadas entre las culturas y permite afianzar el camino hacia la inclusión, respetando los derechos y mejorando promoción de la salud y la calidad de los servicios, donde las diferencias no son problema sino una oportunidad.

El concepto de interculturalidad por lo general ha sido empleado en estudios principalmente de carácter antropológico como el respeto a la coexistencia de los pueblos y culturas que intercambian conocimientos y costumbres cada quien a su manera. Sin embargo, recientemente su definición se ha ampliado.

Aunque en el área de salud aún no se tiene bien definido el concepto interculturalidad debido a la escasa formación académica respecto a la antropología, cosmovisión e interculturalidad, sin embargo esto conlleva a generar cambios, salir de la zona de confort a fin de cumplir con los objetivos de preservar la salud de la población, a raíz de esto los médicos han empezado a incluir dentro de sus tratamientos la medicina tradicional que se hereda de generación en generación, generando una revolución al ejercicio clásico de la medicina como se daba en el siglo XIX. (Salaverry, 2010, p. 93)

La interculturalidad en los servicios públicos y en particular en los servicios de salud implica desarrollar conocimientos, valores y principalmente actitudes en los trabajadores dedicados a promover y preservar la salud.

Establecer un modelo de atención en salud que reconozca la interculturalidad de los pueblos, pero sobre todo que ponga en práctica el respeto y la empatía hacia los usuarios, teniendo en cuenta su cultura, su lenguaje, estilos de vida y condición social, de esta forma se puede evitar la discriminación en el proceso de atención. Poner en práctica esta posición romperá paradigmas y convertirá el sistema tradicional de atención en salud en un sistema dinámico, amigable y empático hacia todos sus usuarios (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2016, p. 19).

La interculturalidad implica el reconocimiento de culturas con prácticas diferentes en los diversos ámbitos de la vida humana. Estas prácticas han sobrevivido en el tiempo a pesar de que algunas culturas hegemónicas han intentado eliminarlas. Según Nureña (2009) en su revisión a la Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical resalta la incorporación del enfoque de interculturalidad, en el sentido de reconocer la diversidad de culturas y de los derechos sociales y culturales de los pueblos indígenas, que en los últimos tiempos han surgido como propuestas de políticas públicas, y se han establecido organismos estatales orientados a efectivizar en la práctica el ejercicio de tales derechos, como la incorporación de la atención del parto en posición vertical con adecuación cultural. Cabe precisar que, desde el año 2016 el Ministerio de Salud a través de la Norma Técnica N° 121 institucionalizó la atención del parto en posición vertical, en el marco de derechos humanos, considerando las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural en todas las gestantes a nivel nacional (ámbito urbano, urbano marginal y rural) que entre sus objetivos considera fomentar en todos los establecimientos de salud a nivel nacional el protagonismo de la parturienta en todas las etapas del trabajo de parto, brindándole la opción de elegir la posición de dar a luz, con el acompañamiento de su pareja u otro familiar y el protagonismo que debe tener la población usuaria (Ministerio de Salud [MINSAL], 2016).

Así mismo, evidencia el problema del personal de salud y de los decisores políticos en general que poseen una limitada competencia en materia intercultural, como la poca o nula capacitación del personal en aspectos relacionados con las culturas locales, y el hecho de que los médicos destacados en zonas rurales, sin incentivos y frente a duras condiciones de trabajo, desean abandonarlas a la brevedad; a la vez, la poca intervención de los pobladores en la dilucidación de las políticas sociales, la escasa participación de las comunidades en la definición de políticas y prioridades; la pobreza, la falta de acceso a la tierra, y otros problemas socioeconómicos.

1.2. Identificación de la realidad problemática

Parte del orgullo nacional se relaciona con la diversidad étnica, lingüística y cultural de nuestro país. Esta realidad por lo general, ha sido tomada principalmente para los discursos de líderes y políticos, siendo necesario que su reconocimiento sea

oportunidad de desarrollo impulsada y formalizada desde la esfera pública. Considerando la megadiversidad cultural del Perú se requiere fortalecer la gestión e inversión social en temas de interculturalidad.

Estas políticas van en concordancia con los objetivos de la Reforma y Modernización del Estado, que busca la construcción de un Estado democrático y al servicio de la población, que permita generar confianza hacia las instituciones y una mejor respuesta a las necesidades de los ciudadanos. Esto solo se puede lograr tomando en cuenta sus diferencias culturales y peculiaridades. Por ende, el Estado está en la obligación de reconocer la diversidad de los ciudadanos y hacerlos partícipes de los procesos democráticos desde el respeto a las prácticas, creencias y concepciones de bienestar y desarrollo de cada uno de los grupos étnico-culturales. Para lograr este fin, es indispensable que el Estado incorpore el enfoque intercultural en su accionar, lo que implica la generación de mecanismos e instrumentos que permitan a las entidades públicas: a) reconocer las diferencias culturales de nuestra ciudadanía, b) reducir espacios de exclusión, y c) garantizar relaciones de equidad y reciprocidad entre los diferentes grupos étnico-culturales. Para enfrentar este reto es importante, entre otros factores, asumir que existe una desconfianza estructural construida a lo largo de la historia de nuestro país donde el centralismo, la exclusión y la inequidad han sido (y lo siguen siendo a pesar de marchas y retrocesos) la característica fundamental de la relación entre la costa y la sierra, entre la ciudad y el campo, entre instituciones de gestión privada y gestión pública (Ministerio de Cultura [MC], 2015, p. 9-10).

El relacionamiento de culturas produce choques culturales que se evidencian en actitudes etnocéntricas, que muchas veces son de desvalorización del “otro” o subestimación de la cultura local y ancestral.

La Defensoría del Pueblo (2015) considera:

Que el colectivo en general son entes que generan y transmiten cultura, cada comunidad tiene diferentes formas de expresarse, esta peculiaridad distingue los unos de los otros y también permite diseñar políticas que incluyan a cada grupo social. El país no es ajeno a esta diversidad cultural, durante siglos se observó la imparcialidad con la que se trató a los pueblos indígenas, quienes eran excluidos y tratados como gente de segunda clase. En ese sentido nace el

concepto de interculturalidad que reconoce y valora la existencia de diferentes culturas, que son diferentes pero no menos importantes (pp. 25-26).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), a través del Convenio 169 reconoce el derecho de los pueblos indígenas a decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan; así como su derecho a participar en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas de desarrollo que los involucra de manera directa o indirecta (Organización internacional del trabajo [OIT], 2014)

Para abordar esta realidad compleja, recientemente el Perú cuenta con una política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural, que tiene como objetivo orientar, articular y establecer los mecanismos de acción del Estado para garantizar el ejercicio de los derechos de la población culturalmente diversa del país, particularmente de los pueblos indígenas y la población afroperuana, promoviendo un Estado que reconoce la diversidad cultural innata a nuestra sociedad, opera con pertinencia cultural y contribuye así a la inclusión social, la integración nacional y eliminación de la discriminación (MC, 2017, p. 41).

Para viabilizar su operatividad, la política de transversalización del enfoque de interculturalidad cuenta con cuatro ejes: 1. Fortalecer la capacidad de gestión intercultural del Estado peruano, 2. Reconocimiento positivo de la diversidad cultural y lingüística, 3. Eliminación de la discriminación étnico-racial y 4. Inclusión social de los pueblos indígenas y la población afroperuana.

Gestionar la salud implica una mirada global bajo el entendimiento claro de términos que muchas veces son conceptualizados en otros contextos y significados, para Tejada (2018) el término “Primary Health Care”, que en español vendría a ser “atención primaria en salud”, lo que daría a entender que está íntimamente ligada al servicio médico, respecto a la palabra primaria, se puede interpretar como clasificado, básico, en ese sentido lo que la política ha transcrito a la realidad es: “Atención básica para los pobres”, donde los usuarios pueden acceder a una atención empírica, elemental y barato (p.362).

En nuestro país la atención primaria en salud responde a esa subvaloración del servicio. Por ello, es que por años no ha sido la prioridad, por ejemplo, no se han realizado diagnósticos integrales, el presupuesto asignado es bajo y son pocos los avances en cuanto a investigaciones e incorporación de enfoques como el de derechos humanos, de género e interculturalidad.

Así mismo, realizar promoción de la salud es un componente que requiere conocimiento sistematizado de las dimensiones sociales, económicas, políticas y culturales en los niveles en los que se realiza el trabajo, así como es importante contar con pautas previamente establecidas, ello fue promovido por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud.

Los lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú, constituyen el conjunto de principios y doctrinas que determinan la forma en que la autoridad nacional, regional y local de salud llevan a cabo las intervenciones de Promoción de la Salud en el marco del abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud y la Gestión Territorial en Salud. Corresponde a cada instancia asegurar que las acciones que desarrollen en cumplimiento de sus funciones tengan en cuenta tales lineamientos, para lograr el objetivo de un país con inclusión social en salud (MINSA, 2017, p. 28).

Los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú son cuatro: 1. La Salud como eje fundamental e integrador de todas las políticas públicas, 2: La persona, la familia y la comunidad como el centro de la gestión territorial en salud. 3: Abordaje de los determinantes sociales de la salud para el cierre de brechas de inequidad en salud y 4: Empoderamiento y participación social en salud.

En el caso peruano los lineamientos de política de promoción de la salud reconocen la importancia de transversalizar el enfoque de interculturalidad como un hecho concreto pero que requiere además de asumir postura personal e institucional. Respecto al enfoque de interculturalidad los lineamientos de política de promoción de la salud

Como ya se mencionó líneas arriba, nuestro país es multicultural, la opción intercultural propone generar un trato horizontalmente las distintas culturas sobre la base del diálogo, en el marco de nuevos circuitos de intercambio cultural. La

interculturalidad debe ser transversal y multisectorial a las políticas de gobierno y uno de sus objetivos consiste en abrir verdaderos espacios de participación a las diferentes culturas existentes. Por ello es necesario generar canales para que las culturas que han sido excluidas puedan participar activamente en la esfera pública nacional asumiendo el poder y la responsabilidad de su propia representación política. La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada (MINSAL, 2017, pp. 18-19).

En el contexto de la diversidad que caracteriza a nuestro país, históricamente se han producido situaciones de exclusión y discriminación principalmente debido al origen étnico. La Defensoría del Pueblo (2015) en su informe 169 señala:

La falta de reconocimiento de las necesidades, percepciones y prácticas de las comunidades indígenas no contribuye a superar las barreras culturales, maltratos y posibles situaciones de discriminación que se presentan en la atención de salud. Una de las quejas más frecuentes recogidas en reuniones con representantes indígenas es que el personal de salud no habla su lengua y no conoce su cultura (p. 8).

Implementar el enfoque de interculturalidad promueve el adecuado relacionamiento entre institución y población usuaria, esta se expresa en la percepción de satisfacción, aceptación o rechazo de los servicios, como la Dirección General de Salud de Personas y la Dirección de Calidad en Salud indican en MINSAL (2012) “Contribuir a identificar las principales causas del nivel de insatisfacción del usuario externo, para la implementación de acciones para la mejora continua en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, basados en la satisfacción del usuario externo” (p. 15), este documento técnico cuenta con definiciones operativas como son la empatía, percepción y la satisfacción del usuario respecto. La primera se refiere a la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro, la segunda intenta responder a cómo percibe el usuario que la organización cumple con la entrega del servicio de salud ofertado; entanto que, la tercera definición se refiere al grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del

usuario en relación a los servicios que esta le” brinda. Como se puede apreciar las definiciones carecen de aspectos a atributos relacionadas con la cultura y derechos, lo cual hace que el énfasis de la definición de satisfacción sea del tipo administrativo – gerencial, lo cual contribuye poco al relacionamiento intercultural entre la institución y población usuaria.

De acuerdo con la política sectorial de salud intercultural MINSA el Estado se reconoce la incorporación del enfoque de interculturalidad impacta en la disposición al uso de los servicios y por tanto en la su calidad.

Según informes de las experiencias en otros países respecto a la inclusión de la interculturalidad en el sistema de salud, se ha demostrado que esta mejora considerablemente e incluso se fusiona exitosamente con la medicina tradicional o alternativa, dando como consecuencia la mejora de la calidad de atención y con inclusión social. A nivel nacional la población en su mayoría carece de una atención adecuada de salud, mientras que en los centros poblados más alejados es inexistente, esto se debe a la limitada gestión en salud, a las políticas públicas, en muchos centros de salud existe solo un personal que abarca la atención general de varias comunidades, siendo ineficiente e incapaz de cubrir con las verdaderas necesidades en salud. (Diario Oficial del Bicentenario El Peruano, 2016, p. 4)

Conocer la satisfacción de la población usuaria es importante; como se ha venido manifestando, está se asocia con diferentes factores como son: el tiempo de espera, capacidad de respuesta, empatía, etc. muchos de los cuales han mejorado sustancialmente. Si embargo, existen algunos otros factores sociales y culturales que inciden negativamente.

Las actitudes del personal de la institución son importantes en el relacionamiento con la población usuaria, que a su vez tiene múltiples percepciones, prácticas y necesidades debido a su origen étnico, edad, condición de salud, etc.

El servicio de salud actual, es totalmente deficiente ante los ojos de los usuarios, principalmente por el trato diferenciado, por la poca empatía que muestra el personal médico hacia los pacientes, el poco interés por aprender a comunicarse en su lengua originaria, la falta de identidad cultural y sobre todo la discriminación por opción sexula, por raza, por género y por tipo de enfermedad, todo esto ha conllevado a la baja

credibilidad al sector salud, incluso existen evidencias de confrontación entre la población y los centros de salud (Almaguer, 2014, p. 22).

En la revista publicada por el Centro de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad San Ignacio de Loyola, Hernández et al. (2019) afirman que el vivir en aglomeraciones poblacionales de tamaño mayor, como las ciudades, padecer una enfermedad crónica y tener una lengua nativa como lengua materna se asocia a una menor satisfacción con la atención recibida en establecimientos de salud del MINSA. Si bien existen factores sociales y estructurales que limitan el acceso y por ende generan insatisfacción por parte de la población usuaria, es importante tomar en cuenta que el hablar una lengua nativa, es motivo de discriminación e insatisfacción de los servicios.

Es importante tomar en cuenta que la lengua representa la construcción cultural de un pueblo, a través del lenguaje se pone de manifiesto la interpretación de la realidad. Es decir no se trata sólo de un desencuentro de idiomas; se trata de un desencuentro cultural. Echeverría (como se cito en Campos, 2017) afirma que el lenguaje crea realidades; no sólo nos permite hablar sobre las cosas: el lenguaje hace que sucedan cosas. Así podemos optar por un lenguaje culturalmente pertinente e inclusivo, por ejemplo. Es la evidencia de lo que pensamos y sentimos.

Como se ha venido manifestado, la región Huánuco no es ajena la diversidad étnica, su población hace uso de varias lenguas originarias. “El 36.8% de la población tienen como lengua materna el quechua, shipibo y otras lenguas amazónicas, evidenciando la diversidad cultural en nuestra región que requieren un abordaje sanitario diferenciado de acuerdo a la realidad sanitaria” (Dirección Regional de Salud de Huanuco [DIRESA HUANUCO], 2016, p. 88), el abordaje diferenciado es una oportunidad para incorporar el enfoque de interculturalidad en todos los niveles, y con mayor preponderancia en acciones de promoción de la salud.

Es conocido que el Estado y la sociedad civil han ejecutado acciones considerando la diversidad étnica y lingüística del país y sus regiones. Sin embargo, a pesar de iniciativas implementadas como programas y proyectos estatales como privados, el lenguaje como un hecho cultural sigue siendo una barrera.

En su tesis para obtener el doble grado de Magíster en Gerencia Social y Magíster en Gerencia de Empresas Sociales para la Innovación y el Desarrollo Local, Campos (2017) señala:

La barrera de comunicación persiste ya que la población usuaria demanda el uso de su lengua materna durante la atención de salud; aún si ellas son bilingües y pueden comunicarse en español con dificultades, pues constituye una severa vulneración de sus derechos en salud, al no recibir información sobre su situación de salud en quechua. (p. 79)

Sin duda, la superación de esta brecha sería una acción concreta y necesaria en los servicios de salud con pertinencia cultural.

La interculturalidad en los servicios de salud implica que los sistemas de salud se complementen mutuamente, para lograr esto es necesario fortalecer la sensibilidad y valoración cultural en cada actor.

Equivocadamente se considera que la atención intercultural es respetar las costumbres de un determinado grupo de personas, recurrir a la medicina tradicional algunas veces, sin embargo la interculturalidad va mucho más allá, es impregnar en las personas que prestan servicio brinden una atención cálida, empática y sobre todo con respeto a su cultura, a su raza idioma y cosmovisión (Decreto supremo N°016-2016-SA. Diario Oficial el Peruano, 2016)

En tal sentido, gran parte del éxito requerido se centra en las competencias interculturales en los diferentes niveles institucionales y actores de los sistemas.

Sin embargo, si bien es muy importante contar con una mirada integral y conocer la cultura local para intervenir en promoción de la salud; es necesario considerar que existen elementos institucionales relacionados al poder, que hacen que en la relación vertical con la población usuaria se intente imponer un modelo, conceptos y prácticas. El estado ha invertido en capacitar al personal de salud para poder sensibilizar sobre la importancia del cuidado de la madre durante el embarazo, sin embargo, la cultura de estas mujeres hacen que se resistan al control prenatal, por tanto es menester del profesional sensibilizar acerca de la importancia de este cuidado, sin mancillar, ni criticar sus costumbres, como parte de su derecho a la salud, rompiedo de alguna

manera sus paradigmas respecto a la gestión de salud en los centros de salud (Campos, 2017, p. 128).

La interculturalidad requiere ser transversal y multisectorial a las políticas de Estado cuyo objetivo principal requiere enfocarse en la generación de espacios de participación a las diferentes culturas existentes a través de sus actores asumiendo el poder y la responsabilidad de su propia representación política y el desarrollo de su comunidad.

Considerando la complejidad y la necesidad de implementar acciones respecto a la problemática, el Ministerio de Salud en el año 2019, ha establecido los criterios que sirven para optimizar la atención en salud respetando la interculturalidad, cuyo objetivo es: “Establecer los criterios y procedimientos para que los establecimientos de salud del primer nivel de atención logren la adecuación de sus servicios con pertinencia cultural” (MINSAL, 2019, p. 11), para viabilizar su implementación la norma cuenta con un instrumento que permite la medición de la pertinencia cultural en los servicios de salud del primer nivel de atención; que debe aplicarse siempre, considerando el contexto y su cultura, así mismo la gestión de salud debe organizar y evaluar la intervención en salud, de este modo la implementación establece 26 criterios a cumplirse; el logro del 80% (21 criterios) corresponde a un nivel aceptable de la. En este sentido, y como veremos más adelante la Microred Monzón presenta logros entre el 58% y 75%.

La Microred Monzón cuenta con el Análisis de Situación de Salud (ASIS), en este documento, si bien se hace referencia a la diversidad étnica del distrito, en el desarrollo esta diversidad se refiere muy escuetamente como aspectos culturales, refiriéndose a celebraciones religiosas y sociales. Esto es muy recurrente en las instituciones; por lo general la cultura se asocia a festividades o folklore, incluso olvidando la epistemología que fundamenta las prácticas locales.

De otro lado, los promotores o agentes comunitarios de salud son sin duda actores clave, muy importantes en el sistema y principalmente en la promoción de la salud debido a que por su trabajo el servicio de salud puede llegar a poblaciones periurbanas y rurales concentradas y dispersas. Nótese que su rol es amplio, tal es así que se encargan de la detección de alguno de estos indicadores de riesgo: en la familia o en

la vivienda (deficiente eliminación de excretas, almacenaje de agua, etc.), siendo el reconocimiento de al menos uno, suficiente para determinar un caso de riesgo que será considerado prioritario. Realizan la captación y orientación de niños con bajo peso para realizarles el control respectivo promoviendo y recomendando su asistencia al centro de salud, realizan visitas a las casas conversan y orientan a las mujeres que están embarazadas o tienen niños menores de cinco años. Cuentan con información de primera fuente respecto a las percepciones de la calidad del servicio y recogen muchos saberes y prácticas de la población usuaria. Sin embargo, institucionalmente el sector salud aún se encuentra en el camino para incorporarlos adecuadamente; sus conocimientos son poco valorados y tomados como fuente importante para mejorar el relacionamiento intercultural entre institución y comunidad.

Como se ha manifestado, el rol de los agentes comunitarios es de mucha importancia sobre todo en la promoción de la salud, constituyen la puerta de entrada entre ambos sistemas de salud (oficia-tradicional); el estar en contacto con la población usuaria les permite almacenar información importantísima. Uno de las tareas que asumen los centros de atención en salud es registrar datos sociodemográficos de los usuarios, así como reportan las incidencias epidemiológicas las cuales se visibilizan en un informe anual, sin embargo toda esta información no es aprovechada por la secretaría de Salud de Neuquén, ya que no son analizados para la toma de decisiones y posterior ejecución (Estrella, 2017).

Efectivamente, muchas de las evaluaciones carecen de datos sobre todo de carácter cualitativo enfocados en lo que dicen piensan y sienten las personas; por ello, el aporte de los agentes comunitarios debería ser de gran utilidad en la realización del análisis situacional de salud (ASIS), entre otros diagnósticos sociales.

En cuanto a la gestión institucional, cabe resaltar que, los objetivos y metas estratégicas establecidas son poco conocidas por el personal operativo; por cuanto, es práctica institucional que la participación sea del personal gerencial y no necesariamente del personal operativo en el diseño de los planes, objetivos y metas. En cuanto, a estos dos últimos, los números y/o porcentajes son definidos por la instancia superior que es la Red de Salud; en este caso, la Red a través de los Coordinadores de las Estrategias Presupuestales en el marco de sus Convenios

(Sistema Integrado de Salud, Fondo de Estímulo de Desarrollo y Gobiernos Locales, entre otros), se determinan las metas físicas anuales y la asignan a la Microred; es decir, se trata de objetivos y metas no consensuadas. Por tanto, la generación de una visión compartida de la promoción de la salud, del desarrollo de la comunidad, de generación de paradigmas de éxito institucional, etc. constituyen una debilidad de la gestión y cultura institucional de la Microred Monzón; estos factores a su vez impactan negativamente en la promoción de la salud en general.

A continuación, presentamos un listado de los problemas identificados:

- Servicios de salud con débil pertinencia cultural
- Insatisfacción en la calidad de los servicios
- Persistencia de hábitos y costumbres que impactan negativamente en la salud personal y comunitaria.
- Desigualdades en el acceso al derecho a la salud
- Persistencia de discriminación en los servicios de salud.
- Poca aceptación a propuestas promovidas en el marco de la promoción de la salud.
- Agotamiento y frustración en el personal de la institución de salud
- Resquebrajamiento en las relaciones institución – población usuaria
- Persistencia de un modelo biomédico en la gestión de la salud
- Desvalorización y pérdida del conocimiento y prácticas locales
- Escasa participación de los actores locales
- Débil incorporación de temas de salud intercultural en los instrumentos de planificación y gestión del desarrollo local.

1.3. Justificación del trabajo de investigación

1.3.1 Valor Práctico.

La realización del trabajo permitirá que la Microred Monzón, en un primer momento cuente con un análisis del modelo institucional de carácter transversal a nivel de diagnóstico situacional, instrumentos de planificación, de instrumentos que fomenten la valoración y reconocimiento del sistema de salud tradicional, de desarrollo de

competencias en los recursos humanos; así como, la articulación de con la ciudadanía para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad estipulados por la normatividad recientemente aprobada por el Estado Peruano. En consecuencia, como segundo momento el trabajo permitirá a la institución contar con productos que promuevan la gestión de la interculturalidad y maximizar sus posibilidades de logro de metas y objetivos en cuanto a promoción de la salud y sus servicios en general.

1.3.2 Relevancia Social - Valor Público

Esta es una de las principales razones por las que se debe realizar el trabajo. La Microred Monzón implementa sus acciones en un contexto culturalmente diverso debido a su composición demográfica, cultural, social e histórica.

Si bien, en este distrito no se encuentran comunidades nativas que hable una lengua originaria en particular y de manera exclusiva, debemos remarcar que esta población de acuerdo con el Censo del 2017. “En la Provincia de Huamalíes (lugar al que pertenece el distrito de Monzón), la población declara pertenecer principalmente a dos grupos étnicos, así el 65.05% se autodefine como quechua y el 24.05% de la población de se autodefine como mestizo” (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2018, p. 41), es importante tomar en cuenta la autodefinición étnica porque representa el sentido de pertenencia que además implica la práctica de hábitos y costumbres.

Así mismo, es conocido que el distrito de Monzón está constituido por migrantes andinos y amazónicos que fueron víctimas del periodo de violencia política, que azotó a nuestro país. Este hecho en particular ha generado una brecha cultural, en cuanto a actitudes frente a su relacionamiento con el estado y en particular con las instituciones de salud. Por tanto, es un contexto que requiere el análisis cultural para una mejor comprensión de paradigmas, hábitos y costumbres respecto al desarrollo comunitario y de la salud.

El trabajo por su análisis y reflexión epistemológica de la cultura institucional y local permitirá ofrecer alternativas contextualizadas a la institución en sus diferentes dimensiones, para motivar la permanencia y adopción de hábitos que contribuyan en la promoción de la salud, y por ende la disminución de la prevalencia de enfermedades que aquejan a la población del distrito de Monzón. Asimismo, este proceso incluye el desarrollo de competencias en el personal asistencial y de promoción, como también en la línea de gerencia.

Finalmente, la ejecución de este estudio fue de suma importancia debido a la realización de un análisis integral de la institución y el Programa de Promoción de la Salud desde el Enfoque de Interculturalidad que permitirá implementar correctivos que fortalecerán la relación de la institución con la comunidad, para constituirse socios en la mejora de la salud pública del distrito del Monzón.

1.4. Propósitos del Trabajo de Investigación

Nuestro trabajo, conjuntamente con la Directiva para la Adecuación de los Servicios con Pertinencia Cultural en el Primer Nivel de Atención (D.A. N°261-MINSA/2019/DGIPES), La Resolución Ministerial N°030/2020-MINSA, la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural (Decreto Supremo N°003-2015-MC) y la Política de Salud Intercultural (Decreto Supremo N°016-2016-SA) pretende desarrollar una experiencia, donde la institución, a nivel de estructura, documentos de planificación y gestión así como a nivel de capacidades del recurso humano y relación con el entorno incorpore de manera transversal el enfoque de interculturalidad para brindar servicios pertinentes en la de promoción de la salud. De esta manera, nuestro trabajo incidirá positivamente en aspectos y dimensiones institucionales como los de planificación y gestión, aspectos que aún no han sido abordados desde el enfoque de la interculturalidad y que requiere urgente atención, como es el caso de la Directiva N°261-MINSA. Estos aspectos y, dimensiones impactarán positivamente en la satisfacción de la población usuaria, dejando de sentirse excluida y discriminada, sentimiento que por años acompaña a las poblaciones rurales de nuestro país, por cuanto de manera histórica ha prevalecido la

cultura occidental, arrasando con las lógicas y prácticas originarias y, con el paso de los años, la llamada ciencia desde un enfoque positivista ha incorporado en las instituciones prácticas que tienden a desconocer la cosmovisión, usos, costumbres, lógicas, mitos y creencias de la población que entre otras cosas le dan sentido e identidad a sus vidas. Por tanto, es sumamente importante que la Microred Monzón, reoriente sus enfoques y miradas desde una perspectiva más humanista, donde se valore y comprenda que la cultura local es dinámica y cambiante y no es exclusivo de los pueblos indígenas sino de todo grupo humano.

Con relación a los objetivos institucionales El Ministerio de Salud declara misión: “Somos el órgano responsable de la protección y defensa de los derechos de los ciudadanos, promoviendo una cultura de ética y la transparencia en la gestión administrativa del Ministerio de Salud”. En este sentido contribuiremos con la promoción y ejercicio del derecho a la salud, así como el respeto de su identidad; fomentando un contexto de horizontalidad y complementariedad entre el Estado y la población; por esta razón nos enfocaremos en el Programa de Promoción de la Salud (PROMSA) que se implementa en el valle del Monzón-Provincia de Huamalíes departamento de Huánuco.

La transversalización del enfoque de interculturalidad en la institución y sus servicios permitirá crear valor público en el presente trabajo, propiciando que la población cuente con servicios calidad y confianza y con pertinencia cultural.

1.5. Aspectos Metodológicos

Respecto a la metodología de investigación la presente se enmarca en una propuesta, puesto que se analizó las causas y efectos de la situación problemática que presenta la gestión de salud intercultural.

1.5.1 Metodología de Análisis Interno.

De acuerdo al modelo desarrollado por Kantz y Rosenzweig (citado por Pérez, 2015) quienes han desarrollado un modelo de organización más amplio y complejo mediante la aplicación de la teoría de sistemas y la teoría de las organizaciones, considerando a la organización como un sistema sociotécnico abierto integrado, los cuales se encuentran en constante interacción entre ellos y cada uno de su contexto.

Este modelo analiza:

- El Sub Sistema de razón de ser
- El Sub Sistema de estructural
- El Sub Sistema psicosocial
- El Sub Sistema de gestión

1.5.2 Metodología de Análisis del Entorno.

Para este análisis del entorno de la Microred Monzón utilizó el Modelo de diagnóstico organizacional elaborado por Collerette y Schneider, que considera el entorno (inmediato, intermedio y globales) que afectan a la organización.

1.5.3 Metodología para el Diagnóstico de Capacidades Institucionales.

La metodología de Sistema de Análisis y Desarrollo de la Capacidad Institucional (SADCI) fue desarrollada por el Dr. Alain Tobelem en 1992, cuando era consultor del Banco Mundial (BIRF) y ha sido aplicada en numerosos países y en diferentes tipos de proyectos, particularmente en América Latinaes utilizada en el presente estudio para analizar la viabilidad y factibilidad del proyecto. Se aplica para que las instituciones conozcan su capacidad actual para realizar determinadas acciones, evaluar los obstáculos y debilidades a eliminar y establecer las acciones y planes requeridos para ello. La situación típica es el análisis del componente de fortalecimiento institucional requerido para asegurar el éxito de un proyecto. Así fue concebido inicialmente este instrumento.

1.5.4 Metodología de Análisis de Actores.

Para el presente estudio se utilizó también el Método de Análisis de Juegos de Actores (MACTOR). Esta metodología se basa en la determinación de las motivaciones, conflictos y posibles alianzas estratégicas.

Este método busca valorar las relaciones de fuerza entre los actores y estudiar sus convergencias y divergencias con respecto a diferentes posturas, acciones y objetivos. El fin de esta metodología es facilitar al

actor una ayuda para la decisión de sus alianzas y conflictos; así como también saber quiénes serán los responsables, es decir definir los actores que jugaran el papel principal.

1.5.5 Alcances y Limitaciones del Trabajo de Investigación.

El trabajo comprende aspectos institucionales y programáticos de la Microred de Salud de Monzón que está compuesta por diez establecimientos: Puesto de Salud Caunarapa, Puesto de Salud Cashapampa, Centro de Salud Cachicoto, Puesto de Salud Sachava, Puesto de Salud Tazo Grande, Puesto de Salud Cuyacu, Puesto de Salud Agua Blanca, Centro de Salud Palo de Acero, Puesto de Salud Manchuria y Centro de Salud Monzón, distribuidos en anexos, caseríos y capital del distrito de Monzón. Las limitaciones están relacionadas a la accesibilidad geográfica y disponibilidad de información gerencial por cuanto muchos documentos de gestión y planificación son de carácter “reservado”. Finalmente, otra limitación está relacionada con la voluntad política de la gerencia de la Microred Monzón, con la disposición y apertura al cambio por parte del personal, así como de los actores de la comunidad.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Investigaciones Previas Relacionadas

2.1.1. A Nivel Internacional.

Subinas (2018) en su tesis doctoral “Interculturalidad en salud y desigualdad: el caso de las entidades de médicos tradicionales en la comarca Ngäbe Buglé” esta investigación analizó la interrelación que existe entre la medicina tradicional con la biomédica, partiendo de la premisa de la interculturalidad, la investigación fue aplicada de nivel descriptivo, y utilizó como instrumentos la entrevista. Durante el desarrollo de la investigación se conversó con el personal médico de los puestos de salud, a los responsables del área de interculturalidad, atención en salud, a médicos especialistas en medicina tradicional, a líderes indígenas, en fin a todos los entes que se involucran de manera directa e indirecta en el tema de investigación.

Los hallazgos permitieron al investigador identificar que existe un clima de desconfianza y prejuicio entre los especialistas de la biomedicina como de la medicina tradicional. A razón de ello propone implementar un servicio intercultural que sea empático con los usos y costumbres de la comunidad indígena, adecuándose al lenguaje y abriendo una brecha entre la biomedicina y la medicina tradicional.

Estrella (2017) en su tesis magistral titulada “Salud Pública en territorio Mapuche: Relaciones interculturales, estrategias etnopolíticas y disputas

en torno a las políticas de reconocimiento en la comunidad Payla Menuko, San Martín de los Andes, PCIA. de Neuquén” esta investigación básicamente se dedicó a establecer la relación entre las estrategias de políticas étnicas y la interculturalidad entorno al reconocimiento de la comunidad de Payla Menuko, esta relación la dedujo a partir de las entrevistas realizadas al personal de salud pública, como resultado de la investigación notó que se redujo la morbilidad de puerperas y neonatos, así mismo logró mejorar las condiciones de atención de enfermedades endémicas como la tuberculosis y la hidatidosis.

Con este firme conocimiento se impulsó un modelo de atención primaria en salud, considerando la interculturalidad basado en su contexto a partir de 1970, hasta la fecha ha demostrado ser eficaz y eficiente y representa uno de los mejores logros del Movimiento Popular Neuquino.

Mignone et al. (2005) en el artículo “Prácticas modelo en salud intercultural” investigaron prácticas modelo en salud intercultural en comunidades de Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala y Surinam. Evidenciaron que la interculturalidad en salud genera impactos positivos ya sea, en la mejora de la “Atención Primaria de Salud” - (APS), para el bienestar de salud individual como colectiva, la seguridad cultural de las comunidades y en lo económico debido a que no conlleva a gastos mayores, además de su contribución en la organización y autonomía de las comunidades.

Asimismo, evidenciaron que, las prácticas son variadas, existiendo algunas donde se ofrecen servicios paralelos entre lo público y lo tradicional, otras que son ofrecidas por entidades comunales donde la medicina tradicional constituye un complemento; en el caso de los servicios públicos, la medicina tradicional es una práctica inicial, donde la escasez de presupuesto es una constante y la falta de información limita la planificación, evaluación e investigación adecuada, situaciones que requieren ser atendidas. Resaltan también que, un problema particularmente serio es que los currículos educativos de médicos y otros

profesionales de la salud carecen de contenidos relacionados con la sensibilidad cultural y con el entendimiento de la cosmovisión indígena de salud.

Finalmente, se resalta el componente organizacional; las comunidades más fuertes tienen más capacidad para conseguir mejores recursos del Estado o de entidades no-gubernamentales para crear y equipar centros de salud, etc.

Artiaga et al. (2012) en su artículo “Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto – Ecuador” infiere que, a través de la acción participativa desarrollaron treinta y dos indicadores para medir la implementación de un modelo de salud intercultural con la participación de usuarios indígenas y proveedores de salud indígenas y no indígenas. Los treinta y dos indicadores se agruparon en cuatro dimensiones: comunicación y lenguaje; provisión de servicios, servicios integrados con la cultura local e intercambio de conocimientos y experiencias, llegando a las siguientes conclusiones:

La investigación logró incorporar los puntos de vista de los indígenas a favor de un modelo integral de salud intercultural, mejorando de esta manera la calidad de servicio y la inclusión, no como un beneficio sino más bien como parte de la cultura de servicio, basado en valores de equidad y respeto.

García (2015) en su tesis doctoral “Competencia cultural en salud: conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales” investigó las actitudes de los profesionales de enfermería en la relación proveedor – paciente. Aborda las competencias culturales que deben desarrollar los profesionales de la salud; afirma que, para mejorar la atención considerando la interculturalidad los prestadores de servicio en salud deberían capacitarse para aprender el idioma, y de este modo mejorar las capacidades comunicativas con los usuarios.

Según este autor se debe preservar la identidad cultural de nuestros pueblos, es más se debe enriquecerlas y compartirlas a fin de afianzar la singularidad de cada una de ellas, por tal concluye que los servidores de salud deben aceptar, respetar la diversidad cultural durante el proceso de atención, estas estrategias contribuyen a mejorar la atención en salud.

Gil y Solano (2017) en su estudio cualitativo fenomenológico “La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria” esta investigación tiene como objetivo evaluar las experiencias de la implementación de un modelo de competencia cultural en la atención primaria en salud, para ello se realizó una entrevista semi estructurada respecto a la percepción acerca del modelo de competencia cultural de Purnell, de los resultados obtenidos se pudo observar situaciones de discriminación por raza y costumbres, así mismo se pudo demostrar que debido al idioma de la comunidad, el personal de salud no puede comunicarse de manera fluida con los usuarios, otro tema importante para resaltar son las costumbres religiosas de los musulmanas que limitan la atención de las mujeres. En conclusión afirmaron que para tener una atención primaria exitosa con respeto a la cultura, se debe implementar programas de capacitación al personal de atención respecto a la competencia cultural.

Gallardo et al. (2015) en su tesis “Salud Intercultural: ¿Utopía O Realidad? Aplicación del Programa de Salud Intercultural desde las Vivencias y Perspectivas de Usuarías/os Mapuche y Profesionales de San Jose de La Mariquina, Region de los Rios, 2015” investigaron la aplicación del programa de salud intercultural desde las vivencias y perspectivas de usuarias/os mapuche y profesionales. Esta investigación tuvo el objetivo de conocer y explorar las vivencias y percepciones de usuarias/os Mapuche y Directivos respecto a la aplicación del Programa de Salud Intercultural, identificando la manera en que los profesionales matrones y matronas (obstetras) abordan la salud sexual y reproductiva.

Con esta investigación se evidenció que no existe en el centro de salud de Marquina y la Machi, protocolos o procedimientos que incluyan la atención intercultural, agrandando la brecha de insatisfacción a la atención en salud, no se aborda en profundidad la Salud Sexual y Reproductiva de los pueblos originarios, otorgándose débilmente la valoración e impacto cultural que este conlleva.

Peñañiel (2016) en su tesis “Impacto de la integración intercultural al sistema de salud en usuarios internos y externos del hospital Divina Providencia en el cantón San Lorenzo en Esmeraldas de septiembre 2015 a enero del año 2016” investigó el impacto de la integración de la interculturalidad al sistema de salud caso Hospital Divina Providencia en el Cantón San Lorenzo en Esmeraldas-Ecuador. Los resultados indican la correcta aplicación de políticas interculturales en salud y de las adecuaciones físicas del lugar, que motivaron a los usuarios externos a realizarse tratamientos para mejorar su salud. En el hospital analizado, la población analizada tiene bajo nivel educativo, no completaron el esquema de vacunación, los niños menores de cinco años eran anémicos, etc. Así mismo, determina que las políticas aplicadas en las áreas de salud rompieron barreras culturales haciendo uso de la medicina formal y las creencias de la comunidad, disminuyendo el índice de morbilidad, quedando demostrado que la medicina ancestral como la atención formal son producto de la integración en donde las ventajas superan las desventajas.

2.1.2. A nivel nacional

Aliaga (2002) en su tesis de maestría “Imágenes de usuarios entre los profesionales de servicios de salud reproductiva en San Juan de Lurigancho: límites y posibilidades para los programas de mejoramiento de la calidad” tuvo como finalidad de contribuir al diseño de estrategias más eficaces que eleven la calidad de los servicios investigó de manera cualitativa las dimensiones sociales de la relación entre usuarias, usuarios y proveedores de Centros de Salud de San Juan de Lurigancho

- Lima, reconstruyendo las imágenes sociales como prejuicios y estereotipos de parte del usuario, así como del prestador del servicio, previas a la interacción que los proveedores de salud tienen de los usuarios y usuarias.. Entre los resultados más importantes se encontró que estas imágenes cuestionan el paradigma de la obediencia y la estratificación de clase. Así mismo, identificó que estas imágenes tienden a reproducir las inequidades de la sociedad global en la atención de salud, tendientes a brindar atención diferenciada por condición económica, siendo los perjudicados los de estratos inferiores.

Alarcón et al. (2003) en su artículo especial “Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales” mostraron que, en las últimas décadas la interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud. Así mismo, manifiestan que, el tema de la pertinencia cultural en el proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico, pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de atención en salud. Esta misma situación se repite en todos los países con elevada tasa de migración interna.

Echarte (2015) en su estudio para optar el grado de enfermera “Comparación de la atención sanitaria al niño sano entre Churcampa (Perú) y Navarra” tomando la experiencia generada en la provincia de Churcampa, Huancavelica – Perú dieron a conocer los primeros avances de la operativización del modelo del promovido por el Ministerio de Salud, para la atención integral de salud basado en familia y comunidad. Su trabajo se fundamenta en la universalización del derecho a la salud y se vincula con la Atención Primaria de Salud, tal como fue concebida originalmente en Alma Ata como el cuidado integral de la salud para todos y por todos. Concluyen que, el derecho a la salud en el primer nivel de atención se cumple siempre y cuando se organicen equitativamente los

recursos, se garantice su universalidad, se aborde con integralidad, se desarrolle con calidad y se articule con la población.

Pérez (2015) en su estudio “La calidad de servicio en la consulta externa de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo, desde la percepción del usuario externo”, encuestó a los diferentes actores de la atención en salud, obteniendo como resultados que 72.8 % tienen una satisfacción leve moderada, así mismo el 72.4 % se encuentra insatisfecho con la confiabilidad, igualmente pudo identificar que la poca información que brinda el personal a la hora de la atención es un factor que genera mucha insatisfacción. Finalmente encontró que la respuesta rápida (atención) es la que presenta mayor importancia para los usuarios.

En conclusión la calidad de servicio fue percibida por los usuarios externos como insatisfactoria, identificando (además) oportunidades de mejora en cuanto a la información de la hora de atención, cumplimiento de los horarios, atención oportuna, amable y personalizada a los usuarios. Así mismo, este estudio pone énfasis en la falta del enfoque intercultural en la relación de los prestadores de servicios con los mismos usuarios; ya que, estos últimos perciben y sienten con escases un ambiente de confianza, atención oportuna, entre otros.

Biffi (2016) en el libro realizado en colaboración con el Ministerio de Cultura “Buenas prácticas Interculturales en la gestión pública: Experiencias 2014-2015” analizó diecinueve experiencias de interculturalidad en la gestión con la particularidad de respeto y valoración a la identidad cultural e idioma. Al respecto pudo evidenciar que una de las prácticas mejor desarrolladas en la atención pública fue el idioma, puesto que gracias al conocimiento de los diferentes idiomas de nuestro país se puede fomentar una comunicación fluida entre los prestadores de servicio y el usuario, acortando las brechas de comunicación.

Otro componente fue las prácticas interculturales, que permitió promover la fiscalización de la calidad de servicio, así como exigir se respete sus derechos fundamentales, con participación ciudadana para la formulación

de políticas públicas. La aplicación de este componente sensibilizó tanto al usuario como al servidor para mantener un respeto mutuo y de esta forma erradicar la discriminación por cultura, costumbres, raza e idioma. Las buenas experiencias del proceso de implementación de la gestión intercultural, se puede visibilizar desde el inicio del proceso hasta los resultados obtenidos, los cuales se pueden replicar en otras regiones del país.

Por otro lado, la investigación demostró la importancia de promover en los servidores de salud la interculturalidad, empezando por el idioma, lo que permite una comunicación clara con el usuario, el idioma apertura el respeto a las costumbres y cultura.

Pérez (2015) también recomienda construir un instrumento que permita recabar información de las necesidades de la población referente a la interculturalidad, estilos de vida y lo que espera de la gestión de salud, con todo ello se espera mejorar las prácticas de salud enfocado a la interculturalidad. En consecuencia este enfoque garantiza el acceso universal a los servicios de salud que brinda el estado, por lo tanto se recomienda promocionarlo concientizando a cada uno de los servidores públicos.

Pintado (2016) en su tesis para optar el título de Magíster en Ciencia Política y Gobierno con mención en Políticas Públicas y Gestión Pública “La implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas : la tensión entre la atención al VIH-SIDA y el enfoque intercultural” estudió la implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas. A partir del estudio de caso, concluye, que si bien existieron políticas y programas concretos que se implementaron entre los años 2011-2014, en el Centro de Salud Nieva, éstas no contemplaron elementos de adecuación y pertinencia cultural en sus diseños. Por el contrario, se trató de una Estrategia Nacional y de un Programa local basado en una planificación centrada en el cumplimiento de metas

cuantitativas, donde la salud intercultural no era un criterio de evaluación del personal de salud ni sumaba como parte de las principales actividades a rendir.

Asimismo, la preponderancia que asumió el enfoque de interculturalidad en el diseño de las políticas identificadas y en los diferentes instrumentos de gestión de salud vinculante al VIH-Sida, fue sólo denominativa y conceptual, pese a la exigibilidad de la transversalización del enfoque. Es por ello, que persistió la ausencia de criterios para su operatividad, así como de indicadores que orienten el proceso de implementación, y consecuentemente su evaluación. Ello en su conjunto dificultó el adecuado despliegue del servicio en comunidades indígenas awajún. Esa misma ausencia de interculturalidad se reproduce también en cada una de las fases del Programa de ITS/VIH-Sida que se implementó desde el C.S. Nieva, principalmente en el diagnóstico y el tratamiento, las mismas que no consideran a la interculturalidad como una estrategia.

Es por ello, la presencia de actitudes de rechazo a las pruebas rápidas y al TARGA, pese a ser gratuitos. A saber, hasta fines del año 2014, de los 152 casos diagnosticados con la enfermedad, sólo 20 pacientes recibieron el tratamiento y fueron consecuentes en el cumplimiento del esquema médico, 42 de ellos recibieron el tratamiento pero lo abandonaron en el camino, y poco más de la mitad se rehusaron, no sólo a recibir el tratamiento, sino también a aceptar la presencia de la enfermedad en su cuerpo, asociándolo a causas espirituales como la chamanería.

También podemos mencionar a los prejuicios y construcciones mentales previas que los awajún tienen sobre el personal de salud y el servicio que ofrecen. Sobresalen sentimiento de desconfianza, inseguridad, desconocimiento y hasta miedo y vergüenza, que hace que la población nativa acuda poco a hacer uso del servicio. Paralelamente, también identificó percepción y construcciones previas por parte del personal de salud hacia los nativos, quienes son considerados como inconsecuentes, prejuiciosos, descuidados, no hablan el castellano, etc. En estas

relaciones discordantes resurgen relaciones hegemónicas y subalternas no sólo entre el personal de salud y los pacientes, sino también entre el sistema de la medicina biomédica y el sistema de medicina alternativa. La cuestión con las normas técnicas y los protocolos de atención también fueron un factor limitante durante la ejecución del programa. Éstos resultaron ser poco específicos y muy estandarizados, consecuentemente inconexos para la realidad local. A ello se suma la ineficacia del enfoque biomédico, que contempla a la enfermedad individualmente, frente a un contexto donde el proceso salud-enfermedad es grupal y parte de su vida cotidiana.

El modelo de interculturalidad a través de los años ha sido muy promocionado, sin embargo poco aplicado debido al bajo compromiso de los administradores de salud, otro problema es el escaso conocimiento de la realidad, puesto que las políticas públicas se redactan desde un gabinete y se realizan de manera general para todo el país o en su defecto para toda una región.

Ello se debe a las limitaciones para definir adecuadamente el problema público, así como los límites en el mismo diseño institucional del sector. La escasa capacidad de los directivos públicos para tomar decisiones estratégicas orientadas a la adecuación y pertinencia cultural del programa durante la implementación, también fue una característica que ha limitado la adecuada aplicación del enfoque de interculturalidad desde el C. S. Nieva. Todos ellos provenían de un desempeño eminentemente asistencial más no de campos administrativos y de gestión, con escaso conocimiento sobre estrategias de interculturalidad en salud. En ese sentido, concluye que la poca claridad en la ruta estratégica se debió a la inexperiencia en materia de gestión por parte de los directivos. La complejidad del contexto también ha influido significativamente. Sobre ello encontró que poco se tomó en cuenta, desde los niveles altos de la política, las condiciones y características propias del contexto indígena.

Contrariamente se ha marchado bajo un diseño con una visión culturalmente homogenizante del país.

La incipiente adecuación y pertinencia cultural de los servicios de salud agravaron aún más la variable étnica, generando como consecuencias la desigualdad y exclusión social. No menos importante, como una posible consecuencia, está relacionado al hecho de que la categoría de interculturalidad siga viéndose como una herramienta técnica y de gestión mas no como una apuesta política que demande a la vez un debate más que técnico, político. Finalmente, evidencia que en el sector salud hay vacíos en materia de salud intercultural y capacidades estratégicas interculturales. Esto ha agudizado la incomprensión y en ocasiones la discriminación hacia las poblaciones indígenas, cuyas concepciones culturales se confrontan con los planteamientos políticos de salud desde la capital.

Ello ha generado desencuentros y choques de visiones que han afectado tanto la calidad como la viabilidad del servicio de salud. Además, de dificultar el real acceso al derecho a la salud por parte de las poblaciones indígenas. Asimismo, ha demostrado que efectivamente los gestores públicos que trabajan en el sector salud en la Amazonia tienen limitadas capacidades estratégicas para aplicar el enfoque intercultural en el proceso de implementación de políticas de salud sobre ITS y VIH-Sida (en particular). Estos actúan bajo un modelo de racionalidad limitada, el mismo que repercute en los resultados esperados de las políticas de salud diseñadas desde el nivel central.

Campos (2017) en su tesis de maestría “El modelo de gestión y participación de actores involucrados en la pertinencia cultural de los servicios de salud en la provincia de Churcampa (Huancavelica)” se menciona que el modelo de gestión y participación de actores involucrados en la pertinencia cultural de los servicios de salud en la provincia de Churcampa (Huancavelica). Identificó el contraste de las características de la prestación de los establecimientos de salud con los

criterios establecidos por el Ministerio de Cultura (MC) en torno a la pertinencia cultural en los servicios públicos, pues manifiesta que las usuarias expresan, principalmente, irrespeto a sus prácticas culturales durante el parto y puerperio, así como la demanda del uso del quechua por parte del personal de salud y a la información para la elección de la posición en la que desea dar a luz. Concluye que existe contradicción entre el discurso institucional y los informantes claves, gestores del proyecto analizado. Es decir, mientras la adecuación cultural es resultado de la adaptación del servicio para atraer usuarias(os) y cumplir la cobertura de atención en la jurisdicción asignada; la pertinencia cultural es entendida como el desarrollo de acciones en el servicio de salud que responden a la garantía de derechos de los(as) usuarios(as), enfocándose en la diferencia culturales.

Tambo (2018) en su estudio de posgrado “Gestión de los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural para Comunidades Nativas del Departamento de Madre de Dios- 2018” al implementar un instrumento con cuatro dimensiones concluye que: “La Gestión de los Servicios con enfoque de interculturalidad es deficiente (60%), sólo el 11.1% de los recursos humanos de la DIRESA presentan capacidades suficientes en salud intercultural. Más del 88% de los entrevistados señalan que la planificación y asignación de presupuesto se realiza de forma deficiente o regular; un servicio de salud con pertinencia intercultural, es aquel que reconoce, valora y respeta la diversidad cultural, utilizando la lengua de los usuarios (as), respetando los rituales propios de cada cultura, informando sobre la enfermedad con respeto a sus interpretaciones, adecuando la señalización en los establecimientos de salud de acuerdo a su idioma.

Actualmente, la atención intercultural en los servicios de salud brindado por los establecimientos de salud que coberturan población de Comunidades Nativas es calificado por los entrevistados como deficiente (73.3%). Finalmente, el estudio revela que sólo el 20% del personal de la

DIRESA – Madre de Dios califica la infraestructura, equipamiento y mobiliario de los establecimientos de salud como adecuado para brindar los servicios de salud con enfoque intercultural para las comunidades nativas en el departamento de Madre de Dios.

Valencia (2018) en su tesis para optar el grado académico de Doctoris Scientiae en Ciencias Sociales “Interculturalidad en relación al uso de la Medicina Tradicional en la provincia del Cusco”, pudo observar que el proceso general de aplicación intercultural en salud, aún no culmina o llega a resultados finales significativos. A pesar de que existe la propuesta y la intención de los establecimientos de salud, aún no se asume el compromiso pleno de relevar el enfoque de la interculturalidad, que implica el diálogo entre los conocimientos científicos y profesionales con el uso de la medicina tradicional propio de la visión del ande.

2.2. Modelos Conceptuales Basados en Evidencias sobre la Realidad

Problema

2.2.1. Modelo de Promoción de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (1978) definió el modelo de Promoción de la Salud; este engloba distintos aspectos de la vida, como el comportamiento de las personas, sus estilos de vida, su medio geográfico, aspectos que tienen que ver con el nivel económico, creencias, costumbres u otros; que tienen que ver y en gran medida con la cultura de los grupos humanos; por ende, hablamos de un modelo complejo, fundamental e importante, a continuación, mostraremos definiciones, alcances, explicaciones acerca de este modelo.

La conceptualización de Promoción de la Salud está basada en brindar los medios a los pueblos y/o comunidades para lograr una cultura de salud, es decir mejorar el ambiente en que se desarrolla la persona, familia, comunidad logrando estilos de vida que contribuyan a favorecer la salud y la calidad de vida, pero la Promoción de la Salud es parte de la historia de la Salud y tiene antecedentes importantes. El término Promoción de la Salud fue planteado por vez primera en el año 1945, cuando Henry E.

Sigerest definió las cuatro tareas esenciales de la medicina: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación. En 1,974, la Promoción de la Salud se presenta como un área de trabajo organizada a través de un documento del ministro de Salud de Canadá, denominado "Una Nueva Perspectiva de la Salud de los Canadienses", conocido como el Informe Lalonde. Este informe considera a la Promoción de la Salud como una estrategia gubernamental, dirigida a la resolución de los problemas de salud y proponía acciones que tenían que ver cambios del estilo de vida o comportamientos, como el consumo de tabaco, alcohol, dieta, comportamiento sexual, etc.

Esta propuesta incluye la acción comunitaria con la finalidad de actuar sobre distintos escenarios en los que las personas viven cotidianamente. En 1978, se suscribió la Declaración de Alma-Ata, en la que se expresa la necesidad de un compromiso nacional e internacional por la atención primaria en salud. En la declaración se enfatiza que la salud de las personas es un derecho humano universal y fundamental, y no un privilegio de pocos. La promoción de la salud tiene tres componentes esenciales: a). Buena gobernanza sanitaria, donde requiere que los formuladores de políticas ubiquen como la salud como un aspecto central, b). Educación sanitaria, para el empoderamiento de la población que le permita elegir opciones saludables, por ejemplo, con respecto a su alimentación y a los servicios de salud que necesitan y c). Ciudades saludables, el liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y en los centros salud que implican la atención primaria.

Según el MINSA (2006) "El Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud" en el caso peruano, el modelo consideró el desarrollo humano como fin último a alcanzar por la promoción de la salud y trata de recuperar la integridad del ser humano al momento de estructurar la respuesta social

en salud, colocando a la persona y su familia como el centro, respetando la realidad heterogénea del país. El modelo de abordaje de Promoción de la Salud tiene como estrategia importante la participación ciudadana en los distintos escenarios, con énfasis en los niveles más locales, potenciando el proceso de descentralización; reconoce a las personas en su carácter multidimensional, como seres biopsicosociales, inmersos en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y ecológicas.

Este punto de vista esta ligada a la población, con y hacia la cual se dirigen las acciones de promoción de la salud, desarrollando habilidades personales y redes sociales que le permitan generar cambios y tener un mayor control sobre los determinantes que influyen en su salud. El Modelo cuenta con cinco lineamientos: a). Desarrollo de alianzas intra e intersectoriales para la promoción de la salud. b). Mejora las condiciones del medioambiente. c). Promover la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía. d). Reorientar los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud. e). Reorientación de la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo de la comunidad.

Por otro lado, el Modelo considera tres enfoques transversales: Enfoque de Equidad y Derechos en Salud, Equidad de Género y Enfoque de Interculturalidad. Para lo cual considera como estrategias la Abogacía y Políticas Públicas, Comunicación y educación para el Desarrollo, Participación Comunitaria – Empoderamiento Social e Intersectorialidad. Su trabajo es a nivel individual y comunitario en diferentes escenarios y etapas de vida diversificando los ejes temáticos principales.

Figura 1

Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud

ENFOQUES TRANSVERSALES	ESTRATEGIAS	POBLACIÓN SUJETO DE INTERVENCIÓN				ESCENARIOS (entornos saludables)	EJES TEMATICOS (comportamientos saludables)	
EQUIDAD Y DERECHOS EN SALUD	ABOGACIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS	FAMILIA	ETAPAS DE VIDA				VIVIENDA	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
			N I D O Ñ O	A D U L T O	A D U L T O	M U N I C I P I O S		HIGIENE y AMBIENTE
COMUNIDAD	E N T	M A Y					ACTIVIDAD FÍSICA	
EQUIDAD DE GÉNERO			COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD				INSTITUCION EDUCATIVA	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
	PARTICIPACIÓN					MUNICIPIOS	HABILIDADES PARA LA VIDA	
							SEGURIDAD VIAL Y CULTURA DE TRÁNSITO	

Nota: Adaptado de Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud – MINSA 2006

En el 2017, el Ministerio de Salud aprobó los lineamientos de política de atención primaria en salud amparados en cuatro enfoques: a) Enfoque Territorial, b) Enfoque de Equidad en Salud, c) Enfoque de Derechos Humanos y, d) Enfoque de Interculturalidad. Así mismo, el marco conceptual renueva la definición de atención primaria de la salud como el cuidado de la salud, a través de intervenciones en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, en los diferentes niveles de atención (MINSA, 2017, p. 19).

A. Modelo de Cuidado Integral de Salud por cursos de vida para la persona, familia y comunidad (MCI). El MINSA (2020) publicó la Resolución Ministerial N°030-2020/MINSA; el modelo considera la salud como un derecho humano, por tanto es responsabilidad del Estado garantizar el cuidado integral para las personas, familias y comunidad; la gestión sanitaria y gestión de recursos; la organización de las personas y servicios involucrados en el cuidado integral; el financiamiento de la salud y las estrategias para que los equipos de salud puedan brindar cuidados en los diferentes escenarios donde las personas desarrollan sus vidas cotidianas, contribuyendo a un mejor nivel de salud del País. El autocuidado, que parte del cuidado integral, debe entenderse como parte de la responsabilidad del Estado, de darles a las personas las responsabilidades para ello vía educación. El Modelo concibe las acciones del cuidado de la salud en función de los atributos de la Atención Primaria en Salud (APS).

Accesibilidad: Oportunidad de utilización de los servicios de salud, por ausencia de barreras económicas, geográficas, organizacionales y culturales.

Primer contacto: Es inherente a la organización de los servicios sanitarios en niveles de atención. Cuando una persona tenga un problema de salud, debe existir un punto de entrada, este punto de entrada debe ser útil y accesible con capacidad resolutoria que responda a sus necesidades de salud.

Longitudinal: Posibilidad de lograr una atención en salud permanente en el tiempo, así como regularidad en la relación entre el usuario y un proveedor estable de los servicios de salud.

Integralidad: Conjunto de servicios disponibles que permitan cubrir las necesidades y problemáticas en salud de los diversos grupos que conforman la población usuaria. Incluye los diversos componentes de la atención en salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Coordinación: Existencia de mecanismos de comunicación, referencia y contrareferencia entre los diversos proveedores de servicios para evitar fragmentación en la atención en salud.

Cuidado integral de la Salud: Incluye toda gama de intervenciones basada en evidencias derivadas de la investigación sistemática orientada a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en el curso de vida de las personas.

Foco de Intervención: La persona, la familia y la comunidad, considerando sus necesidades y expectativas, estableciendo una adecuada relación con el equipo multidisciplinario de salud, instituyendo corresponsabilidad en el cuidado de la salud.

Continuidad del Cuidado: Corresponde al grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud.

Formación profesional: Formación de recursos humanos en salud que conforman el equipo multidisciplinario por las universidades del país con competencias en atención primaria de salud para facilitar el

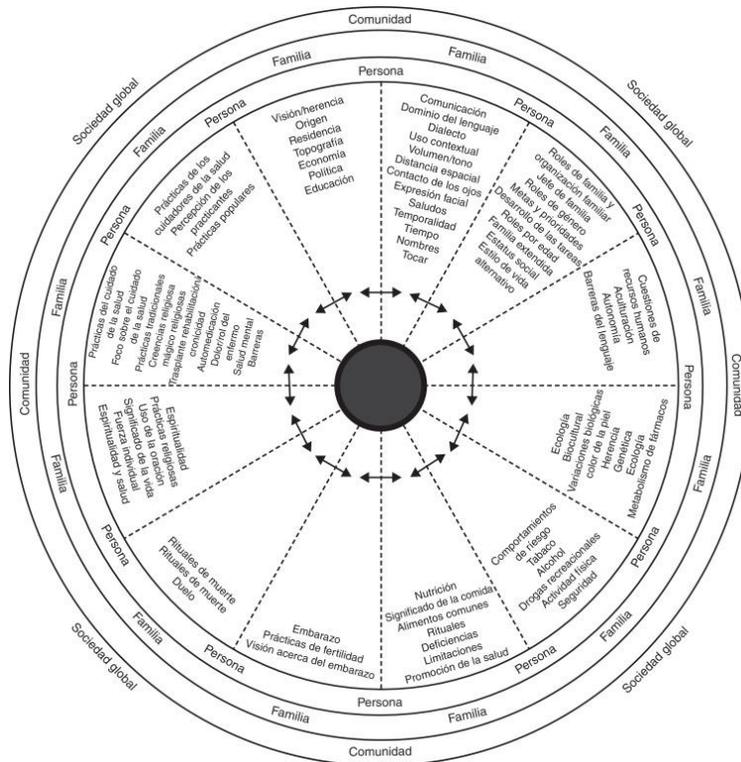
cumplimiento de sus atributos, desde el pregrado. Este Modelo tiene como enfoques transversales al Enfoque de Derechos, Enfoque de Cursos de Vida, Enfoque de Género y Enfoque de Interculturalidad.

B. *Modelo de Competencia Cultural de Purnell.* Prunell desarrolló un modelo estructural basado en doce dominios interrelacionados que constituyen características primarias y secundarias del individuo y su cultura. Su caracterización y análisis permiten tener un amplio panorama de información cultural acerca del paciente que el personal de salud pueda brindar cuidados adecuados para pacientes de diferentes culturas; para ello el autor ha denominado a estas como características primarias y secundarias de diversidad que son analizadas tomando en cuenta la sociedad global, la comunidad, la unidad familiar y la persona. Las primeras consideran la nacionalidad, origen étnico, color de piel, género, edad y filiación religiosa; en tanto que, las segundas consideran el estado o nivel socioeconómico, nivel de educación, ocupación, creencias políticas, régimen político de

Estado, lugar de residencia (urbana o rural), estado físico, género, estado civil y condición de migrante (Purnell, 1999).

Figura 2

Modelo de Competencia Cultural de Purnell



Nota: Adaptado de *Modelo de Competencia Cultural de Purnell*, Purnell 1990

C. Modelo de Atención Integral en Salud. El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) es el conjunto de lineamientos, fundamentados en principios, que orienta la forma en que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), se organizó, en concordancia con la población, para implementar acciones de vigilancia del medio ambiente, promocionar la salud, prevenir las enfermedades, vigilar y controlar el daño, y brindar una atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad a través del ejercicio de su papel rector, la gestión transparente de los

recursos y la participación social, en los diferentes niveles de atención y red de servicios.

La introducción del enfoque intercultural en el Modelo de Atención Integral de Salud conllevó a un proceso de negociación y mediación permanente con las autoridades tradicionales, que permitió establecer las bases de los cambios en las acciones de salud. Esto significó un reconocimiento abierto a la necesidad de construir espacios de participación y trabajo intersectorial con las comunidades indígenas, siendo recomendable en algunos casos, la instalación de Mesas Comunales de Salud Intercultural para abordar reflexivamente las discusiones y propuestas de trabajo (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [MSPAS], 2009, p. 20).

- D. Modelo de Atención Integral basado en Atención Primaria de Salud (MAPIS).** Ruiz et al. (2011) en el departamento de Santander, Colombia, en el año 2004 se puso en marcha el Modelo de Atención Integral Basado en Atención Primaria de Salud (MAPIS) fundamentado en tres pilares: la definición de Alma Ata, los atributos de la Atención Primaria en Salud (APS) propuestos por Starfield y los elementos de la APS integral y renovada.

Así, la APS en Santander parte de involucrar a todos los actores del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud-(SGSSS), (reorientación de actores); y retoma la regionalización (territorialización por provincias), con el propósito de desarrollar acciones específicas y facilitar la gestión en el amplio territorio del Departamento. Finalmente, el modelo concibe la intersectorialidad como el componente central y la participación comunitaria como el eje integrador del MAPIS. En su estructura organizativa el MAPIS se propone como un modelo de gestión de la política pública en salud para lo cual el Departamento centra su tarea hacia los municipios en: gestionar la implementación del MAPIS; articular el modelo entre el ámbito departamental y municipal y; hacer concurrencia financiera y

complementariedad en el recurso humano como un incentivo para que los municipios adopten el MAPIS en sus planes de salud en todo el territorio.

Según la opinión de Medicus Mundi Navarra Delegación Perú de Salud Sin Límites Perú, 2012, la atención de salud comprende fundamentalmente la atención médica convencional, sin embargo desde una visión holística comprende al individuo y a su familia y a toda la comunidad que se interrelaciona con sus costumbres y estilos de vida.

Modelo de Atención de Salud Integral e Intercultural de las cuencas de los ríos Pastaza, Corrientes, Tigre, Marañón y Chambira, en la región Loreto 2017-2021. ***El Modelo aprobado mediante N°594-2017-MINSA, partió de un diagnóstico de la situación socio sanitaria de la población que se encuentra en su ámbito de influencia. Este identificó cinco problemas que disminuyen las capacidades cognitivas y productivas de los ciudadanos y, con ello, afectan la calidad de vida.***

Los problemas identificados fueron: habitabilidad de la población en un entorno de alto riesgo donde está permanentemente expuesta a emergencias y riesgos sanitarios por desastres antropogénicos provenientes de derrames de petróleo y brotes epidémicos, dificultad de acceso a servicios públicos de mayor complejidad debido a su dispersión geográfica y a las dificultades geográficas para transportarse; así mismo, la cobertura de estos es baja en relación a la demanda de la población. Así mismo, la poca valoración de concepciones, valores y prácticas de la salud indígena para la gestión, organización y prestación de los servicios de salud; además del déficit de servicios públicos en cantidad y calidad, especialmente en materia de salud, educación, agua apta para el consumo y saneamiento básico que condicionan la prevalencia de la desnutrición crónica, la anemia, enfermedades metaxénicas, así

como las enfermedades infecciosas y parasitarias, además de mantener una alta tasa de mortandad tanto en madres como en neonatos.

En función a los problemas identificados, se propone un plan de acción que abarca 5 años, durante el cual se implementará una gestión de salud con enfoque en la interculturalidad, con el cual se asume que debe mejorar todos los servicios de salud. Este modelo involucra también a la comunidad, mediante una gestión participativa, quienes trabajan coordinadamente con las Instituciones prestadoras de salud (IPRESS) para priorizar aspectos de salud que afectan a la comunidad, por ejemplo (exposición a los metales pesados, la falta de agua potable, emergencias sanitarias, entre otros), los cuales pueden variar de una población a otra. A opinión de la Defensoría del Pueblo una adecuada implementación de este modelo de trabajo, beneficiaría directamente en la salud, calidad de vida y oportunidad de desarrollo a toda la población (Defensoría del Pueblo, 2018).

E. Modelo de Gestión Intercultural Ecuatoriana en la Atención Primaria de Salud. Dra. Lourdes Almeida Vera y Dr. Luis Almeida Vera (2014) investigaron , desde el punto de vista epistemológico, el en Ecuador, en la provincia del Guayas, proceso de atención primaria en el sistema de salud pública, basados en la medicina ancestral, enfoque interdisciplinar entre las ciencias médicas y sociales, a la vez que observa al ser humano desde el concepto mente-emociones-cuerpo, con la presencia de muchas plantas sagradas o mágicas como los enteógenos (plantas con propiedades psicoactivas), logran autoidentificación cultural con el proceso de terapias tradicionales y alternativas en la atención sanitaria, relacionado con el sistema biomédico oficial de salud integral, con enfoque holístico, familiar, comunitario e intercultural, basado en el respeto a las particularidades y peculiaridades étnicas. Se definen diferentes criterios y enfoques asumidos por los profesionales de la salud, que favorecen la

apropiación de una lógica en el pensamiento científico, lo cual contribuye al equilibrio psiconeuroinmunoendocrinológico, que alcanza el *ally kawsay* o buen vivir de la población ecuatoriana, de acuerdo con el artículo 360 de la Constitución de la República del 2008, las terapias tradicionales y alternativas en la atención sanitaria, con vistas a brindar a la población una atención de salud integral con enfoque holístico y familiar comunitario, entender el proceso salud/enfermedad como un sistema de relaciones de adaptación sociocultural y espacio de lucha de significaciones. (Almeida Vera & Almeida Vera, 2014)

F. *Determinantes Sociales de la Salud.* Las circunstancias sociales y económicas deficientes afectan la salud durante el curso de vida.

En este sentido las personas que están en los estratos sociales más bajos, por lo general, tienen el doble riesgo de sufrir enfermedades graves y no acceder a respuestas oportunas y de calidad, que quienes están en los estratos sociales más altos, esto se traduce en situaciones de inequidad y desigualdades que deben ser reconocidas y abordadas con estrategias diferenciadas y focalizadas. Así mismo este enfoque es fundamental para la generación de políticas de salud pública, puesto que permite distinguir los determinantes próximos (modificables) sobre los que habría que intervenir para mejorar las condiciones de salud de los pueblos indígenas. Su idea central es que la situación de salud de las poblaciones está determinada por las condiciones sociales y económicas en que vive la gente: la pobreza, la injusticia social, el déficit de educación, falta de seguridad alimentaria, la marginación social y la discriminación, la protección insuficiente de la infancia temprana, las pocas oportunidades para los jóvenes, la vivienda insalubre, el deterioro urbano, los déficit de acceso a agua potable, la violencia generalizada, las brechas en el acceso y cobertura de los sistemas de seguridad social; y que los servicios de salud y su organización son sólo uno de los factores que

influyen sobre tal situación. Por lo mismo, para la definición de políticas públicas en salud resulta ineludible conocer cómo se comportan tales determinantes de la salud-enfermedad. Más aún, desde una mirada de salud colectiva es también prioritario conocer las prácticas de las poblaciones en torno a ellos y el conjunto de significados inherentes a ellas. Nada más relevante, cuando lo que se quiere enfrentar es el conocimiento de la salud de pueblos diferenciados culturalmente y con tradiciones médicas propias.

Por tanto, el abordaje en salud mental desde un enfoque intercultural hace necesario reconocer no solo las culturas de los territorios donde trabajan los equipos de salud sino además como los determinantes sociales de la salud se presentan en estos territorios, condición necesaria para una atención y real comprensión de su forma de entender y de relacionarse con las personas, con la comunidad, con el universo que los rodea y de los que forman parte. (MINSAC, 2016, pp. 21, 22)

G. Teoría Transcultural - Modelo del Sol Naciente. Siles et al. (2001)

En el año 1970 Leininger construyó un elaborado diagrama denominado “sol naciente” (figura 3) donde se representan los componentes del cuidado cultural congruentes, la mitad superior representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influyen en los cuidados y salud por medio del lenguaje y el entorno. Estos factores influyen en los sistemas enfermeros que se encuentran en la parte central del modelo; las dos mitades unidas forman un sol entero que significa el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud. El modelo del sol naciente describe a los humanos como personas que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno. Se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área

principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura. Así mismo, Leininger afirmó que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura.

Figura 3
Cuidados Culturales Congruentes



magen

2.2.2. Otras Bases Teóricas.

A. **Interculturalidad.** El concepto de interculturalidad aparece en la década de los noventa fundado en el horizonte ético de la necesidad de comprensión entre pueblos y culturas diferentes, así como en la necesidad de establecer relaciones igualitarias y de comprensión mutua que supere los obstáculos de comunicación, estatus, poder y economía de poblaciones cuyas diferencias se expresan en términos culturales. (Diez, 2011, p. 15)

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud acompañado de Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud y la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, en un informe sobre Cultura, barreras culturales y herramientas Interculturales, esta última la define como el modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido. (Gobierno Federal de México, s.f. p. 25).

Albó (como se citó en Escobar, 2013, p. 9) refiere que la interculturalidad se refiere sobre todo a las actitudes y relaciones de las personas o grupos humanos de una cultura con respecto a otro grupo cultural, a sus miembros o a sus rasgos y productos culturales.

Así mismo; siguiendo la referencia anterior, Escobar menciona que para el fortalecimiento de capacidades en interculturalidad del personal de salud era necesario reconocer tres actitudes frente a este concepto: actitud “hacia adentro” es aquella que se pretende lograr en este proceso con el personal de salud de todos los niveles como condición imprescindible para que se produzca, por parte de los individuos y los grupos, una relación de interculturalidad que no quede en las formas. Para que la actitud “hacia arriba” se dé, el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de generar procesos de empoderamiento de los modelos médicos populares, tradicionales y alternativos a través de sus agentes

con un fortalecimiento de sus propios conocimientos y prácticas, niveles efectivos de participación de la población, niveles progresivos de autonomía. Para que se establezca la actitud de interculturalidad “hacia abajo”, es imprescindible que la medicina oficial reconozca la existencia de distintos modelos o sistemas médicos que responden de diferente manera a las necesidades de salud de la población..

Albó (como se citó en Escobar, 2013, p. 11-12) plantea que las relaciones interculturales pueden ir desde las relaciones conflictivas y “destructivas del otro” hasta las de entendimiento y enriquecimiento en el contacto. En las primeras sitúa el tipo de interculturalidad negativa, la cual tiene la siguiente gradación: la que lleva a la destrucción de una de las partes; la que lleva a la disminución de una de las partes “por subyugarla o por crear dependencias que impiden el crecimiento”; la que, por distanciamiento o por prescindir del otro, lleva a la limitación de las relaciones. El segundo tipo de interculturalidad es la positiva, que también contiene gradaciones: la que, sin tener una mutua aceptación, llega a la simple tolerancia y aquella que lleva al enriquecimiento cultural de las dos partes mediante una actitud de mutuo entendimiento e intercambio. Teniendo presente que el principal obstáculo para la verdadera interculturalidad es la estructura social, económica y de poder, donde existen grupos subordinados y oprimidos, Albó señala que, para fortalecer la interculturalidad positiva, hay cuatro actitudes interculturales que se deberían reforzar: Primero, la actitud hacia adentro, para fortalecer individual y grupalmente la propia identidad. Segundo, la actitud hacia arriba, una manera de acercarse al “otro” desde los grupos oprimidos. Sólo será una actitud intercultural positiva cuando no implique el rechazo de la propia cultura ni tampoco la imitación servil de todo lo que hacen los de arriba, sino una apropiación selectiva de aquellos rasgos culturales que le parezcan buenos para su propio fortalecimiento. Tercero. la actitud hacia abajo, que es el acercamiento al “otro” desde una situación de mayor poder. Es, dice, la más difícil pero la más necesaria para establecer relaciones de equidad

en la sociedad, teniendo que romper con las formas de discriminación y de paternalismo para que sea realmente positiva. y Cuarto, que considera la actitud ideal, es la interculturalidad hacia el centro, donde todos los actores se aceptan a sí mismos, tienden un puente hacia los otros y todos se encuentran en el centro de una sociedad realmente pluricultural.

La interculturalidad se entiende como el reconocimiento y respeto de las diferencias culturales existentes, bajo la concepción de que las culturas pueden ser diferentes entre sí, pero igualmente válidas, no existiendo culturas superiores ni inferiores. La interacción entre culturas puede caracterizarse por presentar relaciones asimétricas o simétricas, identificándose algunos resultados posibles como:

- Rechazar, subestimar, ignorar y excluir
- Asimilar y subordinar
- Respetar y articular

El primer y segundo resultado muestran una correlación diferenciada, uno expresa la discriminación a la cultura y por ende resta beneficios a este grupo de personas, sin embargo el siguiente valora el respeto a la interculturalidad, donde se comparte experiencias mediante un diálogo horizontal donde ambos comparten vivencias y articulan soluciones.

En ese sentido la universalización de la gestión intercultural, involucra a todos los programas sociales que desarrolla el esyado se enfoquen en el respeto a la cultura de los pueblos, a su idioma, por tanto mediante una consulta previa bien informada los pobladores pueden decidir la intervención de ciertos proyectos que afecten su estilo de vida (Defensoría del Pueblo, 2015, p. 26).

B. *Interculturalidad en Salud.* Almaguer, Vargas & García (2007) definen por Interculturalidad, al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de

ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial. Se sustenta en cuatro principios básicos: a) Reconocimiento de la diversidad cultural, b) Relaciones equitativas, c) Respeto a las diferencias y, d) Enriquecimiento mutuo.

La interculturalidad implica, una relación donde varios grupos de poblaciones culturales diferentes, conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos. Sin embargo, a diferencia de la multiculturalidad, donde un grupo cultural mantiene una hegemonía sobre las demás poblaciones, en las relaciones interculturales existe la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de derechos, no como concesión ni claudicación de los privilegios de un grupo ante otro, sino como el marco para potenciar relaciones hacia la convivencia social. La interculturalidad es un marco que se inclina hacia el respeto y horizontalidad, sin pretender que una población, con toda su carga de elementos culturales, se ponga por encima o debajo de la otra u otras. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo, facilitando o promoviendo, la apertura para la escucha y el enriquecimiento en ambos lados intervinientes.

Para las instituciones de Salud, se cuestiona por los usuarios de los servicios la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de que son objeto, aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención del personal. Esto influye en el desapego a las indicaciones médicas, una incidencia mayor de abandono de los tratamientos y en resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural. Por todo lo anterior, los principios de la interculturalidad entendida como un

proceso de interacción entre personas, permiten fortalecer la identidad propia, la autoestima, la valoración de la diversidad y las diferencias, incluidas las de género y generar en las personas, una conciencia de la interdependencia para el beneficio y desarrollo común.

El Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) define como la articulación de los sistemas médicos tradicionales y el occidental, implica diversas líneas de acción que incluyen la promoción de la investigación en medicina tradicional y la adecuación cultural de los servicios de prestación médica para población indígena. Al referirse a la categoría 'pertinencia' pone el acento en la mirada del poblador, un servicio puede haber sido adecuado y aún no ser pertinente, ya que la pertinencia cultural apela coordinación adecuada.

Por su parte el Fondo de Población de las Naciones Unidas, afirma que interculturalidad en salud, es la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional, a pesar de que estas percepciones a veces pueden ser contradictorias. En el plano operacional se entiende la interculturalidad en salud como la habilidad de potenciar lo común entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena, respetando y manteniendo las particularidades de cada sistema (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]/Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo [AECID], 2017).

- C. *Diálogo intercultural.*** Al respecto, mediante el Resolución Ministerial N° 143-2015-MC se cuenta con el documento denominado: "Diálogo Intercultural: Pautas para un mejor diálogo en contextos de diversidad cultural" cuyo objetivo es contribuir a contar con entidades públicas que brinden servicios públicos tomando en cuenta las particularidades culturales, sociales, económicas y geográficas de las diversas culturas y poblaciones para las que trabajan, permitiendo

entablar diálogos basados en el respeto y la equidad en contextos de diversidad cultural (MC, 2015).

Por su parte el Ministerio de Salud define como el proceso comunicacional de intercambio abierto y respetuoso de opiniones entre personas y grupos con diferentes tradiciones y orígenes étnicos, culturales, religiosos y lingüísticos, en un espíritu de búsqueda de entendimiento y respeto mutuos. Tiene por objetivo facilitar la comprensión de las diversas prácticas y visiones del mundo; reforzar la cooperación y el derecho a participación y practicar la tolerancia y el respeto por los demás. Contribuye a la integración del país. (MINSAL, 2014)

- D. *Cosmovisión Andina.*** García & Roca, (2017) En la cosmovisión andina, el universo es la Pacha que, en lengua quechua, significa indistintamente mundo material y tiempo, es decir, cosmos. Para los andinos el espacio y el tiempo son el anverso y reverso de la misma moneda, partes insolubles de la realidad, y por tal razón, designan estas categorías con la misma palabra: Pacha. Este universo, a su vez, está conformado por cuatro mundos, estrechamente vinculados entre sí, como la trama de un gran tejido: el Hawa Pacha (mundo de afuera), el Hanan Pacha (mundo de arriba), el Kay Pacha (este mundo), y el Ukhu Pacha (mundo de abajo). A partir de esta concepción del mundo, se puede comprender la religión andina como la voluntad histórica de interconectar las distintas pachas o mundos entre sí, particularmente, a los seres vivos con la Pacha, fuente generadora de toda manifestación de vida. La religión andina es, por tanto, la conjunción de ritos y ceremonias destinadas a lograr esa interconexión, tanto del hombre como de los otros seres vivos con el universo, vale decir, con la naturaleza. Su objetivo es canalizar las fuerzas o la energía contenidas en esta gran fuente de vida para organizar el Estado, la sociedad y al individuo en cada circunstancia concreta. El hombre andino es, por esencia, religioso y contemplativo;

en el plano individual, la religión interviene para restablecer la armonía cuando aparecen enfermedades, que no son otra cosa que la disociación del equilibrio orgánico, debido a factores circunstanciales que actúan directamente sobre el individuo. La medicina es un conjunto de prácticas rituales, íntimamente vinculadas a la religión, destinadas, con la ayuda de la herbolaria y diversos agentes físicos, a restablecer el equilibrio perdido y sintonizar nuevamente el organismo enfermo con el medio ambiente.

E. *Medicina tradicional.* García (2014) Conjunto de saberes, procesos, procedimientos y técnicas utilizadas para conservar o restablecer la armonía del cuerpo, la mente, el espíritu y el ambiente donde conviven los humanos y que sintetiza el concepto qhali kay (ser vital). Los desequilibrios generan estados de anomia en la salud corporal, fisiológica, psíquica y ambiental que en runasimi es unquy (enfermedad) mientras que el estado de armonía total es allin kawsay (buen vivir) y en la persona individual qhali kay. Allin kawsay, es una categoría y un ideal que tiene la humanidad para alcanzar un estado de bienestar y de felicidad para los pueblos como entes colectivos; tiene contenido histórico, proyectivo y progresivo.

Mientras que qhali kay expresa una situación concreta que involucra al runa como una persona concreta vital, con alegría y buena salud. Unquy, es enfermedad, desarmonía o desequilibrio en la salud del cuerpo, de la mente, del espíritu y del ambiente. La enfermedad se manifiesta tanto en el mundo natural como en el humano, porque como seres vivos tienen los mismos riesgos y la misma vulnerabilidad, pueden enfermarse, morir y ayudarse para restablecer y recuperar la armonía. Cuando se evidencian las señas y los signos de las desarmonías en el cuerpo, en la mente, el espíritu y el medio ambiente, los especialistas de la salud, diagnostican y aplican terapias

para restablecer la salud del ser humano, mientras que en el pueblo consideran el uso de la medicina alternativa.

La desarmonía de la vida afecta a todas las comunidades del universo: natural, humano, sagrado y cognitivo. Por eso, es frecuente oír que «la Pacha está enferma», que el «sol está muriendo», que la «tierra está enferma» o que tienen hambre y sed, calenturas, etc. cuando no están adecuadamente alimentados.

F. Barreras Culturales. Dirección General de Planeamiento y Desarrollo en Salud-México, (2008). Las barreras culturales están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del “proveedor” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso “real” de estos últimos a los servicios; están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre muchos otros factores.

Del punto de vista del prestador de servicios, los conceptos de los usuarios en torno a su salud se perciben como elementos que entorpecen el servicio, toda vez que dificultan la comunicación, retrasan el tratamiento, confrontan al prestador y condicionan riesgos a la salud del usuario. Por ello la “cultura” se considera como negativa y causa de problemas que impiden: establecer un diagnóstico certero, explicar adecuadamente las indicaciones médicas, establecer la suficiente confianza en el seguimiento de las medidas profilácticas y terapéuticas indicadas, entablar una empatía que posibilite una relación personal de salud -paciente respetuosa y cercana y lograr un impacto eficaz de la educación.

Esto explica en parte como a pesar de los grandes avances en el desarrollo científico, tecnológico y de ampliación de cobertura de los servicios de salud, tienen un impacto limitado. Así también, explica porque otros modelos de atención a la salud, como la medicina

tradicional sigan vigentes en las preferencias de la población. Las “barreras culturales” pueden clasificarse desde cuatro ámbitos:

1. En la estructura de los servicios relacionada con la organización de los mismos, la dirección, intersectorialidad, marcos éticos, ejercicio del poder, programas, planes, normas, prejuicios, valores, participación de los usuarios y ejercicio de la ciudadanía en ellos; en el sistema, las relaciones que establece la institución de salud con los usuarios, están determinados “culturalmente” por el desbalance de poder y la valoración peyorativa sobre la percepción que poseen los usuarios. 2. En el establecimiento de salud; tienen que ver principalmente con la concepción del confort de parte del usuario con respecto al aspecto, diseño, clima, señalizaciones, mobiliario, dieta para enfermos, espacios para los niños, para la estadía de familiares, y para la “paz espiritual”. 3. En los prestadores del servicio se relacionan con la condición social y estatus, ejercicio del poder, capacidad de comunicación, valores, prejuicios, condiciones de trabajo, forma de ejercer el poder, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los usuarios; las personas prestadoras interactúan con los y las consultantes en función de su propia cultura, formación profesional (o deformación) y género.

En la relación ponen en juego sus capacidades y carencias. 4. En los usuarios estas están relacionadas con la percepción de la salud y la enfermedad; conciencia de derechos, conocimientos, condición social, experiencias negativas con los servicios de salud, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los prestadores, prejuicios, normas sociales, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana.

G. Enfoque de Derechos - La salud como un derecho humano.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, (2014) el enfoque de derechos humanos se fundamenta en la igualdad de todos los seres humanos, lo cual involucra la cobertura de necesidades básicas para su libre desarrollo y la garantía de su dignidad. Por ello, la Declaración Universal de los Derechos Humanos señala en su preámbulo que todas las personas nacemos libres e iguales en dignidad y derechos. Este es un concepto amplio, que comprende derechos individuales y sociales fundados en la dignidad humana y la consecuente protección de la autonomía moral del ser humano. La dignidad humana es un valor que anida en cada ser humano por su sola condición de tal.

Por su parte, Prosalus, Cruz Roja española (2014) la salud es mucho más que ausencia de enfermedad o tener acceso a la atención médica; es un derecho fundamental que toca todos los aspectos de la vida y por eso es tan importante entender la salud del modo más amplio posible. La Organización Mundial de la Salud estableció como definición de salud el estado de completo bienestar físico, mental y social. El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos consagra el derecho a la salud en el que 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.

Sin embargo, muy a pesar que el derecho a la salud está consagrado en la política nacional e internacional como parte del tan ansiado desarrollo. Sin embargo, sigue siendo un reto su implementación y que, este sea un hecho palpable por la población debido a las decisiones poco efectivas, sesgadas y por lo general sólo de carácter tecnológico, olvidando la complejidad de las dimensiones de la vida humana.

H. *Enfoque de Género.* Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2014) es una forma de mirar la realidad identificando los roles y las tareas que realizan las mujeres y los hombres en una sociedad, así como las asimetrías y relaciones de poder e inequidades que se producen entre ellas y ellos, permitiendo conocer y explicar las causas que las producen para formular medidas (políticas, mecanismos, acciones afirmativas, normas, etc.) que contribuyan a superar las brechas sociales producidas por la desigualdad de género.

El enfoque de género es una herramienta analítica y metodológica que posee además una dimensión política, en tanto busca la construcción de relaciones de género equitativas y justas, y reconoce la existencia de otras discriminaciones y desigualdades derivadas del origen étnico, social, orientación sexual e identidad de género, edad, entre otros. Desde una perspectiva de cambio, el enfoque de género influye en la formulación de políticas públicas y en la gestión de las mismas, incorporando las necesidades específicas de mujeres y hombres en todo el ciclo de las políticas permitiendo con ello una gestión pública más eficiente y eficaz, orientada a la igualdad social y de género.

I. *Enfoque de Territorialidad.* Amat & Guevara (2016) en el enfoque de territorialidad, el territorio no sólo es un espacio físico y geográfico, sino como un espacio de relaciones entre los diferentes actores y sectores claves de la sociedad civil, sus organizaciones, instituciones, el medioambiente, las formas de producción, distribución y consumo, tradiciones e identidad cultural. A este concepto se le agrega la visión de cuencas que son principalmente escenarios para la vida, además de permitir el acceso al agua y a los recursos naturales del territorio, condiciona las posibilidades de comunicación en el espacio físico y los patrones de distribución territorial.

J. *Antropología Organizacional.* Morales, (2017) es el estudio de los sistemas organizacionales por intermedio de su cultura—aunque o el estudio de las organizaciones mediante su cultura, donde se analizan

interacciones, redes, roles, normas, reglas, funciones, estructuras, jerarquías, sistemas, códigos, lenguajes, simbolismo, ideologías, identidad, filosofías, estrategias, formas de comunicación, hábitos, rituales, ceremonias, valores, patrones de comportamiento, principios subyacentes, entre otros. Así mismo, se estudian procesos y entidades más complejas tales como cultura organizacional, diseño organizacional, aprendizaje organizacional, liderazgo, compromiso organizativo, identidad corporativa, formas de socialización organizacional, estrategias de retroalimentación, emergencia de estructuras organizacionales, aparición de grupos y subgrupos, conformación de culturas, subculturas y contraculturas, clima institucional, ethos grupal, modelos de gestión, cambio cultural, surgimiento y resolución de conflictos, relaciones inter-organizacionales, entre otros.

K. Gerencia Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Ministerio de la Protección Social-Colombia, (2008). Constituye un enfoque integral para la gestión de políticas y programas sociales políticas y servicios públicos bajo un criterio de participación y rendición de cuentas ante la sociedad civil; propone asegurar que las políticas y programas sociales respondan de manera valiosa, pertinente, eficaz y eficiente a problemas importantes para la ciudadanía, promoviendo así el logro de un desarrollo social equitativo y sostenible. Como campo de conocimiento se halla en la intersección de tres campos: el campo de desarrollo social; el de la política pública y el campo de la gerencia social que requieren su abordaje permanente desde la mirada integral.

En ese sentido, el concepto de gerencia social no se reduce a la suma de los elementos de los dos conceptos aislados: gerencia + social; la “gerencia” da la estrategia, la dirección y el liderazgo, mientras que lo “social” da el campo en el cual se aplica; pero el concepto “gerencia

social” denota más acerca de la dirección estratégica que hay que darle a lo económico, lo político y lo cultural.

- L. *Gestión Pública con Enfoque Intercultural.*** Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica, (2016) Cuando se refiere a la gestión pública habla de un conjunto de mecanismos y procedimientos mediante los cuales, las autoridades y representantes del Estado, toman decisiones y administran el territorio, los recursos y capacidades de la población. De este modo, los decisores deberán gestionar iniciativas de desarrollo propuestas desde los actores estatales y de la sociedad civil, que se traducen en un conjunto de políticas públicas en torno al país, la región o localidad considerando la diversidad cultural y las profundas desigualdades socioeconómicas existentes en el país.

Así mismo, “la interculturalidad parte desde lo actitudinal. Es necesario difundir este concepto y sensibilizar a los tomadores de decisiones y funcionarios públicos respecto a la necesidad de aplicar este enfoque y promover la inclusividad en la gestión pública en sus diferentes niveles.

- M. *Servicios Públicos con Pertinencia Cultural.*** Ministerio de Cultura, (2015) En la Guía para la aplicación del enfoque Intercultural en la gestión de Servicios públicos, el Ministerio de Cultura define a los servicios públicos con pertinencia cultural a aquellos que incorporan el enfoque intercultural en su gestión y prestación; es decir, se ofrecen tomando en cuenta las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades en donde se interviene y se brinda atención.

Implica, la adaptación de todos los procesos del servicio a las características geográficas, ambientales, socioeconómicas, lingüísticas y culturales del ámbito de atención del servicio y la valoración e incorporación de la cosmovisión y concepciones de desarrollo y bienestar de los diversos grupos de población que habitan

en la localidad, incluyendo tanto las poblaciones asentadas originalmente como las poblaciones que han migrado de otras zonas. Así mismo, el Ministerio de Cultura estableció tres características que hacen que un servicio sea considerado pertinente culturalmente: 1. Son servicios libres de discriminación 2. Servicios bilingües y 3. servicios que incorporan, con respeto, la perspectiva cultural de la población de la zona.

N. *Teoría del Cambio Social y Enfoque de Género.* A decir de Diakonía (2015) el cambio social puede ser entendido como el conjunto de acciones que tienen un impacto real en las dinámicas sociales y culturales de un grupo poblacional siempre, encaminado a generar espacios de empoderamiento, y respeto y protección a los derechos humanos de las personas. Cada contexto tiene diferentes espacios, desde los cuales es posible promover el cambio social, que varían de acuerdo con sus condiciones, por lo que no existen mecanismos únicos para generarlo.

El cambio social es un paso para lograr la concreción de elementos como la equidad y el respeto a los derechos humanos mediante transformaciones paulatinas en aspectos críticos y estructurales. La ampliación de la conciencia pública a través de la capacitación, el fortalecimiento organizativo, articulación multinivel e incidencia política, constituyen acciones que generan sujetos con capacidad de exigibilidad de derechos; los mismos que, podrán generar acciones de réplica y ampliación del conocimiento, organizaciones formalizadas e integradas a movimientos sociales en un contexto normativo pertinente. En conjunto, generan una sociedad con justicia económica y social basada en el respeto a los derechos humanos (DIAKONIA, 2015).

Así mismo de acuerdo con Ruíz (2001) citado por Diakonía, los sistemas de organización social y de poder vigentes en nuestra sociedad están basados en relaciones de dominio y subordinación, en

las que unos pocos deciden, muchos “esperan”, y unos pocos tienen todo y muchos no tienen nada. Es por ello necesario el reconocimiento y la promoción del ejercicio pleno de los derechos de hombres y mujeres a partir de su situación, posición, necesidades y expectativas específicas.

Por tanto, la transversalización del enfoque de género, de interculturalidad u otro, implica impactar en los ámbitos institucionales y de grupos de interés.

- O. **Desarrollo Comunitario.** Martí, Pascual, y Rebollo, (2005) consideran que, la intervención comunitaria, el desarrollo comunitario y la organización de la comunidad son conceptos que aluden al proceso que ayuda a conseguir el bienestar de la población con la participación social directa y activa de esta en el diagnóstico, el análisis y la resolución de problemas que le afectan, así como la utilización, el impulso o la creación de sus recursos.

Ambas prácticas dan idea de iniciativas y procesos tendentes a ofrecer a cada individuo la posibilidad de convertirse en agente activo de su propio proyecto de vida y del desarrollo cualitativo de la comunidad de la que forma parte.

- P. **Ciudadanía en Salud.** Solitaria, Garbus, & Stolkiner, (2008). Resaltan que la población debe conocer los servicios que se le ofrecen, sus derechos y deberes en cuanto a servicios de salud, así como los mecanismos por los cuales puede interactuar con el sistema. Esto es algo que puede fortalecerse a través de la participación de los usuarios, favoreciendo la accesibilidad a la atención.

El ejercicio de la ciudadanía es un largo proceso de conquista y construcción que se refleja en las diversas actividades humanas. Bajo esta perspectiva, el papel de los encargados de políticas públicas es primordial, así bien el de los profesionales de salud y de educación en cuantos animadores y agentes verdaderos del proceso de

“construcción” de una cultura democrática donde se garantice el derecho y el acceso a la salud para todos los grupos de la población.

Q. *Conocimientos y Sistemas Tradicionales de Salud.* Ministerio de Cultura (2014) toda comunidad está construida sobre sus creencias, sus maneras de pensar, sus tradiciones y los conocimientos que se han transmitido y mantenido de generación en generación. Además, existe el entorno natural en el cual existe, siendo este también un elemento esencial de las características que la conforman.

Las creencias, maneras de pensar, tradiciones, etc. conforman la cultura; el conocimiento ancestral es parte de ella, y se transmite de generación en generación. Este no es únicamente de los grupos indígenas, es inherente a todo grupo humano.

Biblioteca Mexicana del Conocimiento, (2014). Como definición de la medicina tradicional propone a un conjunto de sistemas de atención a la salud que tienen sus raíces en los conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales que han acumulado a través de su historia. Esto significa que cada pueblo indígena, cada etnia, tiene su propio sistema y que en mesoamérica tiene muchas semejanzas con las demás, por lo que se puede hablar de un sistema médico tradicional mesoamericano (...). El sistema médico tradicional mesoamericano se encuentra fundamentado en una cosmovisión de origen indígena que a lo largo de la historia ha funcionado como una estructura “madre”, incorporando y ordenando elementos de otras culturas a su propio sistema, ya sea culturas indígenas o de la interacción con las culturas española antigua, africana y moderna occidental.

Sin embargo, debido al carácter hegemónico de las decisiones políticas y al predominio del enfoque biomédico en la salud, estos sistemas son poco valorados y por lo general no son tomados en cuenta en la promoción y provisión de servicios de salud.

Capítulo III

Diagnóstico

3.1. Determinación del Problema

Según el Ministerio de la Cultura (2018) los principales lugares donde la ciudadanía ha experimentado discriminación étnico-racial los últimos doce meses son establecimientos estatales como hospitales públicos y postas médicas (22%), comisarías (19%) y municipalidades (14%).

MINSA (2020) en la Resolución Ministerial 030-2020, en el marco del “Año de la Universalización de la Salud”, el documento técnico “Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)”, plantea reorientar la gestión sanitaria y de recursos, así como la organización de los servicios, el financiamiento de la salud y las estrategias para que el personal de salud brinde cuidados en los diferentes escenarios donde las personas desarrollan sus vidas cotidianas (Diario Oficial del Bicentenario El Peruano, 2016).

Según el MINSA (2019) “los servicios públicos con pertinencia cultural incorporan el enfoque intercultural en su gestión y prestación; es decir, se ofrecen considerando las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades donde se interviene y se brinda atención” (p. 26).

Esto implica la adaptación de todos los procesos del servicio a las características geográficas, ambientales, socioeconómicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias) del ámbito de atención del servicio. La valoración e incorporación de la cosmovisión y concepciones de desarrollo y bienestar de los diversos grupos de población que habitan en la localidad, incluyendo tanto las poblaciones asentadas originalmente como las poblaciones migrantes.

Subinas (2018). Se observa una marcada tendencia, por parte de las instituciones públicas sanitarias, a “culturalizar la interculturalidad en salud”, “la interculturalidad como una cosa de los indios”. Lo que es manifiestamente una forma parcial y reduccionista de concebir la relaciones entre las culturas, entendiendo que las políticas de interculturalidad solo atañen a los sectores “tradicionales”.

Campbell et al. (2017) publicó en la página Web de la Organización Mundial de la Salud en su publicación “Poner fin a la discriminación en los centros de atención sanitaria” mencionan que, la discriminación en la atención sanitaria está tristemente extendida en todo el mundo y adopta muchas formas. Supone una violación de los derechos humanos más fundamentales y afecta tanto a los usuarios de los servicios de salud como a los trabajadores sanitarios, sobre la base de cuestiones como el origen étnico, la orientación sexual, los estereotipos de género nocivos, la situación de asilo o migración, los antecedentes penales, otros prejuicios y prácticas.

También se considera necesario abordar las causas subyacentes a la discriminación en el sistema de salud y fuera de él. Esto solo se puede lograr trabajando en los distintos sectores y organismos y colaborando más activamente con las organizaciones de la sociedad civil que representan a los trabajadores sanitarios y a las comunidades afectadas. Los gobiernos, los organismos y los líderes comunitarios deben unirse y declarar inaceptable la discriminación en la asistencia a la salud.

Por otro lado el Ministerio de Salud, considera a un establecimiento de salud con pertinencia cultural a aquel establecimiento de salud que ha sido evaluado y ha cumplido más del 80% de los criterios normalizados, que verifican la incorporación del enfoque intercultural en la gestión del establecimiento de salud.

- Respeto a la medicina alternativa y tradicional,
- Servidores que respetan y conocen la cultura de la comunidad
- Institucionaliza la participación ciudadana.

Pintado (2016) refiere que existe una débil transversalización de las políticas de salud respecto a la interculturalidad debido a que esta está considerada como una herramienta técnica y no como prioridad o parte de la cultura institucional.

El Ministerio de Salud cuenta con diferentes centros de investigación que trabajan con pueblos indígenas. Sin lugar a duda estas entidades han sido las principales promotoras para la sensibilización de las y los profesionales de la salud y su capacitación en salud intercultural dentro del Sector. Sin embargo, la lejanía dentro de la estructura orgánica de los centros de decisión del sector, la dispersión de sus competencias y su escaso presupuesto, limitan su trabajo para institucionalizar la interculturalidad como la base de la intervención en salud con los pueblos indígenas. En este marco se requiere incorporar en la estructura del Ministerio de Salud un órgano de alto nivel con capacidad de promover el enfoque intercultural en el servicio de salud. Es vital contar con una instancia con capacidad funcional y administrativa encargada de formular, proponer, normar y orientar el enfoque de interculturalidad en todos los niveles del sistema de salud y en las estrategias de prevención y promoción, atención, y rehabilitación de salud (Defensoría del Pueblo, 2015, p. 126)

A continuación, presentamos el Árbol de Problemas de la Gestión del Enfoque de interculturalidad en los Servicios de Promoción de la Salud en la Microred Monzón. Conociendo los factores que limitan la adecuada gestión del enfoque de interculturalidad en el Programa de Promoción de la Salud en la Microred Monzón, llegamos al análisis del proceso problema, análisis en el que se identifica nudos críticos.

3.1.1. Árbol de Problemas y Causas.

Figura 4

Árbol de Problemas y Causas de la Gestión del Enfoque de Interculturalidad en los Servicios de Promoción de la Salud en la Microred Monzón

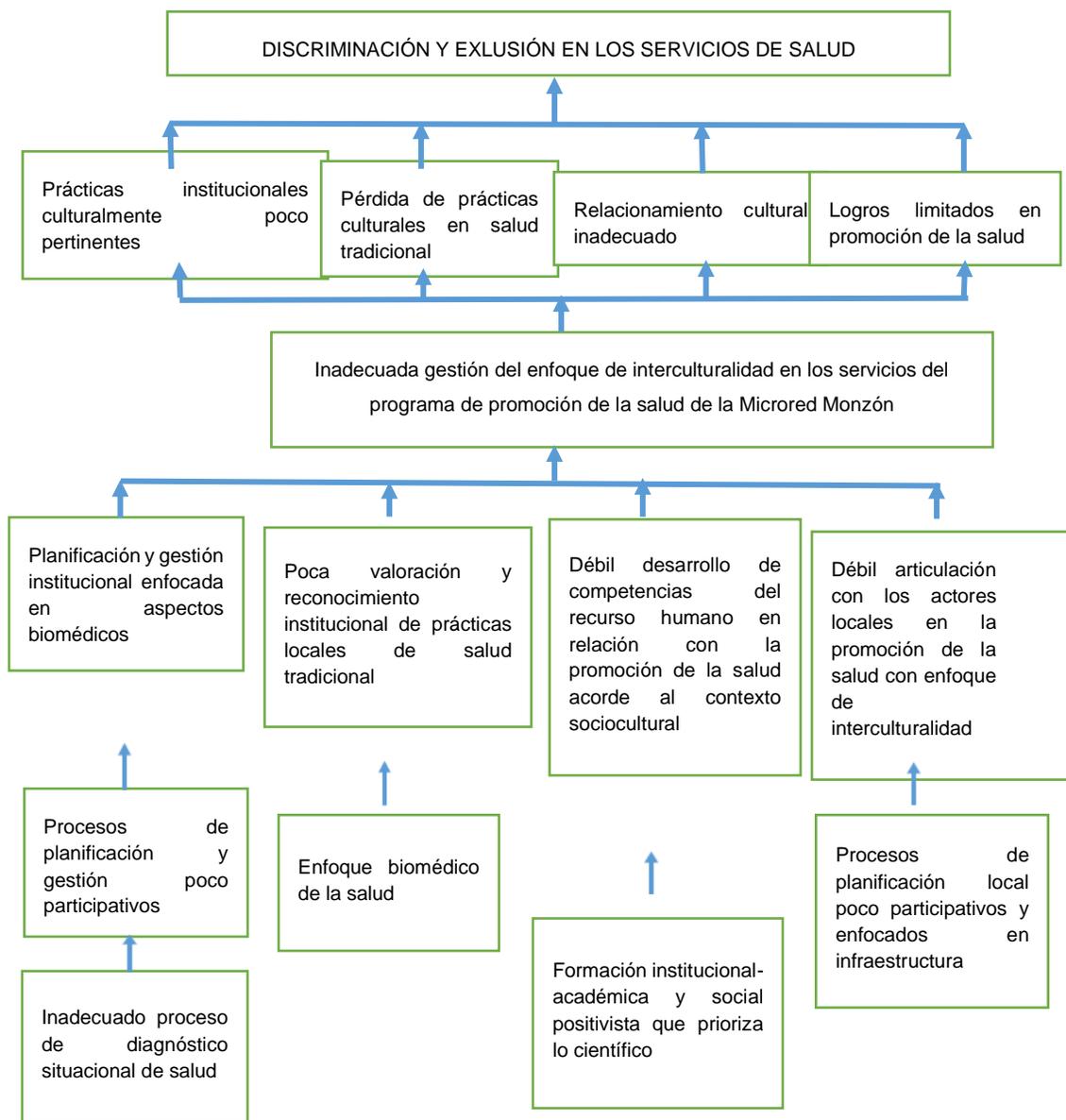
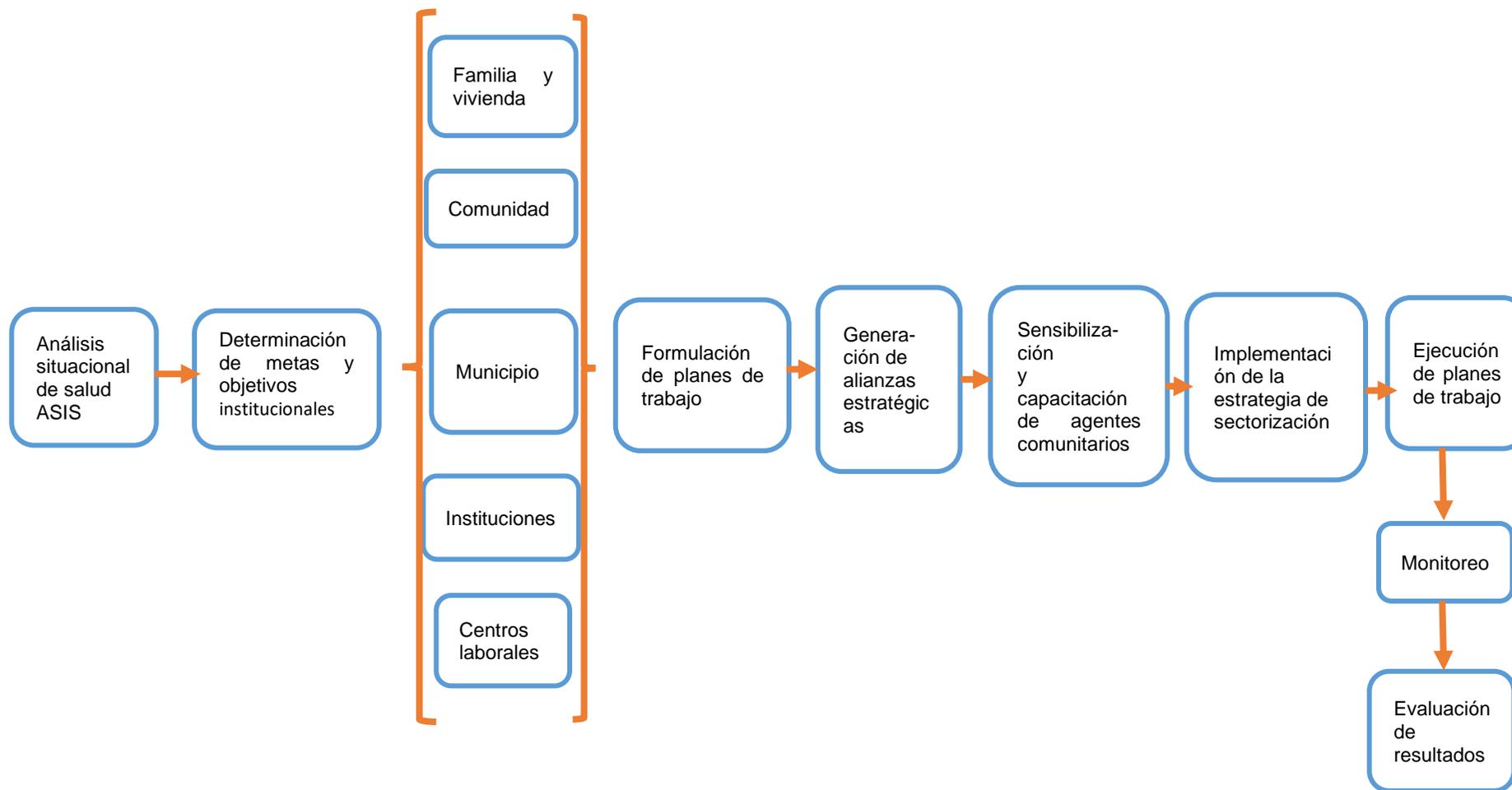


Figura 5

Flujograma de Proceso de Gestión de Servicios de Promoción de la Salud en la Microred Monzón.



Este gráfico muestra el proceso de gestión de los servicios de promoción de la salud en la Microred Monzón, como inicio se realiza el Análisis Situacional de Salud. Cabe referir que este documento prioriza aspectos biomédicos y no la situación de salud desde un concepto más amplio. Seguidamente se “determinan” metas y objetivos institucionales; en este momento se toman los objetivos y metas asignados por el sector y no se definen las prioridades locales.

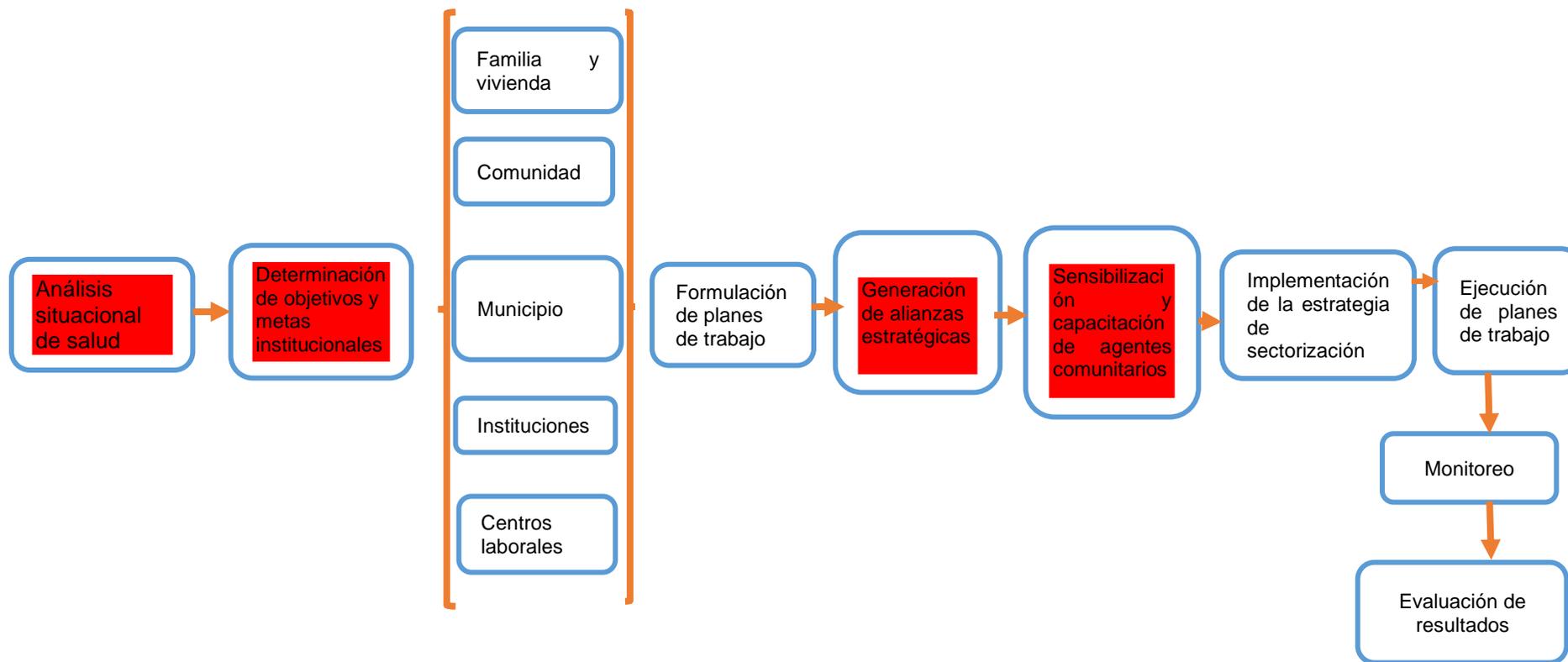
Los servicios de promoción de la salud, se brinda a diferentes actores de la comunidad, los cuales definen sus planes de trabajo, se promueven alianzas estratégicas, se sensibiliza y capacita a los agentes comunitarios, para luego implementar la estrategia definida; este es el momento de la ejecución de planes de trabajo, seguidamente se realiza el monitoreo y la evaluación de resultados. Todo desde la mirada institucional, dejándose de lado la participación de los actores locales.

Nótese que en ninguna parte del proceso se hace referencia a la interculturalidad.

Del análisis anterior se pueden identificar cuatro nudos críticos:

Figura 6

Análisis del Proceso Problema: Identificación de Nudos Críticos en el Flujo de Gestión de Servicios de Promoción de la Salud en la Microrred Monzón



En este análisis de proceso se identificó los siguientes nudos críticos:

A. Nudo Crítico 1. El Análisis Situacional de Salud (ASIS) constituye la elaboración de un diagnóstico que por lo demás en cuanto a temas culturales se limita a enumerar festividades de la localidad, es decir carece de un diagnóstico que evidencie la existencia de brechas culturales (por ejemplo), está enfocado en temas biomédicos.

La determinación de barreras sociales y culturales cuya actividad está a cargo del área de Epidemiología (personal asistencial), constituye un nudo crítico toda vez que el análisis de estas requiere de conocimiento de enfoques sociológicos y antropológicos (entre otros); en el documento no se evidencian las brechas. El ASIS, muchas veces es un mismo documento que es usado para varios periodos, lo cual limita identificación real y objetiva de la problemática.

El monitoreo es parte de este nudo crítico; esta actividad está a cargo del Equipo de Gestión de Calidad de la Microred Monzón. En la actualidad este se realiza independientemente de las metas estratégicas y de las de la localidad; en tanto que la información que se genera no es usada de manera gerencial tomando en cuenta que la calidad se refleja en la satisfacción de la población usuaria.

B. Nudo Crítico 2. La determinación de metas y objetivos locales están a cargo de la Gerencia de la Asociación de Comunidades Locales Administrativas de Salud (ACLAS). Si bien algunos de estos se diseñan en la Microred Monzón, en su mayoría son determinados institucionalmente y tienen muy poca relación con los objetivos y metas estratégicas de la localidad, que por lo demás se enfocan en aspectos biomédicos y cuando se trata de promoción de la salud a través de los programas presupuestales no se considera el enfoque de interculturalidad.

C. Nudo Crítico 3. Generación de Alianzas Estratégicas, está a cargo de la coordinación del Programa. Se evidencia poca articulación

con los actores y ninguna con quienes practican la medicina tradicional. Este hecho hace que la Microred Monzón se ubique como una institución alejada de la cultura local, por tanto, acrecienta la brecha cultural o u relacionamiento cultural poco adecuado.

D. Nudo Crítico 4. La sensibilización está a cargo de la Coordinación de promoción de la salud. Sin embargo, es de responsabilidad de todo el personal de salud contribuir con tal fin, quienes además por las competencias en interculturalidad transmiten cultura institucional; recreándose así brechas culturales. El limitado conocimiento de la cultura local respecto a componentes que sobrepasan el de la salud. Conocer la cultura de una localidad implica además comprender lógicas que dan sentido a ciertas prácticas que las personas ejecutan. Es decir, no basta con conocer hábitos y costumbres; requiere de la práctica intercultural.

3.1.2. Sustento de Evidencias.

En el diagnóstico de la realidad problema encontramos dos niveles. El primero relacionado a aspectos negativos o limitantes de subsistemas a nivel interno, el segundo a nivel del entorno donde se aprecian igualmente limitantes o aspectos que deben mejorar.

A. Nivel Interno.

Subsistema tecnológico. El diagnóstico situacional expresado en el Análisis Situacional de la Salud (ASIS). En el caso de la Microred Monzón, es un documento cuya información que requiere de actualización; es conocido que muchas veces la información ha sido usada para varios periodos, desconociendo la dinámica real de la problemática a enfrentar.

Sin embargo, el ASIS hace un diagnóstico situacional de la salud. Información que, desde el punto de vista de nuestro trabajo, no aborda claramente los aspectos culturales. Los problemas identificados según determinantes de salud en el distrito de Monzón son: a) Frecuentes huaycos e inundaciones en mes Octubre-Abril, b) Carreteras o vías de

accesibilidad en mal estado, c) Población sobreestimada asignada a EE.SS por la DIRESA Huánuco, d) Bajo nivel educativo en población del Distrito Monzón, e) Existencia de partos domiciliarios anuales, f) Embarazo de adolescentes con coberturas del 27 %, g) 50 % de familias no consumen agua segura, h) Limitada personal de salud por establecimientos de salud, i) Limitada personal de salud por establecimientos de salud, y j) Falta de equipamiento en los EE.SS. Las áreas responsables de la existencia de este nudo crítico son: la gerencia del ACLAS, jefatura de cada Centro de Salud y la coordinación del PROMSA.

En cuanto a la formulación del Plan de Salud Local (PSL), esta se realiza en base prioritariamente en gabinete y se enfoca en aspectos biomédicos, reduce la identificación barreras sociales y culturales (entre otros factores) en la promoción de la salud. La definición de objetivos y metas del PSL tienen escasa relación con los objetivos de desarrollo de la localidad; la definición de metas no se respalda en un diagnóstico integral de la realidad y línea de base. En lo relacionado a nuestro tema de trabajo no se evidencia identificación de brechas culturales, el ítem respectivo del PSL se limita a costumbres y folclore. Esta parte diagnóstica es muy importante, toda vez que, este será el principal insumo para las acciones de promoción de la salud.

Seguidamente la coordinación del PROMSA, formula el plan de trabajo de promoción de la salud, de acuerdo a lo revisado, este constituye un documento de cumplimiento de objetivos y metas del sector a través de la DIRESA y no necesariamente de la Microred y de la localidad, que por lo demás (en nuestra opinión) es bastante subjetivo y poco claro: “Fortalecer con la delineación de procesos, y la identificación de roles y responsabilidades para la implementación de la sectorización, y con ello mejorar las estrategias para promover estilos de vida saludable. Asimismo, para proporcionar una hoja de ruta para la implementación de los procesos de promoción de la salud para el 2020 y garantizar su implementación al 100% en el C. S Monzón”. (Dirección Ejecutiva de la Salud-Huánuco, 2020)

Del mismo modo, respecto a los objetivos específicos de este plan, no se evidencia intencionalidad de reducción de brechas culturales (por ejemplo) o trabajo comunitario con perspectiva o enfoque de interculturalidad: a) Fortalecer la organización y capacidades del personal de salud y mejorar el trabajo extramural. b) Programar, implementar, y evaluar las intervenciones sanitarias por sectores geográficos, con la participación del personal de salud y la comunidad organizada (Junta Directiva Comunal-JVC o Comité de Desarrollo Comunal-CODECO), con el apoyo de los ACS y Organizaciones de Base. c) Asegurarles la entrega de un paquete básico de Atención Integral de Salud a la población (con énfasis en el cambio de comportamientos). d) Desarrollar una mejor vigilancia epidemiológica del ámbito sectorizado (identificación, captación, seguimiento, control, referencia y contra referencia) con participación de la comunidad organizada y con el apoyo de los ACS.

Así mismo, al analizar las cinco fases del plan de trabajo del PROMSA (ver tabla 17) y sus respectivas actividades, no se encuentra incorporación del enfoque de interculturalidad. Si bien se planifica realizar trabajo con la población, autoridades y población organizada como el Sistema de Vigilancia Comunitaria de Salud y Nutrición Materno-Infantil (SIVICOM), agentes comunitarios, entre otros; en nuestra opinión, este se enfoca en transferir servicios mediante atenciones respecto a programas presupuestales, en base a un diagnóstico biomédico de la salud local (salud reproductiva, enfermedades metaxénicas, cáncer, etc.) y por consiguiente su abordaje técnico, desconociendo los procesos salud-enfermedad y configuración de servicios. Por su parte, las actividades 2.5 y 4.2.3, (capacitación del personal y capacitación en entornos saludables a los actores) parecen ser las más débiles desde el punto de vista de nuestro trabajo; en ningún momento se hace referencia al desarrollo de competencias en enfoques de interculturalidad, derechos u otro, así como la necesidad de configurar servicios acordes a las necesidades de la localidad considerando, valorando e incorporando prácticas

locales en salud. Un aspecto resaltante, y que generaría sostenibilidad son los compromisos y generación de proyectos de inversión pública; pero que no se sostendrían en políticas públicas locales; sin embargo, las acciones de monitoreo evaluación (fase cinco) requiere de una mirada de evaluación de impactos en el sector o localidad y seguidamente su incorporación en el plan estratégico institucional y demás instrumentos de gestión.

En suma, podemos afirmar que, en el nivel interno, existe poco conocimiento y práctica del enfoque de interculturalidad en la planificación y gestión del PROMSA, además de la institución en su conjunto.

Subsistema estructural. El área de Epidemiología cumple sus funciones en cuanto a promoción de la salud, y las hace de manera parcial a través de un Plan de Trabajo. Sin embargo, es preciso remarcar que el perfil del puesto y las funciones asignadas a esta área son asistenciales prioritariamente; por tanto, acciones como las de sensibilización, son limitadas debido a que el personal de salud se enfoca en el cumplimiento de sus labores asistenciales de recuperación y tratamiento, dejando de lado lo preventivo promocional; en todo caso las actividades preventivas se han reducido a actividades esporádicas y aisladas enfocadas en el seguimiento de cambio de hábitos; cambio que requiere de información y sensibilización.

En el caso de “puesto” de Coordinador de Promoción de la Salud, este es un encargo que recae en una enfermera cuyo perfil de puesto tiene dos (de dieciocho) responsabilidades asignadas en relación con la promoción de la salud y en cuanto a formación no se solicita los relacionados con la interculturalidad, el conocimiento del quechua si es necesario, lo cual constituye (en nuestra opinión) una fortaleza. Los responsables de la existencia de este nudo crítico son: la gerencia del ACLAS, jefatura de cada Centro de Salud, la coordinación del PROMSA y promotores de salud

Subsistema Psicosocial. El perfil requerido para el personal promocional resalta la formación asistencial; el personal que compone

el área de epidemiología carece de competencias para la realización de sus funciones como es la formulación del diagnóstico de la situación de salud. Así mismo, la débil capacidad gerencial y de liderazgo limita una adecuada gestión y direccionamiento del trabajo del personal para el logro de objetivos y metas.

Las débiles competencias y el compromiso con el cambio que son parte de la cultura institucional traen como consecuencia el rechazo de la población frente a las propuestas de estilos de vida saludables toda vez que estos exigen la implementación de procesos formativos a mediano y largo plazo desde una mirada institucional, dejando de lado el valor y las potencialidades del conocimiento y práctica local.

Respecto a la gestión de la calidad y el monitoreo de logros, esta se enfoca en el logro de metas y muy pocas veces está relacionada con la satisfacción de la población usuaria.

Es realizada por un equipo; cabe resaltar que, para ser miembro de este, no es necesario acreditar competencias relacionadas a la gestión de la calidad, al monitoreo y mucho menos a la Promoción de la Salud por cuanto no es requisito. Cabe mencionar que el personal dedica mayor parte del tiempo a las actividades de tipo asistencial, dejando de lado las actividades de gestión de la calidad además de no generarse información gerencial para la toma de decisiones.

Los responsables de la existencia de este nudo crítico son: la dirección de la RED, gerencia del ACLAS, jefatura de cada Centro de Salud, coordinación del PROMSA y promotores de salud.

En el Subsistema de Gestión. La información generada en el diagnóstico (Análisis Situacional de Salud) pocas veces usada por la Gerencia de la Microred Monzón para la formulación del Plan Operativo Anual; a su vez el diagnóstico no es realizado con perspectiva cultural y otros enfoques que permitan evidenciar brechas culturales y sociales (entre otras). Esta situación se agrava toda vez que esta institución prestadora del servicio diseña el referido plan con escasa participación de los actores de la localidad, constituyéndose así en una fuerte debilidad en la gestión. La formulación del Plan de Salud Local (PSL),

no es participativa (se obvia la participación del personal operativo), lo cual genera desinterés y poco compromiso en el logro de metas y objetivos. Así mismo, se ha podido evidenciar que los planes referidos carecen de una formulación técnicamente adecuada, primando así el uso y copia repetitiva de documentos elaborados con anterioridad.

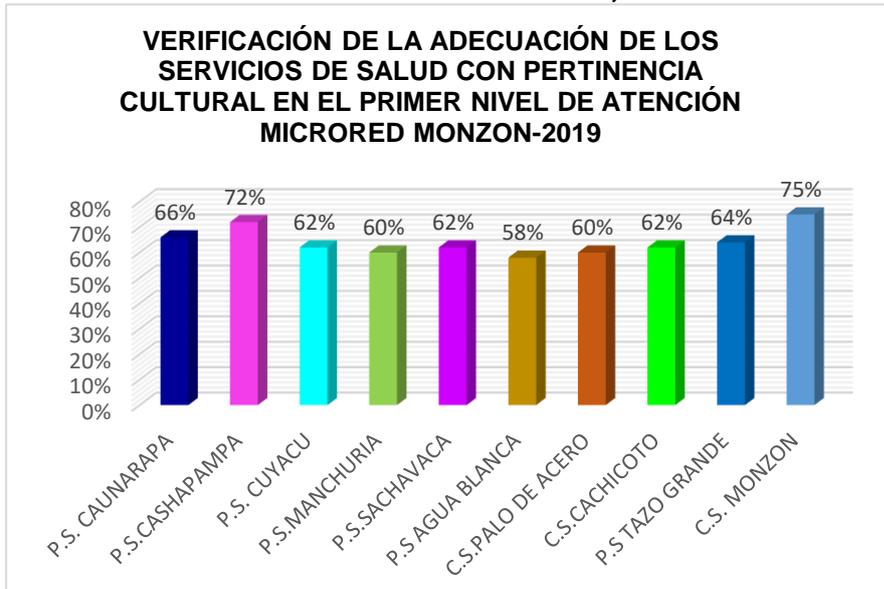
La formulación de objetivos y metas del PSL, no recoge la problemática identificada en el ASIS. Por tanto, no responde la realidad y necesidades de la localidad; la formulación de estos documentos de gestión es de tipo mecánico, toda vez que año a año se realizan pequeños cambios y actualizaciones, desconociendo así que la realidad es dinámica y cambiante.

Respecto al Plan de Trabajo para la promoción de la salud, como se ha manifestado, no evidencia objetivos y actividades en los que se transversalice el enfoque de interculturalidad.

Finalmente, la aplicación de normas, guías metodológicas, estrategias, etc. otorgada por el MINSA no siempre son socializadas y, en muchos casos son desconocidas por el personal; esto genera que su aplicación en la comunidad sea limitada y de poco impacto. Tal es así que la Directiva Administrativa N°261-MINSA/2019/DGIESP para la Adecuación de los Servicios de Salud con Pertinencia Cultural todavía no se ha implementado. Sin embargo, se conoce que ningún establecimiento de salud de la Microred Monzón cumple con lo mínimo esperado (80%).

Figura 7

Verificación de la Adecuación de los Servicios de Salud con Pertinencia Cultural en el Primer Nivel de Atención, Microred Monzón



Parte de la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural es lo relacionado a la atención de partos. En ese sentido contar con un kit básico está contemplado en la directiva antes referida. Como vemos en la figura 7 este es otro requisito que en los establecimientos de salud de la Microred Monzón no se cumple.

Figura 8

Kit mínimo para la Atención del Parto Vertical Microred Monzón - 2019

IITEM	INSUMO	CONDICIÓN		ESTABLECIMIENTOS DE SALUD										OBSERVACIONES
		I	O	P.S.	PS.	P.S CUYACU	P.S. MANCHUIRA	P.S. SACHAVACA	P.S AGUA BLANCA	C.S. PALO DE ACERO	C.S.	P.S. TAZO GRANDE	C.S. MONZON	
1	Punto de apoyo para posición vertical de la gestante			S	N	N	NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE	N	NO TIENE	S	
2	Campo o superficie típica de la zona para recepción del RN			N	N	N					N		S	P.S.CAUNARAPA : Solo partos inminentes
3	Accesorios para la atención del parto y del RN con pertinencia cultural, según la realidad local y en consulta con la comunidad.			N	N	N					N		N	Por ejemplo, huayruro
4	Recipiente para recepción de placenta			S	N	N					N		S	
5	Vestimenta y/o accesorios adecuados de la gestante para la atención del parto			S	N	N					S		S	
6	Reloj de pared			S	N	N					S		S	

7	Agua caliente			S	N	N						N		S	No aplica en localidades que no hacen uso.
8	Hierbas o mates			N	N	N						N		N	No aplica en localidades que no hacen uso

B. Nivel del Entorno Inmediato.

La conformación demográfica del distrito está representada prioritariamente por población quechua hablante. Esta realidad, ha sido registrada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática e manera parcial, tal es así que cuando se realizan acciones de planificación y promoción en salud, el personal da cuenta de las inconsistencias en los datos poblacionales.

El Plan de Desarrollo Concertado Local (PDCL) da cuenta del poco compromiso de las autoridades locales en temas relacionados a la promoción de la salud e interculturalidad. Este problema tiene además como causa el poco interés de los gestores de salud para el fortalecimiento de alianzas estratégicas con el entorno.

De acuerdo con los proyectos a ejecutarse por la Municipalidad distrital de Monzón, para el año 2020, sólo un proyecto está relacionado directamente con la promoción de la salud.

Figura 9

Proyectos y ejecución de gastos 2020 Municipalidad Distrital de Monzón

Consulta Amigable

Consulta de Ejecución del Gasto

Fecha de la Consulta: 03-febrero-2020

Año de Ejecución: 2020

Incluye: Actividades y Proyectos

Proyecto	PIA	PIM	Certificación	Compromiso Anual	Ejecución			Avance %
					Atención de Compromiso Mensual	Devengado	Girado	
TOTAL	177,367,859,707	181,353,831,560	89,961,873,014	70,293,771,400	15,865,193,319	8,807,082,304	7,674,419,817	4.9
Nivel de Gobierno M.: GOBIERNOS LOCALES	20,879,069,452	24,210,016,306	7,237,192,629	3,285,928,410	1,502,719,715	1,048,751,184	763,350,925	4.3
Gob.Loc./Mancom. M.: MUNICIPALIDADES	20,879,069,452	24,208,983,434	7,237,072,207	3,285,809,598	1,502,605,704	1,048,660,273	763,265,796	4.3
Departamento ID: HUANUCO	527,717,596	627,847,752	224,420,057	108,203,985	22,136,070	18,953,545	15,792,431	3.0
Municipalidad 100507-300922: MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE MONZON	10,009,362	10,403,996	1,740,860	315,846	304,446	295,046	261,325	2.8
2001621: ESTUDIOS DE PRE-INVERSION DE AGUA POTABLE	2,909,014	2,838,314	67,000	0	0	0	0	0.0
2118650: CONSTRUCCION CAMINO VECINAL CUYACU - NUEVA DELHI, DISTRITO DE MONZON - HUAMALIES - HUANUCO	193,000	193,000						
2286121: CREACION DEL SERVICIO DE TRANSITABILIDAD DEL TRAMO ENCUESTRO - ALMENDRA, CENTRO POBLADO DE CACHICOTO, DISTRITO DE MONZON - HUAMALIES - HUANUCO	816,968	816,968						
2437309: CREACION DEL VIVERO MUNICIPAL DE ESPECIES FRUTICOLAS Y FORESTALES EN 13 LOCALIDADES DEL DISTRITO DE MONZON - PROVINCIA DE HUAMALIES - DEPARTAMENTO DE HUANUCO		8,700						
2468166: MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE APOYO A LA CADENA PRODUCTIVA DEL CACAO EN LA LOCALIDAD DE MAQUISAPA DEL DISTRITO DE MONZON - PROVINCIA DE HUAMALIES - DEPARTAMENTO DE HUANUCO		354,571	354,571	0	0	0	0	0.0
2471604: CREACION DEL SERVICIO DE DRENAJE PLUVIAL EN LA LOCALIDAD DE CAUNARAPA CAUNARAPA (LA LIBERTAD) DEL DISTRITO DE MONZON - PROVINCIA DE HUAMALIES - DEPARTAMENTO DE HUANUCO		12,000	12,000	0	0	0	0	0.0
2471946: CREACION ESCALINATA DE ACCESO PEATONAL EN LA LOCALIDAD DE CAUNARAPA CAUNARAPA (LA LIBERTAD) DEL DISTRITO DE MONZON - PROVINCIA DE HUAMALIES - DEPARTAMENTO DE HUANUCO		13,000	13,000	0	0	0	0	0.0
2473858: CREACION DE ESCALINATAS PARA EL ACCESO DEL SERVICIO DE TRANSITABILIDAD PEATONAL EN LA CALLE RAIMINODI DE LA LOCALIDAD DE MONZON DEL DISTRITO DE MONZON - PROVINCIA DE HUAMALIES - DEPARTAMENTO DE HUANUCO		12,000	12,000	0	0	0	0	0.0
2474228: CREACION DE AMBIENTE DE USOS MULTIPLES EN LA LOCALIDAD DE CHAUPYACU, DEL DISTRITO DE MONZON - PROVINCIA DE HUAMALIES - DEPARTAMENTO DE HUANUCO		13,000	13,000	13,000	13,000	13,000	13,000	100.0
3000355: PATRULLAJE POR SECTOR	129,222	129,222	17,000	6,300	4,800	4,800	4,800	3.7
3000356: COMUNIDAD ORGANIZADA A FAVOR DE LA SEGURIDAD CIUDADANA	40,938	40,938						
3000380: PRODUCTORES AGRICOLAS CON MENOR PRESENCIA DE PLAGAS PRIORIZADAS	10,000	10,000						
3000523: PRODUCTOR PECUARIO CON MENOR PRESENCIA DE ENFERMEDADES EN SUS ANIMALES POR EL CONTROL SANITARIO	6,280	6,280						
3000566: PRODUCTORES AGROPECUARIOS CON COMPETENCIAS PARA EL APROVECHAMIENTO DEL RECURSO SUELO EN EL SECTOR AGRARIO	12,600	12,600						
3000627: SERVICIO DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO PARA HOGARES RURALES	107,074	107,074	10,400	4,200	4,200	4,200	4,200	3.9
3000664: AGENTES DE LOS DESTINOS TURISTICOS CUENTAN CON SERVICIOS PARA DESARROLLAR UNA OFERTA TURISTICA COMPETITIVA	14,900	14,900						
3000734: CAPACIDAD INSTALADA PARA LA PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A EMERGENCIAS Y DESASTRES	15,000	15,000						
3000735: DESARROLLO DE MEDIDAS DE INTERVENCION PARA LA PROTECCION FISICA FRENTE A PELIGROS	92,700	92,700	40,691	0	0	0	0	0.0
3000848: RESIDUOS SOLIDOS DEL AMBITO MUNICIPAL DISPUESTOS ADECUADAMENTE	99,200	99,200	43,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14.6
3000856: FAMILIAS CON PRACTICAS PRODUCTIVAS SOSTENIBLES QUE PREVIENEN LA EXPANSION DE CULTIVOS Ilicitos		40,063						
3033251: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA	24,722	24,722						
3999999: SIN PRODUCTO	5,537,744	5,537,744	1,145,698	277,846	267,946	258,546	224,825	4.7

Nota: Consulta amigable Ministerio de Economía y Finanzas-MEF

C. Nivel de entorno de tendencias globales

En la localidad existe poco conocimiento y puesta en práctica acerca de las experiencias exitosas que mejoraron estilos de vida en sus poblaciones objetivo desde la perspectiva intercultural; esto afecta el compromiso y desempeño del personal de salud y del gobierno local que carece de capacidad de gestión en temas relacionados con la seguridad alimentaria, y la adopción de estilos de vida saludable, convirtiéndose en una gran brecha para la ejecución de trabajos relacionados con salud.

En el mejor de los casos los enfoques y tendencias globales son transmitidos por el MINSA, pero que a la fecha no ha logrado instalar de manera sostenible la interculturalidad en los servicios de salud.

3.2. Análisis Organizacional

3.2.1. La Organización.

A Generalidades.

- Nombre** : Microred de salud Monzón
- Ubicación** : Ubicado a 47 kilómetros al noreste de la ciudad de Tingo María, en el distrito de Monzón, de la provincia de Huamalíes del Departamento de Huánuco.
- Categoría** : Tiene una categorización I-3
- Servicios** : Control de crecimiento y desarrollo de niño sano, inmunizaciones en diferentes grupos de edades, atención en servicio materno neonatal, consultorios de medicina, laboratorio, odontología, unidad de seguros, etapa vida adolescente, planificación familiar, programa de prevención y control de tuberculosis, prevención de enfermedades metaxénicas, salud ambiental y zoonosis, atención de partos inminentes, tópico y triaje.
- Alcance** : Se considera a 27,210 habitantes en 5,570 familias.
- Fecha de creación** : 07 de agosto del 2002
- Misión** : Brindar la Atención Primaria de la Salud en nuestra jurisdicción, participando activamente en la promoción y

prevención de la salud a través de asistencias médicas, fomentando la mejora en la calidad de vida de las familias generando valor agregado en nuestra prestación de servicios.

Visión : Ser una organización de cogestión del sector salud competitiva, con atención de calidad, innovadora, promotora en la protección de la salud sostenible, descentralizada, con profesionales altamente competitivas y comprometidas con la excelencia en la atención.

Infraestructura y equipamiento : Se encuentra inventariado por equipamiento, mobiliario e infraestructura adquiridos, recibidos en donación, otorgados por la DIRESA, desde la creación del ACLAS en octubre 2016. Mencionaremos las divisiones generales, y algunos de los elementos que la conforman, las cuales son:

- **Salud del niño:** tallímetro pediátrico, balanza con plataforma, archivador pequeño de 4 cajones, etc.
- **Salud de la mujer:** ecógrafo, monitor fetal, porta suero, manómetro, estetoscopio, etc.
- **Salud del adulto – consultorio de medicina:** camilla clínica color plomo, negatoscopio un cuerpo, gradilla con 4 compartimientos, etc.
- **Salud del adulto – tópico:** tensiómetro adulto, máquina de aspiración portátil, pupinel de esterilización, etc.
- **Salud del adulto – laboratorio:** microscopio blanco/negro, micro centrifuga hematocrito, glucómetro, mesa giratoria, etc.
- **Salud bucal:** micromotor dental, unidad dental completa (sillón y taburete), baja lengua metálico, etc.
- **Farmacia:** equipo de cómputo completo, escalinata de metal dos gradas, termómetro digital, termómetro ambiental, etc.
- **Salud ambiental:** impresora, archivador metálico, termo P/transporte de agua, moto pulverizador, etc.
- **Infraestructura – consultorio y/o ambiente:** consultorio salud niño, consultorio salud mujer, consultorio salud adulto, ambiente tópico, ambiente farmacia, etc.

La Microred Monzón brinda atención a 27,210 pobladores a través de sus diez centros de salud.

Tabla 1

Población total según establecimientos de salud, distrito de Monzón 2019

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	POBLACIÓN	
	2018	2019
Centro de Salud Monzón	7277	7338
Puesto de Salud Manchuria	1350	1364
Puesto de Salud Palo de Acero	1892	1905
Puesto de Salud Cachicoto	6482	6532
Puesto de Salud Cashapampa	2703	2723
Puesto de Salud Agua Blanca	1350	1364
Puesto de Salud Sachavaca	1621	1631
Puesto de Salud Caunarapa	2161	2179
Puesto de Salud Tazo Grande	1084	1087
Puesto de Salud Cuyaco	1084	1087
TOTAL POBLACIÓN	27004	27210

Nota: La tabla es el resultado del análisis de Situación de Salud, distrito de Monzón 2019
El número de varones y mujeres es similar en la Microred Monzón.

Tabla 2

Población total según sexo en los establecimientos de salud, distrito de

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	POBLACIÓN		
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Centro de Salud Monzón	3675	3602	7277
Puesto de Salud Manchuria	683	667	1350
Puesto de Salud Palo de Acero	958	934	1892
Puesto de Salud Cachicoto	3280	3202	6482
Puesto de Salud Cashapampa	1369	1334	2703
Puesto de Salud Agua Blanca	683	667	1350
Puesto de Salud Sachavaca	821	800	1621
Puesto de Salud Cañarapa	1094	1067	2161
Puesto de Salud Tazo Grande	550	534	1084
Puesto de Salud Cuyaco	550	534	1084
TOTAL POBLACIÓN	13663	13341	27004

Monzón 2019

Nota: La tabla es el resultado del análisis de Situación de Salud, distrito de Monzón 2019

En la Microred Monzón existen 5, 570 familias en 34 comunidades locales.

Tabla 3

Número de familias en relación con el número de comunidades por establecimiento de salud, distrito de Monzón 2019

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NUMEROS	
	COMUNIDADES	FAMILIA
Centro de Salud Monzón	13	1611
Puesto de Salud Manchuria	8	266
Puesto de Salud Palo de Acero	8	372
Puesto de Salud Cachicoto	6	1315
Puesto de Salud Cashapampa	5	515
Puesto de Salud Agua Blanca	8	267
Puesto de Salud Sachavaca	9	323
Puesto de Salud Caunarapa	7	445
Puesto de Salud Tazo Grande	7	234
Puesto de Salud Cuyaco	5	222
TOTAL POBLACIÓN	76	5570

Nota: La tabla es el resultado del análisis de Situación de Salud, distrito de Monzón 2019

Tabla 4*Comunidades y Localidades el distrito de Monzón 2019*

COMUNIDADES	COMUNIDADES
01 AGUA BLANCA	18 MONZON
02 CORVINILLA	19 MUCHCAPATA
03 COLORADA	20 CRUZPAMPA
04 SHITARI	21 CHAUPIYACU
05 CRUZPAMPA	22 PACCHAC
06 PALO DE ACERO	23 MANAHUIYAY
07 PALO WIMBA	24 GRANJA
08 PAUCACO	25 SELVA BAJA
09 SACHAVACA	26 CAUNARAPA
10 HUANCARRUMI	27 MARAVILLAS
11 NUEVA DELHY	28 CHIPACO
12 MANCHURIA	29 TAZO GRANDE
13 RIO ESPINO	30 CACHICOTO
14 YANACANDADO	31 CUYACO
15 CAMOTE	32 SAN CRISTOBAL
16 POZO RICO	33 CASHAPAMPA
17 SHIANCA	34 SAN JUAN DE CAPI

Nota: La tabla es el resultado del análisis de Situación de Salud, distrito de Monzón 2019

Sin embargo, existen determinantes sociales que condicionan la salud de la población como es el caso del analfabetismo en mujeres y otros problemas identificados de los determinantes de salud.

Tabla 5

Tasa de analfabetismo y tasa de analfabetismo en mujeres del distrito de Monzón en razón a estándares nacional, regional y provincial (2007-2017)

N°	DEPARTAMENTO / DISTRITOS	INDICADORES DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS DE LA SALUD			
		EDUCACION			
		Tasa de analfabetismo (%)		Tasa de analfabetismo en mujeres (%)	
		2007 (1)	2017 (2)	2007 (1)	2017 (2)
1	Perú	15.0	7.1	19.1	9.8
2	Huanuco	26.8	16.6	33.9	17.0
3	Huamalies	30.1	19.0	37.4	15.3
4	Monzón	17.4	10.5	22.5	9.9

Nota: La tabla es el resultado del análisis de Situación de

Salud, distrito de Monzón 2019

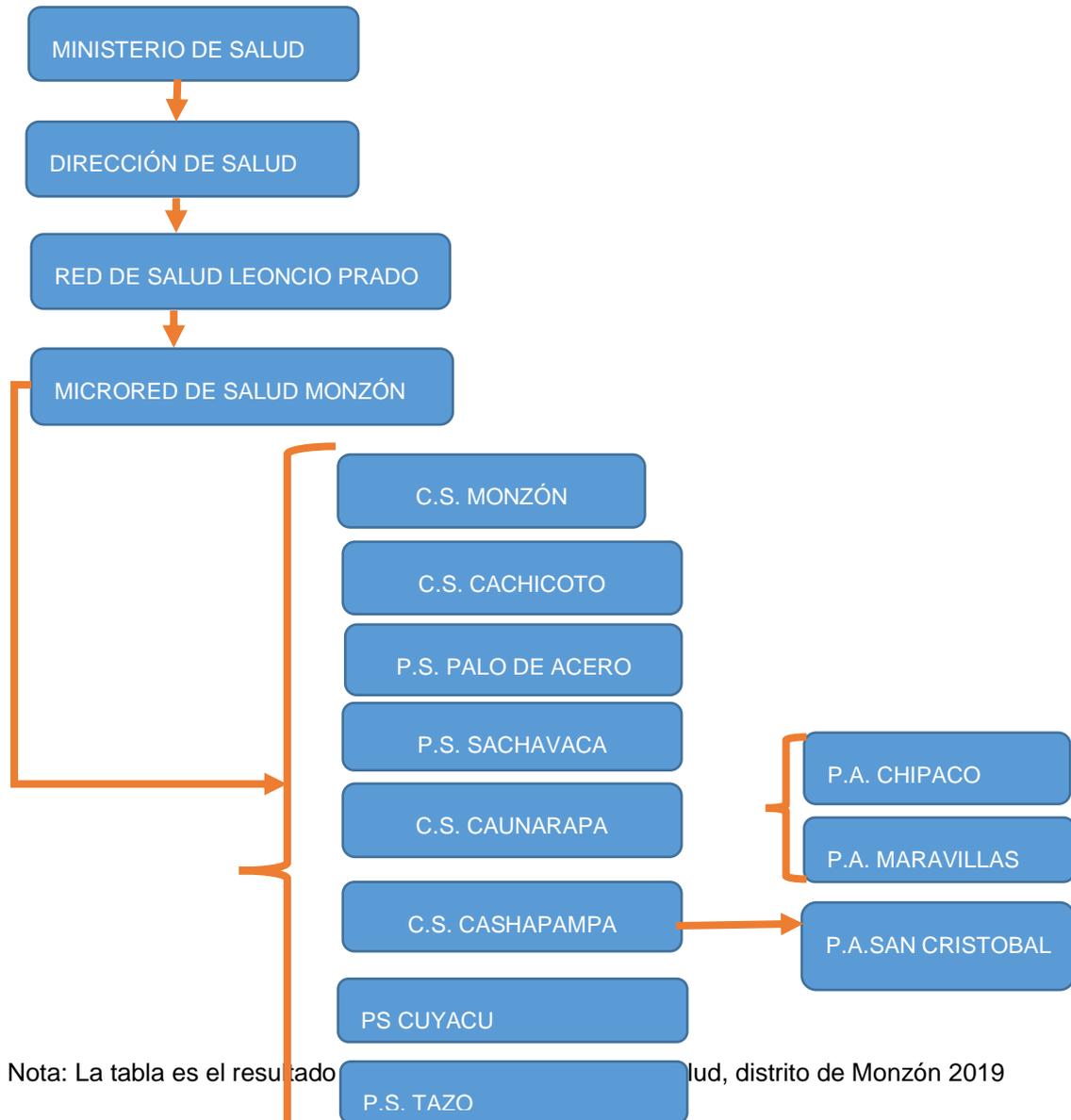
Tabla 6*Priorización de problemas según determinantes de salud distrito de Monzón 2019*

Problemas Identificados de los Determinantes de Salud	Criterios ordenadores			Puntaje total
	Magnitud	Tendencia	Tend. Brecha Inequidad	
Frecuentes huaycos e inundaciones en mes Octubre-Abril	2	2	2	6
Carreteras o vías de accesibilidad en mal estado	2	2	1	5
Población sobreestimada asignada a EE.SS por la DIRESA Huánuco.	3	2	2	7
Bajo nivel educativo en población del Distrito Monzón.	2	1	1	4
Existencia de partos domiciliarios anuales.	2	2	2	6
Embarazo de adolescentes con coberturas del 27 %.	3	2	2	7
50 % de familias no consumen agua segura.	3	3	2	8
Limitada personal de salud por establecimientos de salud.	3	2	2	7
Abastecimiento limitado de insumos y materiales a EE.SS.	2	2	2	6
Falta de equipamiento en los EE.SS (FONP-FONB) y (FIP-FIB)	3	2	2	7

Nota: La tabla es el resultado del análisis de Situación de Salud, distrito de Monzón 2019

Figura 10

Estructura Orgánica de la Microred Monzón 2019



Nota: La tabla es el resultado de la encuesta de salud, distrito de Monzón 2019

B Objetivo

- Sensibilizar a la población en general, líderes comunitarios y autoridades locales para promover conductas saludables mediante la promoción de la salud y prevención del cáncer.
- Promover la participación social.
- Informar, educar y sensibilizar a la familia, y población a través de las visitas domiciliarias.

- Informar, educar y sensibilizar a la familia, y población a través de nuestro espacio radial.
- Desarrollar una feria educativa sobre el Cáncer
- Desarrollar campañas de detección precoz del cáncer de cérvix y próstata.

C *Análisis Interno.*

En esta parte analizaremos la institución a través de cinco subsistemas:

El Subsistema razón de Ser. La Microred Monzón es un centro de salud cuyo objetivo institucional declara que: “Somos un establecimiento de salud I-3 con un equipo multidisciplinario capacitado que brinda atención de calidad a nuestros usuarios en todo el ámbito geográfico de nuestra jurisdicción”.

La Microred, como órgano de línea base se encarga de la administración de todas las IPRESS a dentro de su inferencia territorial, en ese sentido son las responsables de capacitar y supervisar al personal de atención en salud en temas relacionados a la gestión intercultural y a través de ellos sensibilizar a la comunidad para mejorar la calidad de vida de la población.

En ese sentido, el subsistema razón de ser esta en relación directa con la misión institucional y la solución de este redundara en su logro.

El Subsistema tecnológico. El proceso de Promoción de la Salud se inicia con la determinación de necesidades, riesgos, población vulnerable, brechas en el acceso a servicios básicos, accesibilidad geográfica a través de Análisis Situacional de Salud (ASIS). Posteriormente se determinan metas y objetivos en base a las necesidades identificadas y usando los cinco escenarios propuestos por la metodología del PROMSA: Familia y Vivienda, Comunidad, Municipios, Instituciones Educativas y Centro Laborales. Se prosigue con la elaboración del plan de trabajo para identificar las estrategias adecuadas que nos permitirán resolver los problemas encontrados. A continuación, se generan las alianzas estratégicas en la comunidad, se inicia la sensibilización, captación y formación de agentes comunitarios

adecuando los materiales y herramientas existentes de acuerdo con la realidad cultural.

Este es un proceso crítico, por cuanto conocer la realidad cultural requiere del conocimiento de otras disciplinas y enfoques y lograr su transversalidad en el plan de trabajo. Seguidamente, se implementa la estrategia de sectorización de comunidades para fortalecer el vínculo entre el personal de salud y la población en ámbitos geográficos delimitados. Se continúa con la ejecución de los planes de trabajo, monitoreando su aplicación para luego evaluar los resultados en cuanto a la adopción de comportamientos y estilos saludables, y por tanto contribuir en la reducción de enfermedades prevenibles con participación comunitaria en la Microred Monzón.

El Subsistema estructural. A continuación, describiremos el estado de las relaciones jerárquicas, roles y funciones en la Microred Monzón con respecto a cada nudo crítico identificado.

- **Nudo crítico 1:** Según la Dirección Ejecutiva de Epidemiología, el área de Epidemiología tiene las siguientes funciones: a) Vigilancia epidemiológica en salud pública, b) Análisis situacional de salud (ASIS), que es instrumento base para la planificación estratégica y gestión sanitaria en el marco de las prioridades sanitarias regionales. c) Investigación epidemiológica. d) Capacitación en Epidemiológica básica - Módulo de Principio de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). e) Monitoreo y evaluación de las intervenciones sanitarias.

En la actualidad estas funciones se cumplen de manera limitada, tal es así que la actualización del Análisis Situacional de Salud (ASIS) no se ha realizado, muchas veces el mismo documento es usado para varios periodos, lo cual limita identificación real y objetiva de la problemática.

- **Nudo crítico 2:** La Gerencia de la Asociación de Comunidades Locales Administrativas depende de la Junta Administrativa del (ACLAS) que está constituida por miembros representantes de la población, los mismos que cuentan con conocimientos básicos de

planificación. Asimismo, esta Junta, en Asamblea designa al Gerente anteponiendo criterios personales en lugar de los institucionales. Por tanto, el personal que asume la gerencia muchas veces desconoce sus roles y funciones administrativas y de gestión debilitando la canalización de los intereses y objetivos de la población.

- **Nudo crítico 3:** La Coordinación del Promoción de la Salud es responsable de promover estilos y hábitos de vida saludable en la población, para ello existe un proceso en el cual la población debe comprometerse con los objetivos de mejorar la salud de la localidad. Un paso importante para el cambio de actitudes es la sensibilización ya que a través de esta actividad se espera que la población entre en un proceso de concientización, lo cual debe permitir fortalecer la relación entre la población y los servicios de salud, logrando un empoderamiento social en cuanto a salud en la comunidad. Las acciones de sensibilización carecen de acción por cuanto que el personal de salud se limita a cumplir sus labores asistenciales de recuperación y tratamiento, dejando de lado lo preventivo promocional; en todo caso las actividades preventivas se han reducido a actividades esporádicas y aisladas que carecen de seguimiento para el cambio de hábitos saludables.
- **Nudo crítico 4:** La aplicación de las herramientas y materiales está a cargo de área de Coordinación del Promoción de la Salud, estos insumos son distribuidos por el MINSA a través de la Dirección Regional de Salud, la distribución muchas veces es tardía, en ocasiones se evidencia desabastecimiento; en otras ocasiones los materiales como rotafolios, afiches, folletos, etc. corresponden a una lengua diferente a la que se emplea en la localidad; están diseñados para una población letrada y en el distrito cuenta con población iletrada.

Es así como la Microred Monzón traslada cultura “institucional” a través de los promotores locales de salud.

- **Nudo crítico 5:** El Equipo de Gestión de Calidad de la Microred Monzón tiene la función de monitorear, supervisar y auditar el cumplimiento de procedimientos y servicios de manera adecuada y oportuna; con criterios de eficiencia, eficacia, niveles de satisfacción de usuarios, avances y logros de objetivos y metas de acuerdo con el Plan de Salud Local (PSL). El monitoreo debe realizarse cada tres meses. Sin embargo, este se realiza de manera anual y sin participación de la comunidad, lo cual incide en escaso uso de información para la implementación de correctivos de manera oportuna.

El Subsistema Psicosocial.

- **Nudo crítico 1:** El perfil estipulado para el puesto resalta la formación asistencial; el personal que compone el área de Epidemiología carece de competencias para la realización de sus funciones como es la formulación del Diagnóstico de la situación de salud. Por tanto, la determinación de barreras sociales y culturales carece de profundidad. Otro factor para tomarse en cuenta son las múltiples responsabilidades que cumple el personal de esta área, tal es así que el equipo tiene sobrecarga de actividades asistenciales.
- **Nudo crítico 2:** La débil capacidad gerencial y de liderazgo limita una adecuada gestión y direccionamiento del trabajo del personal para el logro de objetivos y metas de la institución y por ende su contribución al desarrollo integral de la comunidad.
- **Nudo crítico 3:** El direccionamiento y ejecución de las actividades de sensibilización en establecimientos de nivel primario recae en personal de salud, este a su vez no está capacitado para direccionar y lograr el relacionamiento del programa con la población, de manera adecuada. Las débiles competencias y el compromiso con el cambio que son parte de la cultura institucional traen como consecuencia el rechazo de la población frente a las propuestas de estilos de vida saludables.
- **Nudo crítico 4: Uso de herramientas.** La aplicación de las metodologías y herramientas está a cargo del Coordinador de

Promoción de la Salud y de todo el personal. En el caso de puesto de Coordinador no se ha determinado un perfil de puesto. En la actualidad se ha designado a una profesional asistencial quien cuenta con competencias relacionadas con la atención primaria en salud con enfoque familia y comunidad. Sin embargo, en la mayoría de los establecimientos de la Microred estas competencias no son requisito para el puesto.

En cuanto al personal podemos manifestar que el perfil es prioritariamente asistencial con poco conocimiento y capacitación en conceptos y enfoques de promoción de la salud. Adicionalmente, podemos manifestar que en la Microred Monzón los perfiles de puestos no consideran como requisito la formación temas relacionados a la Promoción de la Salud.

- **Nudo crítico 5: Monitoreo.** El monitoreo de las acciones de Promoción de la Salud está a cargo del Comité de Gestión de Calidad, integrado por un representante de cada servicio de la Microred. Para ser miembro de este equipo no es necesario acreditar competencias relacionadas a la gestión de la calidad, al monitoreo y mucho menos a la Promoción de la Salud por cuanto no es requisito. El personal que asume la responsabilidad de Gestión de la Calidad es pobremente capacitado y pocas veces abastecido con materiales para el desarrollo de sus actividades, resaltando que el personal dedica a mayor parte del tiempo a la parte asistencial, dejando de lado las actividades dentro del marco de la Gestión de la Calidad.

El Subsistema: Gestión.

- **Nudo crítico 1:** La identificación de barreras sociales y culturales que se encuentran enmarcadas en el Análisis Situacional de Salud es una actividad que se ejecuta anualmente con participación de la población a través de los líderes comunitarios y el manejo adecuado de la vigilancia y la investigación epidemiológica en el espacio geográfico de intervención. Sin embargo, la información generada

en el diagnóstico (Análisis Situacional de Salud) no es suficiente desde la perspectiva de barreras culturales.

Otro documento de gestión es el Plan de Salud Local (PSL), cuya responsabilidad de su formulación recae en la Gerencia, la Junta Directiva del ACLAS y del personal de salud. Sin embargo, la formulación no es participativa (se obvia la participación del personal operativo) lo cual genera desinterés y poco compromiso en el logro de metas y objetivos. Se debe resaltar que se ha podido evidenciar que los Planes referidos carecen de una formulación técnicamente adecuada, primando así el uso y copia repetitiva de documentos elaborados con anterioridad.

Como hemos manifestado el plan de trabajo para la promoción de la salud, no evidencia transversalización del enfoque de interculturalidad.

- **Nudo crítico 2:** La formulación de objetivos y metas del PSL, no recoge la problemática identificada en el ASIS. Por tanto, no responde la realidad y necesidades de la localidad. Asimismo, la formulación de estos documentos de gestión es de tipo mecánico, toda vez que año a año se realizan pequeños cambios y actualizaciones, desconociendo así que la realidad es dinámica y cambiante. Por tanto, las metas y objetivos tienen poca relación con las necesidades de la localidad.
- **Nudo crítico 3:** La sensibilización está a cargo de la Coordinación de promoción de la salud. Esta coordinación planifica las actividades anualmente a través del Programa de Promoción de la Salud en el que se establecen objetivos y metas, así como las estrategias para su cumplimiento. La operativización de estas actividades (sensibilización) muchas veces queda abandonadas por cuanto el Plan Operativo Anual de la Microred y el Plan de Trabajo PROMSA están poco integrados.
- **Nudo crítico 4:** La aplicación de normas, guías metodológicas, estrategias, etc. otorgada por el MINSA a las IPRESS para el manejo adecuado de promoción de la salud no es socializada y en muchos

casos son desconocidas por el personal; esto genera que su aplicación en la comunidad sea limitada y de poco impacto.

- **Nudo crítico 5:** El monitoreo está a cargo del Equipo de Gestión de Calidad quienes implementan manuales e instrumentos de evaluación de la calidad de los servicios brindados y del nivel de satisfacción del usuario. La información generada por esta instancia no es tomada en cuenta en el nivel gerencial.

3.2.2. Entorno Organizacional.

A. Entorno Inmediato.

Población: De acuerdo con el ASIS 2019 del distrito de Monzón, la población que atiende la Microred Monzón es de 27,004. Esta población está insertada en un contexto rural; de acuerdo con INEI, en el año 2017 el 65% se autodefine como quechua al referirse a su origen étnico y 23% es quechua hablante; es población migrante de la sierra y selva principalmente del departamento de Huánuco, y que se asentó en este lugar cuando la actividad de cultivo de coca tuvo su apogeo. Esta población fue víctima de la violencia política sucedida en nuestro país durante las décadas de los 80 y 90; efleja la existencia de problemas en base al inadecuado relacionamiento con la institución representado por el personal asistencial (principalmente); el problema se evidencia en la calidad de la atención, a través el uso de lenguaje que muchas veces es bastante técnico, con los conceptos, paradigmas, usos y costumbres con los modelos, medios y materiales que emplea la institución.

El inadecuado relacionamiento, está asociado al modelo institucional en cuanto a identificación de barreras culturales, definición de metas y objetivos, ambientes y uso de señáletica (entre otras), a las limitadas competencias que tiene el personal de la institución para atender a la población tomando en cuenta de pertinencia cultural; si este fuera el caso no existiera quejas de la población sobre la atención, como la impaciencia que muestran, en algunos casos la falta de respeto con la imposición de ciertas “alternativas”, además de discriminación y marginación en ciertos casos. El otro factor, está relacionado con los

medios y materiales que se utilizan, los cuales generan choques culturales entre la institución y la población, hecho que no contribuye tanto a la promoción y atención de la salud.

Evidentemente estamos hablando de una inadecuada relación intercultural entre la institución y la población.

En el entorno organizacional encontramos a los siguientes actores con sus respectivos nudos críticos:

Asociación de Comités Locales en Salud (ACLAS).

De acuerdo con la Diresa Huánuco, (2012). El ACLAS es una asociación civil de derecho privado sin fines de lucro, con personería jurídica, de carácter eminentemente social y de bien común, ajena a toda actividad política y religiosa. Se constituye con la finalidad de administrar la atención primaria en salud en la jurisdicción de un determinado ámbito distrital, a través de la ejecución de un Plan de Salud Local (PSL), correspondientes a los servicios de salud de los establecimientos del primer nivel de atención que les son asignados mediante convenio de co-gobernabilidad.

En el distrito de Monzón se cuenta con tres ACLAS (Monzón, Cachicoto y Palo de Acero), los cuales se distribuyen la administración de los diez establecimientos de salud.

- **Nudo crítico 1:** En los ACLAS se tiene poco conocimiento sobre temas de planificación, monitoreo, objetivos y metas; en sí en temas de gestión; es por ello, que como organización han ido presentado débil compromiso con la gestión de la salud local y muy poco con la gestión intercultural de la salud.

Agentes Comunitarios. MINSA, (2017). Son personas del mismo distrito, que desarrollan funciones de apoyo al personal de salud en temas educativos básicos para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; cada uno de ellos debe estar capacitado en los cinco módulos estipulados por el Ministerio de Salud para contar con nociones básicas de los temas que desarrollará con la población. De

acuerdo con el Ministerio de Salud actualmente son 75 los Agentes Comunitarios en la Microred Monzón.

- **Nudo crítico 2:** Los agentes comunitarios desarrollan competencias, para el ejercer de sus funciones de acuerdo con los conceptos y paradigmas institucionales, dejando de lado sus conocimientos y prácticas ancestrales. Es decir, en adelante son portadores y diseminadores de una nueva cultura (la institucional-biomédica) en lugar de servir como vaso comunicante entre la cultura institucional y la cultura local. Institucionalmente, los agentes comunitarios, se encuentran en una posición marginal, muy a pesar de que poseen información de “primera fuente” que requiere ser aprovechada por la Microred de Salud Monzón.

Terapeutas Tradicionales. Tanto en la capital como en el distrito, el uso de la medicina tradicional está vigente a través de terapeutas tradicionales (curanderos y parteras). Estos actores practican la medicina en base a sus usos y costumbres. Nudo crítico 3: Actualmente se encuentran poco articulados con los sistemas formales, y su acción es casi de manera clandestina, pero muy validada y reconocida por la población.

EsSalud. Brinda atención primaria a sus afiliados. No implementa su programa de salud complementaria que existe en otras localidades.

Farmacias y Boticas Privadas. Como dato adicional podemos manifestar que en la capital del distrito se cuentan con un subsistema privado que compuesto por boticas y farmacias bajo la autorización de la municipalidad principalmente.

B. Entorno Intermedio.

Municipalidad Distrital de Monzón. Es de carácter distrital y pertenece a la municipalidad Provincial de Huamalíes. De acuerdo con la Ley de Municipalidades (Ley 27972) es promotor del desarrollo local. Cuenta con una Gerencia de Desarrollo Social que tiene a su cargo temas relacionados a salud, educación, etc. En el año 2013 ha formulado su Plan de Desarrollo Local con proyección al 2021; (en la actualidad se encuentra en proceso de actualización). En lo que ha

salud se refiere, este documento se considera como actores al alcalde distrital, gerente de desarrollo social y agentes municipales, cuya gestión no siempre ha evidenciado resultados de impacto (como ocurre en muchas localidades). Por tanto, se carece de políticas locales de salud, el presupuesto es ínfimo, los proyectos son escasos; en la consulta amigable del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) se evidencia que con la ejecución del presupuesto 2018 sólo un proyecto está relacionado directamente con los objetivos de la promoción de la salud Proyecto N° 3033251 *“Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses”*.

Caber resaltar que si bien existen otros siete proyectos que se relacionan al saneamiento básico y dotación de agua, estos son de carácter físico. Además, las capacidades son débiles en cuanto a promoción de la salud, etc.; a esto se suma la débil articulación con la institución médica con el ACLAS, para la solución de los problemas que presenta la población y para mejorar la calidad de los servicios para estos.

- **Nudo crítico 1:** Poca voluntad política para la articulación e implementación de proyectos de promoción de la salud en el distrito **Dirección Regional de Salud.** Instancia desconcentrada del Ministerio de Salud que cumple políticas y objetivos nacionales de salud con todos los sectores públicos, privados y actores sociales; está constituida por 279 establecimientos del sector, de los cuales 267 corresponden al Gobierno Regional (2 hospitales, 52 Centro de Salud, 213 Puestos de Salud). Cuenta con una Dirección de Promoción de la Salud que está relacionado con diferentes programas presupuestales como: prevención de la anemia, controles prenatales y post parto, TBC, enfermedades de transmisión sexual, CRED, etc. (DIRESA HUÁNUCO, 2020)
- **Nudo Crítico 2:** La DIRESA no promueve la interculturalidad como un enfoque transversal, tampoco difunde de manera óptima el Programa de Promoción de la Salud, el cual es de mucha relevancia

para tanto para la institución como para la población; esto debido a que no aplican los lineamientos, planes concernientes a lo mencionado.

Dirección de Promoción de la Salud – Huánuco.

De acuerdo al documento de la DIRESA HUÁNUCO (2020), tiene las siguientes funciones:

- Lograr que las personas asuman comportamientos saludables
- Generar las condiciones estratégicas para la construcción de la cultura de la salud.
- Lograr el establecimiento de políticas, públicas saludables.
- Implementar y evaluar planes, programas y proyectos de intervención.
- Proponer e implementar normas y procedimientos.
- Crear espacios de concertación con instituciones y organismos sociales.
- Coordinar y desarrollar estudios de investigación y evaluación de impacto.
- Su labor está enfocada en el cumplimiento de los siguientes Programas presupuestales:
 - Programa presupuestal - articulado nutricional.
 - Programa presupuestal - salud materna neonatal.
 - Programa presupuestal - prevención y control de tbc / vih sida.
 - Programa presupuestal - enfermedades metaxénicas y zoonosis.
 - Programa presupuestal - enfermedades no transmisibles.
 - Programa presupuestal - prevención y control del cáncer.
 - Programa presupuestal - prevención y manejo de condiciones secundarias de salud de personas con discapacidad.
 - Programa presupuestal - control y prevención salud mental.
 - Registro y codificación de la atención en consulta externa - sistema de información His.
 - Carteras de servicios de los productos de promoción de la salud.

- **Nudo crítico 3:** Si bien el abordaje de salud tiene que ver con lo preventivo y, en ello, la modificación de factores sociales (entre otros), estos no toman en cuenta el enfoque de la interculturalidad como una acción transversal.

Red de Salud. Según Torres (2007) es el conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red vial y corredores sociales, articulados funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios aseguran la provisión de un conjunto de atenciones prioritarias en salud, en función de las necesidades de los habitantes.

- **Nudo crítico 4:** La Red de Salud tiene la debilidad de no trabajar de manera mancomunada; lo cual, no les permite comparar problemáticas, adaptar y mejorar estrategias para el bienestar de su población en base a objetivos de la localidad.

El Centro Nacional de Salud Intercultural. Es el órgano de línea técnico, normativo regido por el Instituto Nacional de Salud que es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico. Tiene como objetivo proponer políticas y normas en salud intercultural; así como promover el desarrollo de la investigación, docencia, programas y servicios, transferencia tecnológica y la integración de la medicina tradicional, alternativa complementaria con la médica académica, para contribuir a mejorar el nivel de salud de toda la población.

Este centro desarrolla acciones de sensibilización, eventos de capacitación y materiales informativos para abordar con pertinencia intercultural e integrar a los pueblos indígenas amazónicos y andinos en las estrategias de prevención y control de diversos daños como el VIH/SIDA, las infecciones de transmisión sexual, tuberculosis, hepatitis B, enfermedades transmisibles en general, y otras que afectan la salud materna e infantil (Instituto Nacional de Salud [INS], 2020)

- **Nudo crítico 5:** Sus funciones se encuentran centralizadas y enfocadas en la investigación, y muy poco en la gestión y facilitación de procesos sociales con la finalidad de promover la mejora de los servicios de salud local, tomando en cuenta la diversidad de contextos en las diferentes regiones.

En el caso de la región Huánuco, no cuenta con una Oficina de Salud intercultural; en este contexto la ausencia de esta oficina constituye una debilidad.

Consejo Regional de Salud. El Consejo Regional de Salud es el órgano de concertación, coordinación y articulación regional del SNCDS. Tiene las funciones siguientes: a) Promover la concertación, coordinación, articulación, planificación estratégica, gestión y evaluación de todas las actividades de salud y niveles de atención de la Región que esté en condición de realizar, acorde a su complejidad y al principio de subsidiariedad, b) Impulsar en su ámbito el cumplimiento de la finalidad del SNCDS, la Política Nacional de Salud; el Plan Nacional de Salud, los acuerdos del Consejo Nacional de Salud y sus propias disposiciones, c) Proponer bienalmente prioridades regionales de salud, orientadas al cuidado integral de la salud, y d) Velar por la organización y funcionamiento de los Consejos Provinciales de Salud y de los niveles de atención de su jurisdicción, propiciando la participación ciudadana y la coordinación intersectorial (MINSA, 2020).

- **Nudo crítico 6:** De acuerdo con el nivel de gobierno, se debe contar con Consejos Distritales. En el caso del Distrito de Monzón, este no está activo, lo cual no promueve la generación de políticas locales para la promoción de la salud. La participación ciudadana está debilitada.

Así mismo, el Gobierno Regional de Huánuco está impulsando el trabajo intersectorial de las provincias y distritos para mejorar indicadores en salud, educación y saneamiento a través del concurso al “Logro Social”. Sin embargo, tanto el Comité regional como el Comité distrital de Salud no están activos.

C. Entorno de Tendencias Globales.

A nivel de Gestión del Enfoque de Interculturalidad. Colombia: Las comunidades indígenas y afrocolombianas del Chocó promueven su seguridad alimentaria y nutricional.

La importancia del aporte del presente programa es la importancia que le dieron al tema de interculturalidad, fue trabajado a tal punto que se logró una adherencia adecuada de la población al programa y al logro de los objetivos, mediante la estrategia “Seres de Cuidado”. Si bien es cierto resaltar que las barreras culturales fueron la principal brecha, el uso de la interculturalidad y el valorar y mejorar en torno a sus creencias fue un proceso beneficioso que logro cambios inmensos en los estilos de vida de la población.

En esta experiencia la metodología utilizada en la construcción de la estrategia <Seres de cuidado> estuvo marcada por procesos de participación comunitaria e institucional basados en la escucha activa de diferentes actores que trabajan para mejorar la salud y nutrición de la población del Chocó, principalmente la más vulnerable. El proceso se desarrolló en diferentes tiempos:

- Integración de las estrategias a partir de revisión del contexto local, marco legal, conceptual y selección de prácticas claves comunes.
- Implementación de “prácticas claves mediante diálogos de saberes donde se definió lo que las comunidades piensan, sienten y hacen con relación a hábitos que favorecen la salud, la nutrición y la vida. Posteriormente se procesó y analizó la información desde el enfoque de atención primaria y determinantes sociales de la salud, para definir qué implica trabajar la práctica con cada grupo. Estos diálogos de saberes fueron guiados por preguntas y ayudas educativas (imágenes, historias, juegos, ejercicios vivenciales, dibujo, rompecabezas, lluvia de ideas, etc.),” con el apoyo de personas que dominan ambos idiomas para ser nexos culturales.
- Elaboración de estrategias que permitan resaltar las actividades principales que realiza la comunidad

- Diseñar y validar la guía operativa, materiales edu-comunicativos y técnica de seguimiento para implementar la estrategia “Seres de cuidado”. Para este proceso se realizaron tres talleres y grupos focales donde, al igual que en los encuentros de saberes, se manejó el diálogo, se presentaron los pasos a tener en cuenta para la implementación de la estrategia, mediante imágenes.
- Brindar asistencia técnica a líderes comunitarios, equipos técnicos y agentes educativos de primera infancia modalidad de atención familiar del ICBF con la finalidad de implementar la estrategia propuesta.

Prácticas Modelo en Salud Intercultural.

Las prácticas modelos de la atención integral en salud tiene que considerar todos los factores limitantes que a la fecha no han permitido desarrollar un modelo que satisfaga a la población, por lo tanto está centrada en la participación ciudadana y el respeto a su cultura.

El artículo consta de cinco casos estudiados y, la investigación de los cinco casos fue abordados con la metodología de “estudio de caso replicativo”; esta metodología debe cumplir con los estándares de confiabilidad y validez. En este estudio la validez fue obtenida usando diversas fuentes de evidencia, manteniendo un registro preciso y transparente del proceso de recolección de datos e incluyendo en el proceso analítico a los partícipes de los casos estudiados. La sistemática documentación del proceso de recolección de datos en los cinco estudios de caso y el análisis comparativo de la información recolectada por los investigadores también incrementó la confiabilidad del estudio. De cada estudio de caso participaron miembros de las comunidades indígenas, usuarios de los sistemas de salud, proveedores de salud tradicionales y occidentales, administradores de salud, representantes de organizaciones Indígenas y dirigentes comunitarios, trabajadores de organismos no gubernamentales (ONGs), funcionarios gubernamentales de diferente niveles y sectores, y funcionarios del Banco Interamericano de Desarrollo y de la Organización Panamericana de la Salud representantes de cada país.

A continuación, damos a conocer el desarrollo de cada estudio de caso. Temuco, Chile, Hospital Makewe-Pelale y Centro de Salud Boroa-Filulawen, la iniciativa de este estudio de caso se encuentra asociada a comunidades particulares, todas son parte de una visión mayor de líderes Mapuches enfocados en recuperar el poder de su medicina y a restaurar el autogobierno de sus comunidades. El programa intercultural se centra primordialmente en construir un sistema donde la medicina tradicional encarnada en la Machi (curadora tradicional) es ofrecida en condiciones de igualdad y en forma complementaria a la medicina occidental. Así, la iniciativa consta de un programa de salud intercultural que tiene por objetivo articular las dos medicinas; de este modo, los pacientes son visitados por el trabajador de salud Mapuche y un médico de formación occidental para asegurar que si lo que necesita el paciente puede ser resuelto por la medicina tradicional, y si este es derivado apropiadamente. El primer paso en desarrollar el programa de salud intercultural fue la construcción de una Ruka (casa tradicional) en terreno del hospital por parte de la comunidad y que sirve de lugar de reunión para las comunidades y los dirigentes que administran el hospital. En esta experiencia resalta la participación comunitaria en la gestión de la salud.

En la región de Cauca, Colombia, el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). Organización de autoridades indígenas que desde hace mucho tiempo ha estado luchando por mejorar las condiciones de vida de las comunidades, conformó una empresa promotora de servicios en salud (Asociación Indígena del Cauca - AIC) que cuenta con más de ciento sesenta y seis mil asociados; conformó además las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) culturalmente apropiadas, como instrumento para el desarrollo de su modelo de servicios de salud intercultural. Es decir, el liderazgo de la generación del modelo recayó en las autoridades de cada localidad.

Este modelo nace a partir de la insatisfacción de la población y sobre todo a la resistencia a la atención de los pueblos indígenas, debido al desconocimiento del idioma, la implementación de este modelo

permitió asegurar una amplia gama de servicios de salud de nivel primario, secundario y terciario. Además, se cuenta con una serie de programas preventivos y de promoción de la salud. Incluye entre sus servicios, financiado a través de sus fondos administrativos, el apoyo a prestaciones de salud de medicina tradicional indígena hoy en día es un modelo de salud que tiene como objetivo principal la búsqueda e implementación de una atención integral de la salud con visión de interculturalidad.

Otra experiencia expuesta fue la desarrollada en Otavalo, Ecuador, el centro de salud Jambi Huasi. El Centro de salud Jambi Huasi depende de la Federación de Indígenas y Campesinos de Imbabura (FICI) proveyendo toda una gama de servicios de salud, tanto occidentales como indígenas tradicionales. Entre los servicios de atención de salud occidentales que ofrece se incluyen la de un médico a tiempo completo, dentista cuatro días a la semana, un pequeño laboratorio y una partera. Entre los servicios de salud tradicionales, ofrece los servicios de un Yachac (curador tradicional) una vez por semana, una fregadora (herbalista y masajista tradicional) y una partera tradicional a tiempo completo. También ofrece servicios alternativos como masajes chinos y acupuntura. La clínica también tiene un programa de promoción de la salud que intenta integrar conocimientos de los dos sistemas, Nótese una vez más que el liderazgo es asumido por las autoridades locales.

En San Juan de Comalapa, Guatemala, las Asociación de Comadronas, la Fundación Kaslen, y el centro de salud de Comalapa. En este caso, "la práctica modelo" consiste en la articulación entre las comadronas con el sistema de salud occidental a través de un programa de capacitación que intenta mejorar la calidad de atención y capacitarlas con otros conocimientos que puedan facilitar la derivación apropiada de las parturientas de alto riesgo al sistema de salud oficial. El centro de salud comenzó en el 2002 una capacitación donde las comadronas participan durante una semana en clases de cuidados prenatales y reconocimiento de complicaciones del parto. Al final de la capacitación, reciben un carnet que las autoriza para registrar a los

niños en el registro de nacimientos. Esto funciona de hecho como una licencia para practicar. Las comadronas que no participan de la capacitación carecen, técnicamente, de licencia, aunque esto no necesariamente las detiene de practicar. El problema es que quedan expuestas a la posibilidad de sanciones.

Un factor para resaltar en este modelo es el rol de guía espiritual que cumplen las comadronas, un componente de la salud que en la cosmovisión andina es de suma importancia.

Una experiencia exitosa fue desarrollada por las clínicas de la Medical Mission y del Amazon Conservation Team, con una población aproximada de 1000 y 500 habitantes, esta clínica implementó como parte de su tratamiento la “medicina indígena tradicional”, con la participación de shamanes o chamanes, para la atención primaria de salud, con la finalidad de preservar los conocimientos ancestrales de la comunidad.

En Ecuador, se creó el Departamento de Medicina tradicional, lugar donde se desarrolla y potencia los conocimientos de medicina tradicional o “fitoterapéuticas”, con la intención de reducir la demanda de fármacos comerciales, en ese sentido se han instalado viveros donde se cultivan y producen plantas medicinales, las cuales son usadas exitosamente por chamanes y médicos.

Una experiencia local, se presentó en el centro poblado de Alma Ata, de la provincia de Churcampa, región Huancavelica, este modelo incluye a la familia y comunidad como ejes fundamentales para la universalización de la salud, garantizando la inclusión respetando la interculturalidad.

Esto se pudo realizar mediante la operativización que trabaja en correspondencia con el Modelo Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), lo que permitió a la Red de Salud de Churcampa a la DIRESA Huancavelica y al proyecto Multipaís trabajar en un único marco. La operativización se da a través de niveles de “análisis – acción” que configuran paquetes de atención integral de salud al servicio de la comunidad; los cuales, son: paquete de Atención

Integral a la Persona, que consta de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación; además de, ofrecer cuidados esenciales al niño, adolescente, joven, adulto, gestante y adulto mayor. Otro paquete es el de Atención Integral a la Familia, también ofrece actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación; además de, los cuidados para las familias en formación, expansión, dispersión y contracción. Por último, el paquete de Intervención en la Comunidad, mediante actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención a las diversas necesidades de la comunidad; además de, las intervenciones en diferentes escenarios como, las instituciones educativas, centros laborales, redes sociales y otros.

El informe sobre Lecciones Aprendidas en Programas Articulados en Salud, Alimentación y Nutrición, informe de sistematización de experiencias exitosas en los programas conjuntos de infancia, seguridad alimentaria y nutrición de américa latina y el caribe, presentado en el 2013 por la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo y el Fondo para el logro de los Objetivos del Milenio (F-ODM), donde existen Programas Conjuntos (PCs) que F-ODM incentivó para la mejora de la Seguridad alimentaria y Disminución de la Desnutrición y Anemia, para ello se realizó una convocatoria y compromiso de participar en la sistematización; luego se pasó a la selección de las experiencias y elaboración de los informes de sistematización y; por último, un taller de análisis y discusión; de los cuales tomaremos los más relevantes para usarlos como antecedentes y experiencias exitosas relacionadas con el presente trabajo.

Bolivia: Integración de objetivos nutricionales en las intervenciones agropecuarias. Este Programa se desarrolló en la zona andina de Cochabamba, la cual fue previamente estudiada y evaluada, siendo elegida por su alta vulnerabilidad en Seguridad Alimentaria, "Programa Conjunto de Fortalecimiento de la Capacidad de Respuesta Local para la Ejecución de Iniciativas Sectoriales del Programa Multisectorial Desnutrición Cero". Este programa buscó implementar ayuda a familias

de grupos de riesgo como: familias con niños menores de 5 años, familias con gestantes, familias con madres puérperas, y en etapa de lactancia; brindó ayuda a estas familias para la implementación de huertos familiares, fortalecer las capacidades locales de las familias, agricultores y municipios a través de capacitación, asistencia técnica y apoyo a la producción agropecuaria.

La metodología optada en esta experiencia se muestra en los siguientes elementos:

- Focalización de familias vulnerables (en pobreza, con ancianos o niños y madres gestantes)
- Se priorizó centros poblados o comunidades con alta tasa de población infantil menores de 5 años.
- Sensibilización respecto a la continuidad de los programas sociales.
- Involucramiento de varios sectores que contribuyan a alcanzar los objetivos trazados.
- Participación democrática de todos los involucrados para la toma de decisiones.
- Este programa resultó un aporte muy interesante a nuestro presente trabajo, ya que se trabajó en reforzamiento del trabajo con la comunidad, para la mejora de sus estilos de vida y la importancia del consumo de alimentos más nutritivos. Requisito ineludible en la gestión de la salud y del desarrollo comunitario.

Bolivia: Programación municipal conjunta en el marco de la implementación de la ventana temática infancia, seguridad alimentaria y nutrición. Este programa está orientado al trabajo en los gobiernos locales y en su equipos de trabajo, para fortalecer sus competencias en aspectos de gestión y de planificación que les permitió realizar un buen diagnóstico de los problemas identificados por sectores, que les sirvió para la formulación adecuada de un Plan Operativo Anual; este programa resulta un aporte que enriquece la premisa que los gobiernos locales necesitan, una asistencia técnica adecuada, y ser direccionados para lograr un trabajo eficaz en aspectos de mejorar la salud y la educación en los diferentes escenarios de cada lugar. La

metodología en esta experiencia tuvo como punto de arranque a la Secretaría Técnica del Programa Conjunto que asumió la estrategia de realizar talleres de programación conjunta; se elaboró un plan con participación de representantes de los ministerios y agencias del Sistema de Naciones Unidas, que luego fue socializado y complementado con apoyo de los puntos focales a nivel departamental. Este paso fue fundamental para definir de manera coordinada la agenda de los talleres y los participantes; también fue importante contar previamente con un mapeo de intervenciones en cada municipio y así organizar la programación de las actividades con una mirada más integral. Una vez definido el plan se convocó de manera oficial a los alcaldes de los 22 municipios, especificando que se abordarían temas referidos a salud y nutrición, educación, agua y saneamiento y fortalecimiento de capacidades locales. Además, en la convocatoria se solicitó la participación de los funcionarios de nivel ejecutivo y operativo involucrados con estos temas. El Comité Técnico del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN), el Programa Mundial de Alimentos (PMA) como agencia líder y el Ministerio de Desarrollo Rural, en su calidad de coordinador del Programa Conjunto, realizaron un seguimiento a la convocatoria y de este modo asegurar la participación masiva de funcionarios, municipio y población en general.

Alianzas estratégicas:

- Municipalidad distrital de Monzón a través del Ministerio de Economía y Finanzas con su presupuesto el Articulado Nutricional en el rubro de Municipio y Comunidades Saludables.
- Convenios con los Ministerios de Educación y Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social a través de Programas: Aprende Saludable y Qaly Warma respectivamente.
- Convenios con Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
- Convenio con el Sindicato de Productores Cafetaleros

3.3. Análisis de Stakeholder.

Para el presente trabajo se utilizó también el Método de Análisis de Juegos de Actores (MACTOR). Esta metodología se basa en la determinación de las motivaciones, conflictos y posibles alianzas estratégicas y busca valorar las relaciones de fuerza entre los actores y estudiar sus convergencias y divergencias con respecto a diferentes posturas, acciones y objetivos. El fin de esta metodología es facilitar al actor principal (en este caso a la Microred Monzón) una ayuda para la decisión de sus alianzas y conflictos; así como también saber quiénes serán los responsables, es decir definir los actores que jugaran el papel principal.

Tabla 7

Análisis de Stakeholders

**GESTIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD AL
PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA MICRO RED MONZÓN
RED LEONCIO PRADO**

ACTOR	RESPONSABILIDADES INSTITUCIONALES	INTERÉS	RECURSOS	POSICIÓN		INTERESES			INFLUENCIA					
				DESCONOCIDO	OPOSICIÓN	APOYO ACTIVO	INDECISO	DESCONOCIDO	POCO O NINGUN INTERÉS	INTERÉS MODERADO	EL MÁS INTERESADO	DESCONOCIDA	POCA O NINGUNA INFLUENCIA	MODERADA
Municipalidad distrital de Monzón	Es responsable de la promoción del desarrollo integral local a través de políticas, programas, planes y participación vecinal. Concentra un conjunto de facultades formales e informales que lo sitúa en una condición privilegiada de la vida política municipal.	Muestra poco interés en relación a la promoción de la salud. Su énfasis ha sido en la infraestructura	Recursos económicos/humanos/ logísticos, legales y administrativos			X			X			X		

Centro de Salud	Brindar servicios de atención primaria en salud a la población. Promoción de la salud Fomentar la calidad de vida Promover la participación social	Mantienen interés por el cumplimiento de metas.	Implementa el Programa de Promoción de la Salud (entre otros)	X	X	X
Asociación de Comités Locales en Salud (ACLAS)	Administrar la atención primaria en salud	Implementación de servicios de salud con calidad y eficiencia	Legales, administrativos, financieros y económicos	X	X	X
Agentes Comunitarios	Apoyo educativo básico para la promoción de la salud		Educativos/Conocimientos locales	X	X	X
Terapeutas tradicionales	No está formalizado. Mantener la cultura viva en lo que a salud se refiere	Brindar apoyo en salud	Conocimientos ancestrales Confianza y empatía con la población	X	X	X
ESSALUD	Brinda atención primaria en salud a sus afiliados	Cubrir demanda de atenciones	Profesionales Infraestructura Económicos	X	X	X
Farmacias y boticas privadas	Ninguna	Comercio-venta de medicamentos	Mercadeo Humanos	X	X	X
Dirección regional de salud	Cumplimiento de políticas nacionales y regionales	Cumplimiento de metas y objetivos regionales	Legales Políticos Financieros , económico y logísticos	X	X	X

Red de Salud	Brindar apoyo administrativo en cuanto a recursos humanos, bienes y servicios, materiales e insumos a todas las IPRES de su jurisdicción	Cumplimiento de metas y objetivos	Humanos	X	X	X
Centro Nacional de Salud Intercultural	Técnica normativa	Investigación	Normas Conocimientos (por investigaciones)	X	X	X
Consejo regional de salud	Coordinar y vigilar el diseño e implementación de las políticas en salud	Participación y concertación	Legales y de incidencia política	X	X	X
Instituciones Educativas de Niveles Inicial, Primario y Secundario	Tienen como función brindar servicios educativos basados en un enfoque integral	Interés por acceder a servicios de atención y promoción de la salud con calidad y calidez	Educativos y formativos Infraestructura	X	X	X
Población	Participación en programas y servicios de salud	Interés por acceder a servicios de atención y promoción de la salud con calidad y calidez	Experiencia y conocimientos ancestrales	X	X	X

Capítulo IV La Formulación

4.1 Determinación de Objetivos y Medios

4.1.1. Objetivo General.

Fortalecer la gestión del enfoque de interculturalidad en los servicios del programa de promoción de la salud en los establecimientos de la Microred Monzón de la Red Leoncio Prado.

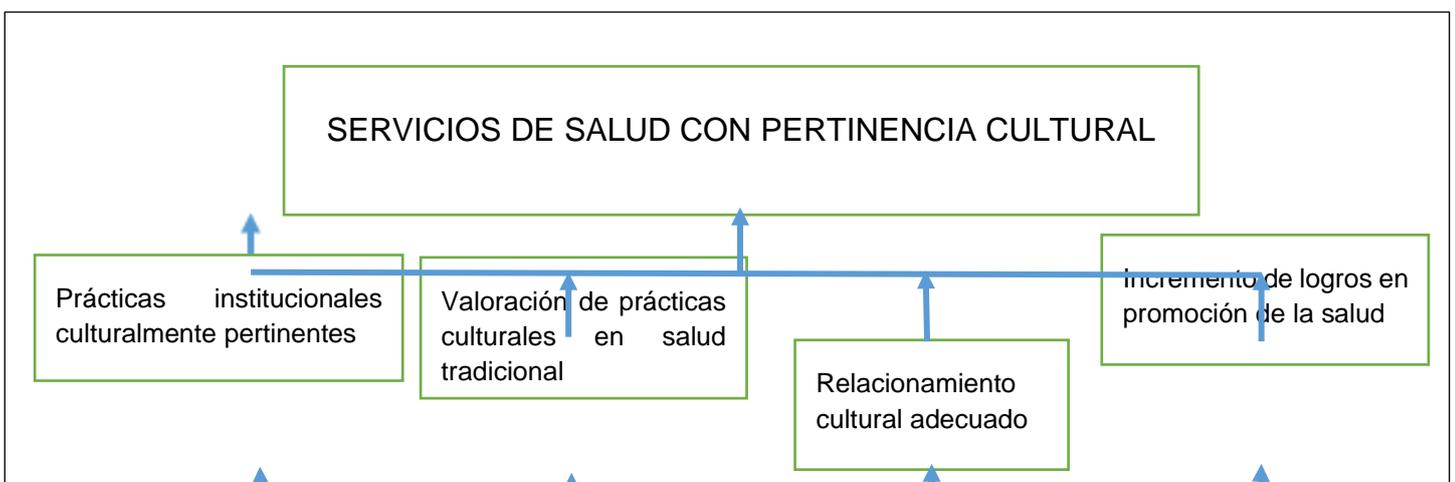
4.1.2. Objetivos específicos

- Proponer acciones de mejora del modelo institucional para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a las necesidades y prácticas comunitarias de salud y la normatividad vigente.
- Fortalecer el desarrollo de competencias del recurso humano en relación con la promoción de la salud acorde al contexto socio cultural.
- Proponer mecanismos de articulación de la Microred de Salud Monzón con los actores locales para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad.

4.1.3. Árbol de Objetivos y Medios.

Figura 11

Árbol de Objetivos y Medios



Fortalecer la gestión del enfoque de interculturalidad en los servicios del programa de promoción de la salud en los establecimientos de la Microred Monzón de la Red Leoncio Prado

Modelo institucional adecuado para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y la normatividad vigente

Reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional de parte de la Red de Salud Monzón

Desarrollo de competencias del recurso humano en relación con la promoción de la salud acorde al contexto socio cultural

Fortalecimiento de la articulación de la Microred de Salud Monzón con los actores locales para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad

Estado de Evidencias.

El presente trabajo pretende fortalecer la gestión del enfoque de interculturalidad en los servicios del Programa de Promoción de la Salud. Por ende, contribuir con el acceso real al derecho a la salud a través servicios de calidad culturalmente pertinentes. Sólo cuando el Estado a través de sus políticas, programas e instituciones lleve a la práctica conceptos como el de la interculturalidad, la población se sentirá reconocida, valorada e incluida; de este modo la diversidad cultural, étnica y lingüística dejará de ser sinónimo de exclusión y discriminación que en la actualidad constituyen una de las principales características que la población identifica en los servicios de salud.

En este trabajo se plantean tres objetivos y tres productos y dos subproductos, los mismos que permitirán el logro del objetivo general. A continuación, exponemos cada uno de ellos:

- Con relación al objetivo general: “Fortalecer la gestión del enfoque de interculturalidad en los servicios del programa de promoción de la salud en los establecimientos de la Micro- red Monzón de la Red Leoncio Prado”; es necesario considerar que la gestión de la interculturalidad implica el reconocimiento de la diversidad de culturas y de los derechos que las asiste, los mismos que deben ser promovidos y protegidos por el Estado. El Ministerio de Salud (2006).

Afirma que la incorporación del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud permitirá conocer en su real dimensión las variables que afecta las condiciones de vida y el estado de salud de la población. Así mismo, este enfoque permite superar relaciones asimétricas que se produce entre la población y el personal de salud, y fomenta la aceptación de la población usuaria. Al respecto el MINSA (2006). afirma que cuando se incluye el enfoque de interculturalidad se incrementa el uso de los servicios de salud se incrementa por cuanto se genera aceptación de parte de la población.

La interculturalidad hace posible una relación horizontal de mutuo respeto. Santos (2013). Sostiene que en la relación intercultural se produce el encuentro con el otro, lo que hace posible la articulación entre los saberes científico y popular, buscando el alcance de la curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud en los grupos cuidados.

Incorporar el enfoque de interculturalidad implica un trabajo en distintos niveles y ámbitos. El MINSA (2017). Manifiesta que, la Interculturalidad debe ser transversal y multisectorial a las políticas de gobierno y uno de sus objetivos consiste en abrir verdaderos espacios de participación a las diferentes culturas existentes.

En este sentido, nuestra propuesta pretende mejorar la calidad del servicio, entendida esta como la adecuación y pertinencia de los servicios de salud con personas y organizaciones que establezcan relaciones horizontales que promuevan la participación de la población en la promoción de la salud. La interculturalidad permite generar competencias personales e institucionales que conllevan a la calidad. Sabinas (2018). Define la competencia cultural como el conjunto de “servicios cultural y lingüísticamente apropiados”, caracterizados por la capacidad de funcionar de manera efectiva como individuo y como organización.

- Con relación al primer objetivo específico, que busca proponer acciones de mejora del modelo institucional para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a

las necesidades y prácticas comunitarias de salud y la normatividad vigente. Si bien existe un Modelo de Promoción de la Salud que reconoce el carácter multidimensional de las personas, la intervención corresponde a las estrategias institucionales. Lo que las experiencias han avanzado, muestran que estas se han enfocado en las actividades propias de la promoción; poco se ha impulsado en el nivel institucional, particularmente en cuanto a definición de objetivos y metas en base a un diagnóstico integral, etc. desde el enfoque de interculturalidad.

La estructura de los servicios, pueden constituir una barrera. La Dirección General de Planeamiento y Desarrollo en Salud-México, (2008) afirma que, los factores que pueden jugar como barreras culturales tienen que ver con la organización de los servicios, la dirección de estos, intersectorialidad, marcos éticos, ejercicio del poder, programas, planes, normas, prejuicios, valores, etc. Así mismo, es importante comprender la existencia de otras formas de entender y abordar la salud y que, valoradas, estas pueden complementarse en favor de la población usuaria. La configuración de los servicios y valoración de la medicina tradicional será una muestra práctica del diálogo intercultural que nuestra propuesta espera alcanzar.

Pintado (2016). Identifica como causa de la escasa aplicación del enfoque de interculturalidad a la verticalidad de la política, que determina procesos de diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas y a la existencia de un modelo que controla los procesos a partir de lógicas que van de arriba hacia abajo y del centro a la periferia, y por lo mismo minimiza la discrecionalidad, la capacidad de innovación y de agencia, de los encargados de la gestión local y regional.

Por lo general los objetivos y metas acompañados de normativas, y otros instrumentos son impuestos en los niveles locales. Pintado (2016). Refiere que el problema de las normativas técnicas y los protocolos de atención también son un factor limitante durante la

ejecución de un programa. Éstos resultan ser poco específicos y muy estandarizados, consecuentemente inconexos para la realidad local. La práctica más usada ha sido la adecuación de ambientes y uso del idioma local. Ministerio de Cultura (2016). En su estudio de Buenas Prácticas interculturales en la Gestión Pública identificó que la estrategia más usada ha sido el uso de lenguas originarias. Si bien esta es una acción positiva, es una iniciativa que requiere ser impulsada a fin de pasar de la adecuación a la pertinencia. Campos (2017). Manifiesta que mientras la adecuación cultural es resultado de la adaptación del servicio para atraer usuarias(os) y cumplir la cobertura de atención en la jurisdicción asignada; la pertinencia cultural es entendida como el desarrollo de acciones en el servicio de salud que responden a la garantía de derechos de los(as) usuarios(as), enfocándose en la interculturalidad.

Sinónimo de un encuentro de la cultura institucional y la cultura local es la valoración de las prácticas ancestrales como muestra de respeto y reconocimiento a los saberes de determinado grupo social. Valencia (2018). Manifiesta que a pesar de que existe la propuesta y la intención de los establecimientos de salud, aún no se asume el compromiso pleno de relevar el enfoque de la interculturalidad, que implica el diálogo entre los conocimientos científicos y profesionales con el uso de la medicina tradicional propio de la cosmovisión andina. Muchas veces la condición de salud de una persona o de determinado grupo social está asociado a factores culturales cuya explicación y entendimiento puede lograr desde la medicina tradicional como una práctica cultural. Kreutz, Muñoz, & Capriata, (2006). Reconocen la importancia de que cada profesional reconozca e identifique las implicaciones de los factores socioculturales en el proceso salud-enfermedad, buscando ampliar el foco del cuidado más allá de la dimensión biológica del individuo, posibilitando así la mejora de la calidad en el cuidado al otro, Teniendo en cuenta sus singularidades y particularidades.

Las particularidades varían en las culturas de acuerdo con su cosmovisión. Por ejemplo, en relación con la enfermedad García & Roca, (2017) explican que, en la cultura andina, esta no es otra cosa que la disociación del equilibrio orgánico, debido a factores circunstanciales que actúan directamente sobre el individuo. Nótese que la explicación no está relacionada con el dolor o padecimiento que hay que aplacar. El Ministerio de Cultura, (2014). Afirma que toda comunidad está construida sobre sus creencias, sus maneras de pensar, sus tradiciones y los conocimientos que se han transmitido y mantenido de generación en generación. En tal sentido Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud , (1997). Manifiestan que la Medicina Tradicional comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Así mismo, García, (2014). La define como el conjunto de saberes, procesos, procedimientos y técnicas utilizadas para conservar o restablecer la armonía del cuerpo, la mente, el espíritu y el ambiente donde conviven los humanos. El entendimiento limitado de estos conceptos y prácticas generan barreras culturales.

En ese sentido, como producto se propone el diseño de un plan de mejora institucional que permita la transversalización (incorporación) del enfoque de interculturalidad en el que hacer institucional, y que además de la adecuación, se promueva acciones concretas la pertinencia cultural, para ello la valoración de las practicas locales en salud deberán ser una muestra objetiva de la transversalización de la interculturalidad. Para ello, el producto complementará lo establecido en los estándares de adecuación de los servicios Directiva para la Adecuación de los Servicios con Pertinencia Cultural en el Primer Nivel de Atención – MINSA, para promover un modelo institucional que viabilice la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud.

- En relación con el objetivo específico de fortalecer el desarrollo de competencias del recurso humano en relación con la promoción de la salud acorde al contexto socio cultural. Un factor limitante para la práctica de la interculturalidad en la salud está asociado con las escasas competencias de parte del personal de salud en relación con este enfoque. Esta debilidad está dentro de lo que conocemos como las barreras culturales.

Una experiencia exitosa fue desarrollada por la “Dirección General de Planeamiento y Desarrollo en Salud-México” en el año 2008, donde dieron a conocer que las diferencias culturales de los servidores y los usuarios crea una brecha considerable, que reprime la satisfacción de la población, además también notaron que existe atención diferenciada por estrato social, por opción sexual, por formación académica y por género, todas estas características incidieron en la capacidad de gestión salud.

Por otro lado, El Ministerio de Cultura, (2016) afirma que desde “el lado” del Estado, el éxito de las buenas prácticas interculturales depende de la sensibilidad y de las competencias interculturales de los prestadores de servicios públicos. Al respecto, García, (2015) manifiesta que los proveedores de cuidado deberán esforzarse en aumentar su conocimiento cultural e incluir éste en su rol, perdiendo el miedo a aceptar y comprender la necesidad de integrar la competencia comunicativa intercultural en su vida diaria. Las competencias son la suma de capacidades, conocimientos y actitudes; García, (2015) identifica como requisitos indispensables de las competencias, la aceptación y respeto por las diferencias culturales en cualquier proceso de salud enfermedad, la sensibilidad cultural para entender cómo esa diversidad influye en las relaciones con el otro y la práctica cultural para ofrecer estrategias que mejoren los encuentros culturales. En este contexto, el uso del idioma local es importante en la relación personal de salud y población. El Ministerio de Cultura, (2016) afirma que, el uso de lenguas ayuda a reducir las brechas en comunicación y la desconfianza de personas

que no quieren acercarse al Estado por temor a que no entiendan su lengua o porque no hablan bien el castellano.

El desarrollo de capacidades en interculturalidad implica a todos los recursos humanos de la institución, esta no es ni debe ser dirigida al personal asistencial y promocional; implica también, el desarrollo de competencias en el personal directivo. Pintado, (2016) identifica como debilidad, la escasa capacidad de los directivos públicos para tomar decisiones estratégicas orientadas a la adecuación y pertinencia cultural en la implementación de un programa de salud. Por ello, la capacidad intercultural es y debe ser transversal.

Como producto se propone una acción de capacitación integral y de acuerdo con lo establecido por los entes educativos para el desarrollo de competencias a para una mejor comprensión del enfoque de interculturalidad, además de una propuesta de perfil de puesto que promueva promoción de la salud con enfoque de interculturalidad.

- En relación con el tercer objetivo específico de proponer mecanismos de articulación de la Microred de Salud Monzón con los actores locales para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad. Abordar la salud y en particular su promoción, requiere de la articulación con los actores. El Gobierno Local es un aliado muy importante, Lozano, (2016) afirma que el abordaje del tema se justifica desde un enfoque de promoción de la salud que permite visualizar a la municipalidad como un ente prestador de servicios de salud, capaz de influir en los determinantes sociales de la salud y por ende de influir de manera positiva sobre su calidad de vida. El gobierno local tiene la capacidad funcional de emitir políticas locales adecuadas al contexto y que aplicadas correctamente impactaría positivamente. Peñafiel, (2016) en base a sus investigaciones afirma que la correcta aplicación de políticas interculturales en salud y de las adecuaciones físicas del lugar, motivan a los usuarios externos a realizarse tratamientos para mejorar su salud. Es importante entonces la generación de políticas adecuadas, estas permitirán eliminar barreras que limitan los logros en salud. Peñafiel, (2016) manifiesta que las políticas aplicadas en las

áreas de salud rompen barreras culturales promoviendo el uso de la medicina formal y respetando las creencias de la comunidad, lográndose la disminución del índice de morbimortalidad, quedando demostrado que la medicina ancestral como la atención formal son producto de la integración en donde las ventajas superan las desventajas.

- La organización y articulación local es una buena estrategia para la Promoción de la Salud; el Minsa, Medicus Mundi Navarra, Salud sin Límites Perú, (2013) manifiestan que el derecho a la salud en el primer nivel de atención se cumple siempre y cuando se organicen equitativamente los recursos, se garantice su universalidad, se aborde con integralidad, se desarrolle con calidad y se articule con la población. La articulación fomentara también la participación y control de parte de la población usuaria. Al respecto, el Ministerio de Cultura, (2016) manifiesta que a través de la incorporación de la población en el proceso de toma de decisiones (formulación e implementación de las políticas), esta incide en la promoción de empoderamiento, autoestima, fortalecimiento de la identidad cultural y reconocimiento social a partir de la valoración del patrimonio cultural. Trabajar en el nivel local permitiría la operativización de aquello que puede ser declarativo, esta es una dificultad del centralismo y un reto a afrontar. Pintado, (2016) manifiesta que la preponderancia que asumió el enfoque de interculturalidad en el diseño de las políticas y en los diferentes instrumentos de gestión de salud, fue sólo denominativa y conceptual, pese a la exigibilidad de la transversalización del enfoque. El problema está en que los enfoques están muy relacionados a aspectos biomédicos, Pintado, (2016) manifiesta que este problema está asociado a problemas en el diseño de la política nacional y el rediseño de la política desde lo local, que no ha logrado asumir un enfoque más integral que vaya más allá del biomédico. Se trata entonces de redefinir la finalidad de la política pública, Kreutz, Muñoz, & Capriata, (2006) manifiestan que Antes se consideraba que la política en materia de salud consistía en poco más que en la provisión

de atención médica y su financiación: los determinantes sociales se debatían únicamente entre los académicos.

- La articulación de los actores y en particular la participación ciudadana es un factor que fortalece la promoción de la salud. El Ministerio de Salud, (2006) en el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud considera como estrategia importante la participación ciudadana en los distintos escenarios, con énfasis en los niveles más locales, potenciando el proceso de descentralización. Por su parte, Ruiz, Acosta, Rodríguez, Uribe, & León, (2011) al explicar el Modelo de Atención Integral de Colombia, basado en la Atención Primaria de Salud identifican como un pilar el involucramiento de los actores locales, principalmente a las municipalidades, para desarrollar acciones específicas en la gestión del territorio; identifican además la participación comunitaria como un componente muy importante. Martí, Pascual, & Rebollo, (2005) por su parte manifiestan que, La intervención comunitaria, el desarrollo comunitario y la organización de la comunidad son conceptos que aluden al proceso que ayuda a conseguir el bienestar de la población con la participación social directa y activa de esta en el diagnóstico, el análisis y la resolución de problemas que le afectan, así como la utilización, el impulso o la creación de sus recursos.
- Se trata entonces de asumir una mirada integral. Medicus Mundi Navarra Delegación Perú, Salud sin Límites Perú, (2012) afirma que debemos recuperar un enfoque holístico, que en esencia hace referencia a que existe una correspondencia entre la unidad y el todo, de forma tal que lo que le sucede a la comunidad es importante para el individuo y viceversa. Esta visión nueva, implica, además, comprender de una manera diferente el territorio. Amat & Guevara, (2016) manifiestan que el territorio no sólo es un espacio físico y geográfico, sino como un espacio de relaciones entre los diferentes actores y sectores claves de la sociedad civil, sus organizaciones, instituciones, el medioambiente, las formas de producción, distribución y consumo, tradiciones e identidad cultural. Por tanto, se

hace necesario sensibilizar y orientar acerca de la interculturalidad, gestión del territorio, etc. a quienes tienen la responsabilidad de promover el desarrollo local al respecto, el Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica, (2016) que es necesario difundir nuevos conceptos y sensibilizar a los tomadores de decisiones y funcionarios públicos respecto a la necesidad de aplicar este enfoque y promover gestiones, locales, regionales y nacionales más inclusivas.

Por tanto, como producto se propone el diseño de un plan que permita la articulación de la institución de salud con el gobierno local y los demás actores para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad. Esta complementará la directiva existente para la Adecuación de los Servicios con Pertinencia Cultural en el Primer Nivel de Atención – MINSA.

4.2. Análisis de Alternativas

Tal como se ha podido identificar en el análisis del proceso problema, en la Microred Monzón, existen cuatro nudos críticos: El primero y el segundo relacionados al modelo y gestión institucional como son el Análisis Situacional de Salud –ASIS y la determinación de Objetivos y Metas, que por cierto obedecen a las lógicas de la cultura organizacional; el segundo nudo crítico está relacionado con la articulación y generación de alianzas estratégicas y el tercero relacionado con el desarrollo de capacidades.

Identificado los nudos críticos se analizó el problema y sus causas a través de árbol de problemas, identificándose que en la Microred Monzón existe inadecuada gestión del enfoque de interculturalidad en los servicios del programa de promoción de la salud en la Microred Monzón debido principalmente a las siguientes causas: Al enfoque biomédico que prevalece en las acciones de planificación y gestión institucional, a la poca valoración de las prácticas locales de medicina tradicional en salud, a las limitadas competencias del recurso humano en cuanto a interculturalidad y por ende para desarrollar acciones de promoción de la salud considerando las características del contexto sociocultural; así como a la débil articulación de la institución con los actores locales, en particular con el gobierno local y la población.

Teniendo en cuenta el análisis anterior, a través del árbol de objetivos y medios se identificaron alternativas, estas son de dos tipos (excluyentes y complementarias); así tenemos:

Tabla 8

Análisis de Alternativas

ALTERNATIVA	TIPO	
	EXCLUYENTE	COMPLEMENTARIA
A1. Modelo institucional pertinente para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y la normatividad vigente.		X
A2. Reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional de parte de la Red de Salud Monzón.		X
A3. Desarrollo de competencias del recurso humano en relación a la promoción de la salud acorde al contexto socio cultural.	X	
A4. Fortalecimiento de la articulación de la Microred de Salud Monzón con los actores locales para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad.	X	

En la tabla anterior se identificaron cuatro alternativas (A1, A2, A3 y A4) para fortalecer la gestión del enfoque de interculturalidad en los servicios del programa de promoción de la salud en la Microred Monzón, donde A1 y A2 son complementarias tanto en su concepción como en su aplicación.

Las acciones de mejora del modelo institucional implican, desde la perspectiva de la interculturalidad, por un lado, trabajar a nivel de adecuaciones de instalaciones, espacios, aplicación de técnicas, etc. y por otro lado, implica trabajar en la pertinencia de los servicios en componentes como: el uso de la lengua local, el desarrollo de capacidades culturales en el personal, la sensibilidad y entendimiento y valoración de la cultura del “otro” o de la cultura local; es decir implica la valoración de las prácticas locales en salud e incluso incorporarlas en la práctica institucional.

Por su parte las alternativas tres y cuatro, si bien (al igual que las dos anteriores) contribuyen con el objetivo general, estas son independientes en su concepción, diseño y ejecución.

4.3. Productos

En relación con los problemas identificados, se proponen los siguientes productos que serán los instrumentos para la solución de los problemas identificados:

1. Modelo institucional pertinente para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional.
2. Plan de capacitación integral y de acuerdo con lo establecido por los entes educativos para el desarrollo de competencias a para una mejor comprensión del enfoque de interculturalidad y adecuación de los servicios de salud, además de una propuesta de perfil de puestos del personal a cargo de la promoción de la salud.
3. Diseño de un plan que permita la articulación de la institución de salud con el gobierno local y los demás actores para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad.

Esperando que, en conjunto, contribuyan en el fortalecimiento la gestión del enfoque de interculturalidad en los servicios del programa de promoción de la salud en los establecimientos de la Microred Monzón de la Red Leoncio Prado.

A continuación, se presenta la metodología del diseño y estructura de cada uno de ellos, en tanto que la presentación completa se encuentra en la sección anexos.

4.3.1. Modelo Institucional Pertinente para la Gestión del Enfoque de Interculturalidad en la Promoción de la Salud respecto a la Demanda Comunitaria y Reconocimiento de Prácticas Locales de Salud Tradicional en la Gestión Institucional.

Este producto resuelve el problema existente como es, la inadecuada planificación institucional cuyas causas están relacionadas con las metodologías poco participativas para la definición de objetivos y metas y, el inadecuado diagnóstico situacional de salud en la Micro – red Monzón. En esta línea, a través del subproducto 1 se resolverá tanto la adecuación como la pertinencia en los servicios considerando la

normatividad vigente. Mientras que, a través del subproducto 2 se resolverá el problema de la poca valoración y reconocimiento institucional de prácticas locales de salud tradicional; superándose así la predominancia del enfoque biomédico en la gestión institucional.

A Subproducto 1:

Protocolo institucional para la atención en salud con pertinencia cultural en la promoción de la salud de la Microred Monzón de acuerdo con la normatividad vigente.

Metodología del diseño. El Modelo institucional pertinente para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional, es parte del estudio de investigación “Propuesta de Mejora en la Gestión de la Implementación del Enfoque de Interculturalidad al Programa de Promoción de la Salud en la Microred Monzón - Red Leoncio Prado, Periodo 2020-2022” y surge como alternativa a la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud y la relación institución-población, en base a la adecuación y pertinencia cultural de los establecimientos de salud.

El objetivo de este producto es fortalecer la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción y demás servicios de salud a través de un modelo institucional pertinente, respecto a las necesidades y prácticas comunitarias de salud y la normatividad vigente.

Para ello, en primer lugar, se ha diseñado la arquitectura institucional, como una representación entre los procesos y la organización, que permitirá gestionar la promoción y demás servicios de salud con enfoque de interculturalidad. En segundo lugar, con el objetivo de identificar oportunidades de mejora que permitan fortalecer la incorporación y gestión del enfoque de interculturalidad en los servicios de salud de la Microred Monzón, se diseñó el protocolo institucional para la atención en salud con pertinencia cultural en la promoción de la salud de la Microred Monzón de acuerdo con la normatividad vigente; para lo cual se establecieron criterios de monitoreo y evaluación de

incorporación institucional del enfoque de interculturalidad en la promoción y demás servicios de salud de la Microred Monzón; el instrumento diseñado cuenta con veintiséis estándares y criterios de acuerdo a cinco componentes organizados en tres procesos: 1. Proceso funcionalidad institucional y estructura con enfoque de interculturalidad, 2. Proceso de configuración del programa de promoción de la salud con enfoque intercultural, y 3. Proceso de soporte con enfoque de interculturalidad. Procesos que (a nuestro entender), son determinantes en la gestión de los servicios y principalmente en la promoción de la salud. Su aplicación permite identificar a la institución en el nivel alto (77 al 100%), nivel medio (51 al 76%), o nivel bajo (hasta 50%) de incorporación del enfoque de interculturalidad. Los resultados deben servir de oportunidad de mejora.

Estructura del instrumento:

- Finalidad
- Objetivos
- Objetivos específicos
- Marco conceptual
- Modelo institucional
- Arquitectura institucional
- Configuración del modelo de salud de promoción de la salud
- Protocolo institucional para la atención en salud con pertinencia cultural en la promoción de la salud de la Microred Monzón de acuerdo con la normatividad vigente.
- Proceso funcionalidad institucional y estructura con enfoque de interculturalidad.
- Definiciones operativas
- Proceso de configuración del programa de promoción de la salud con enfoque intercultural.
- Procesos de soporte con enfoque intercultural
- Ámbito de aplicación del instrumento

- Estándares y criterios de monitoreo y evaluación de la incorporación del enfoque de interculturalidad en la Microred Monzón

B Subproducto 2.

Plan de valorización de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional

Metodología de diseño del diseño. De acuerdo con la directiva administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención, la revalorización del sistema de salud tradicional se da en base a la reflexión e interpretación y comprensión del proceso salud-enfermedad en la localidad; la práctica de la medicina tradicional se evidencia en el establecimiento de salud o fuera de él. Permite comprender las percepciones y necesidades de salud para promover las respuestas o servicios de los actores en la localidad; lo cual requiere acciones de promoción y desarrollo de competencias planificadas.

En tal sentido, además de haberse definido la finalidad, objetivos, meta y alcance; se proponen acciones en base nueve estándares y criterios del subproceso 3 del instrumento “Estándares y criterios de monitoreo y evaluación de la incorporación del enfoque de interculturalidad en la Microred Monzón”, diseñado en este trabajo.

Estructura del instrumento:

- Justificación
- Finalidad
- Objetivo
- Alcance
- Meta
- Indicador
- Plazo
- Costo
- Actividades, cronograma y costo

4.3.2. Plan de Capacitación Integral y de acuerdo con lo establecido por lo Entes Educativos para el Desarrollo de Competencias a para una mejor Comprensión del Enfoque de Interculturalidad y Adecuación de los Servicios de Salud, además de una Propuesta de Perfil de Puestos del Personal a cargo de la Promoción de la Salud.

Este producto resuelve el débil desarrollo de competencias del recurso humano en relación con la promoción de la salud acorde al contexto sociocultural; esto implica el desarrollo de conocimiento, habilidades y actitudes respecto a la interculturalidad en la institución y sus servicios. El conocimiento de la cultura implica despojarse de nuestros paradigmas y lógicas académicas y científicas, y reconocer que existen formas diferentes de abordar las dimensiones de vida, como es la salud.

Es preciso referir que, este problema tiene como una causa el inadecuado desarrollo de competencias en el proceso de formación profesional. La academia, enfatiza la salud desde el punto de vista biomédico y asistencial; por tanto, los perfiles de puestos se enfocan en estas competencias dejando de lado lo promocional, lo preventivo como componentes de entrada en la configuración y gestión de los servicios de salud. Por esta razón, se ha diseñado un perfil de puesto para el personal a cargo de la promoción de la salud.

A Subproducto 1.

Diplomado para el desarrollo de competencias en interculturalidad en los servicios de salud.

Metodología del Diseño. El diplomado para el desarrollo de competencias en interculturalidad en los servicios de salud, tiene la finalidad de fortalecer la relación intercultural de quienes realizan labores preventivas promocionales, asistenciales y administrativas en la Microred Monzón – Red Leoncio Prado para mejorar los niveles de impacto en la salud comunitaria. Esta actividad es parte del producto dos del presente trabajo de investigación; está relacionado con el fortalecimiento de conocimiento, habilidades y actitudes respecto a la

interculturalidad en la institución para mejorar promoción de la salud y sus servicios acorde al contexto sociocultural.

A decir de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (2017), La apuesta por formar un profesional con habilidades interculturales es una respuesta a la poca pertinencia del personal de salud que suele ir a trabajar a las comunidades indígenas. Estos profesionales, usualmente mestizos, han sido formados bajo un enfoque biomédico hegemónico y están poco preparados para atender a población indígena (Cárdenas et al., 2017).

Por ello la necesidad de formar, desarrollar competencias o especializar profesionales en interculturalidad, que puedan transitar entre los sistemas médicos y tradicionales, generando espacios para que ambos conocimientos puedan articularse en la atención ofrecida en los establecimientos de salud. Las competencias interculturales de los funcionarios públicos permiten repensar las tradicionales formas de componer jerarquías sociales y étnicas de acuerdo con los conocimientos y cultura.

El desarrollo de los módulos considera la interculturalidad, la equidad y la atención con calidad como tres pilares que permitirán afianzar las relaciones entre los servicios de promoción de la salud y la población usuaria, superando así brechas que la han limitado la relación intercultural entre la institución y la población. De este modo, la salud será un constructo social en el área de influencia de la Microred Monzón, producto del cambio de paradigmas, conceptos y actitudes por incorporación del enfoque de interculturalidad.

Estructura:

- Objetivos
- Participantes – plazo
- Perfil de egreso
- Metodología y organización del diplomado
- Plan de estudios
- Calificación y certificación
- Módulos y contenidos

- Modalidad
- Entregables
- Costo

B Subproducto 2.

Diseño de perfiles para el puesto a cargo de la promoción de la salud.

Metodología del Diseño. Esta propuesta, es parte del segundo producto de nuestro trabajo de investigación, y se espera que pueda contribuir en la gestión de competencias de interculturalidad del personal de la Microred Monzón, principalmente de aquel encargado de la configuración de servicios y promoción de la salud; la misma que debe ser acorde al contexto socio cultural de la localidad.

En un primer momento, a manera de precisiones presentamos algunas definiciones en el marco de la interculturalidad, así mismo se resalta el concepto de competencias como resultado de conocimientos, habilidades, actitudes evidenciables en la práctica. A continuación, desarrollamos el perfil del puesto denominado: “Gestor de promoción y servicios de salud”; en primer lugar se presenta la misión del puesto, luego se definieron las funciones (dieciséis) tomando como base el Modelo institucional pertinente para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional (producto uno) en el que se define la arquitectura institucional y estándares para el monitoreo de la incorporación del enfoque de interculturalidad.

Seguidamente se presenta las competencias genéricas y específicas y los niveles requeridos para el puesto. Así mismo, se presenta la formación académica requerida a nivel de grados y título, así como de formación complementaria; culminamos el producto con la ficha de evaluación, instrumento de utilidad durante el proceso de selección.

Estructura.

- Definiciones básicas
- Perfil del puesto
- Competencias

- Formación académica
- Ficha de evaluación

4.3.3. Diseño de un Plan que permita la Articulación de la Institución de Salud con el Gobierno Local y los demás actores para la Promoción de la Salud con Enfoque de Interculturalidad.

Metodología del diseño. Debido a que las necesidades de salud traídas y traducidas por los usuarios contribuyen en la formación de las prácticas de salud, relacionándose con la configuración del modelo de atención en la localidad, este producto tiene por finalidad contribuir en la gestión local de la salud a través del control social en la administración de conocimientos, técnicas, poder, recursos físicos, financieros y humanos de los servicios, dirigiéndolos para la acción en sus determinantes de salud – enfermedad y la promoción del desarrollo.

En tal sentido, el producto tiene por objetivo fortalecer la articulación y empoderamiento los actores locales de la Microred Monzón para impulsar la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad como respuesta a las necesidades de los procesos de salud – enfermedad de la localidad previamente identificados, analizados y comprendidos. Las acciones están muy ligadas a la identificación, capacitación, coordinación y organización de actores, diseño de planes de trabajo e instalación del Comité distrital de vigilancia de pertinencia de los servicios de salud; este es el componente que brindará sostenibilidad a la propuesta.

Estructura.

- Justificación
- Finalidad
- Objetivo
- Alcance
- Meta
- Indicador
- Plazo
- Costo

- Cronograma de actividades

4.4. Actividades

Tabla 9

Cronograma de Actividades

PRODUCTOS	SUB PRODUCTOS	ACTIVIDADES/TAREAS	METAS	AÑO 1		AÑO 2		AÑO 3					
				3°T	4 T	1°T	2°T	3°T	4°T	1°T	2°T	3°T	4°T
P1 Modelo institucional pertinente para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional en la	•SP1 Protocolo de un modelo institucional con gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional, de acuerdo con la	1. Reuniones de revisión de información primaria y secundaria (Análisis Situacional de Salud, Plan de Desarrollo Local Concertado, Plan de Salud Local del distrito de Monzón), enfocándonos en aspectos interculturales.	3	X	X								
		2. Reunión para diseño de una ficha diagnostica en aspectos socioculturales para la fortalecer la información del ASIS	3	X	X								
		2.1 Presentación institucional del diagnóstico local de salud	1			X							

gestión institucional	normatividad vigente.	3. Reuniones para elaboración del protocolo para la adecuación y pertinencia de los servicios de salud en la Micro-Red Monzón de acuerdo con las dimensiones propuestas por la normatividad vigente	3	X	X
		3.1 Aprobación y presentación del Protocolo para la adecuación y pertinencia de los servicios de salud en la Micro-Red Monzón de parte del Gobierno Regional	1		X
		3.2 Adecuación física con perspectiva intercultural de los establecimientos de salud de la Microred Monzón	1		X
		4. Reuniones para elaboración de matriz para la definición y alineamiento de estrategias, objetivos, metas y actividades locales e	3		X

institucionales con carácter trienal, enfatizando la interculturalidad en la promoción de la salud.

4.1 Reuniones para aprobación del Plan estratégico y Plan operativo institucional a nivel interno y externo (Dirección ejecutiva de la Microred- Monzón-GRH-CEPLAN)

3

X

4.2 Presentación institucional del PEI y POI

1

X

5. Reuniones para elaboración del Plan multianual de Actividades Promoción de la Salud bajo el enfoque de interculturalidad

4

X

X

5.1 Aprobación del Plan Operativo Multianual de Actividades Promoción de la Salud bajo el enfoque de interculturalidad

1

X

		6. Reunión informativa, para la difusión del ASIS, PSL y Plan Operativo Institucional a los actores de la comunidad y personal de la Micro-Red Monzón	2					X	
		7. Reuniones de monitoreo y evaluación de la incorporación del enfoque de interculturalidad en los servicios de promoción de la salud y la gestión institucional de la Micro- Red Monzón	3	X				X	X
	•SP2 Plan de valorización de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional	1. Reunión de elaboración de matriz de actores locales, debilidades y oportunidades de prácticas de salud tradicional	3	X	X	X			
		1.1 Presentación de informe	1			X			
P2	Plan de capacitación	•SP1 Diseño de un Diplomado	1					X	

integral y de acuerdo con lo establecido por los entes educativos para el desarrollo de competencias en interculturalidad en los servicios de salud. para una mejor comprensión del enfoque de interculturalidad para la adecuación de los servicios de salud, además de una propuesta de perfil de puestos de promoción de la salud. P3 Diseño de un plan que permita	para el desarrollo de competencias en interculturalidad en los servicios de salud.	1.1 Aprobación de la propuesta de diplomado	1		X	
		1.2 Gestión para firma de contrato con la Universidad proveedora del servicio de diplomado	1		X	
		2. Consultoría para Ejecución del Diplomado	1	X	X	
		2.1 Evaluación de desarrollo de competencias	1		X	
	•SP2 Propuesta de perfil de puestos de promoción de la salud.	1. Reuniones de análisis del perfil real y perfil ideal	2			X
		2. Reunión de identificación de competencias de desempeño	2			X
		2.1 Aprobación del perfil de puesto	1			X
		1. Talleres de mapeo de actores locales en salud	2			X

la articulación de la institución de salud con el gobierno local y los demás actores para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad	1.1 Reunión de coordinación con gobierno local e instancias de la comunidad	3	X	
	2. Reuniones para diseño de talleres para la articulación local para la promoción de la salud con pertinencia cultural	3		X
	2.1 Reunión de aprobación de plan de articulación de la institución de salud con el gobierno local y los demás actores para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad.	3		X X
Plan de sostenibilidad de la propuesta (No constituyen resultados)	1. Instalación del Comité de Vigilancia de Pertinencia de los Servicios de Salud	1		X
	2. Capacitación a Comité de Vigilancia de Pertinencia de los Servicios de Salud	2		X

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo V

Propuesta de Implementación

5.1 Descripción de la Propuesta de Implementación

La implementación de una propuesta puede ser una de las fases más sensibles, por cuanto implica la generación de cambios en las formas de concebir, hacer y actuar de parte de los diferentes actores que a su vez están integrados por personas, es decir existe una cultura instalada.

Para implementar la presente propuesta, se ha tomado en cuenta la identificación de recursos críticos como son: la comunicación (estratégica), la disponibilidad y disposición de los recursos humanos, los recursos financieros con los que se cuenta, el presupuesto para ejecutar las actividades, así como la disposición de recursos logísticos y de tiempo. En ningún se identificaron los recursos como críticos debido a su falta de disposición y disponibilidad.

Atención aparte merece la incidencia a los Stakeholders, debido a su gran influencia en la implementación y logros de resultados de la propuesta. En tal sentido, se ha tomado en cuenta las responsabilidades institucionales, los intereses, la posición y el nivel de influencia frente a la propuesta de cada actor identificado previamente; así mismo, en cada caso se plantea una acción de incidencia, y de ser el caso acciones de sensibilización.

El análisis realizado y el establecimiento de acciones para los actores involucrados, podemos manifestar que la implementación de la propuesta será factible y de haber situaciones imprevistas serán abordadas considerando en primer lugar los objetivos de la propuesta.

4.5. Identificación de Recursos Críticos

Para la implementación de los productos que plantea la presente investigación se ha considerado analizar cuatro recursos. Se desarrollará en base a los productos. Ver que recursos se van a requerir para implementar los productos, el tiempo: 1 año diseñar, 2 evaluar 3 sostenibilidad.

4.5.1. Comunicación Estratégica.

Implementar acciones como políticas, programas, proyectos u otras destinadas a promover relaciones culturalmente adecuadas y pertinentes, requiere (entre otras cosas) comunicar adecuadamente, los motivos, los fundamentos, lo que se hará y lo que no se hará, el alcance, los beneficios, las demandas, así como las implicancias para los grupos y/o las culturas involucradas.

En el presente caso, la Dirección de la Micro - red Monzón de la Red Leoncio Prado tendrá la responsabilidad de brindar la comunicación a nivel interno a nivel general en una primera instancia, para luego informar de los objetivos, metas y requerimientos a las diferentes oficinas. Seguidamente, se informará a todos los actores identificado en el mapeo realizado; las razones, los objetivos, las metas, la metodología y las responsabilidades y resultados, son aspectos que deberán informarse necesariamente.

Informar las razones o el porqué de la necesidad de implementar la presente propuesta, deberá lograr sensibilizar a los actores a nivel de la institución como a los de la comunidad en general. Así mismo, será importante considerar un momento para incorporar sugerencias, esto permitirá disminuir la sensación de imposición; recordemos que las personas no se oponen al cambio...se oponen a que les impongan el cambio. La retroalimentación y la comunicación de resultados será otro hito de mucha importancia, esto permitirá generar credibilidad y confianza.

Finalmente, es necesario puntualizar que en todo momento la Dirección estará acompañada de la Coordinación del Programa de Promoción de la Salud como instancia técnica de la propuesta.

4.5.2. Incidencia de Stakeholders.

Este aspecto es clave para el éxito de la propuesta debido a que en todo proceso de este tipo existen actores a favor (sponsors), oponentes (blockers), y otros que son indiferentes a la propuesta.

La presente propuesta ha considerado el análisis de Stakeholders, donde se ha identificado la posición, intereses e influencia de los diferentes actores.; en tal sentido, la incidencia se realizará principalmente a los siguientes actores:

Municipalidad distrital de Monzón: Para que, en su calidad de responsable del desarrollo integral de la localidad, tanto el Consejo Municipal como sus unidades técnicas asuman postura política y técnicas a favor de la promoción de la salud.

Si bien la decisión política es importante, también lo será la viabilización de proyectos (y con ello presupuesto) para promover la promoción de la salud.

Asociación de Comités Locales en Salud (ACLAS): Al ser el ente encargado de administrar la atención primaria en salud, será necesario su compromiso y respaldo a la propuesta considerando que la gestión de la calidad de los servicios incluye la pertinencia cultural de los mismos.

Agentes comunitarios: Si bien no constituyen un ente político, la incidencia está dirigida a la comprensión y adopción del enfoque de interculturalidad en sus actividades cotidianas. Esto permitirá evidenciar que la promoción de la salud con enfoque intercultural es viable y real.

Terapeutas tradicionales: Por su alto grado de influencia respecto a los objetivos de la propuesta, será muy importante su participación comprometida para facilitar y poner a disposición las prácticas y conocimiento ancestrales, de este modo los servicios ofrecidos por la Microred – Monzón dejarán de ser estrictamente biomédicos. Tanto el personal asistencial como el responsable de promoción podrán incorporar conocimientos ancestrales.

ESSALUD: Su participación y apoyo como aliado será de mucha importancia para lograr resultados en la localidad.

Farmacias y boticas privadas: Si bien su responsabilidad institucional es nula, debido al alto impacto sobre los objetivos de la propuesta, será importante la sensibilización para que adopte las políticas locales que se generen.

Dirección regional de salud: Como ente rector en la región, su apoyo será importante con el respaldo político y normativo de la propuesta. Otro factor importante será el apoyo técnico para la incorporación de los objetivos y metas en los planes regionales.

Red de Salud: Tomando en cuenta que su rol es el de brindar apoyo administrativo en cuanto a recursos humanos, bienes y servicios, materiales e insumos a todas las IPRES de su jurisdicción. Será importante incidir para que la propuesta cuente con su respaldo a fin de lograr metas y objetivos institucionales.

Centro Nacional de Salud Intercultural: A través de las instancias correspondientes se deberá lograr que la propuesta sea incorporada como un estudio de caso debido a que la propuesta está enfocada en aspectos de gestión de la interculturalidad en un contexto que no necesariamente es indígena. En este sentido la propuesta pudiera significar una nueva experiencia, motivo de investigación.

Consejo Regional de Salud: Como ente vigilante de la implementación de políticas, será muy importante su respaldo a fin de facilitar acciones de incidencia a todo nivel debido a que principalmente representa la voz de la sociedad civil, aquella que hace incidencia política por el acceso a servicios de calidad y sin exclusión ni discriminación.

4.5.3. Recursos Humanos.

Para lograr los objetivos propuestos, se requiere de la participación comprometida de todo el personal asistencial y no asistencial de la Micro - red Monzón. Con relación a este recurso se precisa entonces que no es un recurso crítico; puesto que las áreas involucradas cuentan con el personal para las futuras actividades como son los

talleres de presentación de la propuesta, planificación, monitoreo y reuniones de evaluación. De otro lado, se ha podido evidenciar en los colaboradores su disposición a participar en la ejecución de la propuesta.

Para el primer producto que es el “Modelo institucional pertinente para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional”, se requerirá la participación del personal de por lo menos cuatro instancias:

- Dirección Ejecutiva: Al ser cabeza de una Red de Salud, y estar dentro de sus funciones, formular, proponer, coordinar y concertar con los órganos técnicos normativos, las políticas institucionales de salud y ejecutarlas de acuerdo con su realidad, es de vital importancia su participación en este proceso de implementación.
- Oficina de Desarrollo Institucional: Como órgano asesor de la Red de Salud tiene a su cargo la unidad de planificación, presupuesto, racionalización y otros que cumplen un rol para la viabilidad de los servicios de salud.
- Oficina de Administración: Se encarga de lograr los objetivos funcionales asignados en el proceso de financiamiento logística integrada y gestión de recursos humanos, ejecutar el presupuesto asignado para el logro de los objetivos estratégicos y funcionales y participar en su formulación y programación, en concordancia con la normatividad vigente.
- Coordinación de Promoción de la Salud: Se encargará de rediseñar el Plan de Promoción de la Salud considerando el enfoque de interculturalidad. Para ello, se precisará el diagnóstico de salud local.

En todos los casos su participación será como parte de las funciones y responsabilidades de sus áreas, por lo que incluso los gastos no tendrían mayor significancia.

Para el segundo producto: Plan de capacitación integral y de acuerdo con lo establecido por los entes educativos para el desarrollo de

competencias a para una mejor comprensión del enfoque de interculturalidad y adecuación de los servicios de salud, además de una propuesta de perfil de puesto del personal a cargo de la promoción de la salud. Para lo cual, se requiere de la participación de:

- Unidad de Recursos Humanos: Establecer la programación, control, remuneración, facilidades para la capacitación y desarrollo de personal, facilitar una línea de base o necesidades de capacitación sobre interculturalidad en la Promoción de la Salud. Seguidamente su participación será con la evaluación de las competencias logradas para garantizar la pertinencia cultural de los servicios.
- Esta Unidad participará también el diseño del perfil de los puestos a cargo de la promoción de la salud.
- Unidad de Promoción de la Salud y Control de Calidad: Don de será importante incorporar la competencia intercultural, como un elemento transversal en la capacitación del personal, potenciando los temas relacionados con la interculturalidad y sistema de salud, salud Indígena, políticas públicas en interculturalidad, comunicación intercultural, herramientas y técnicas educativas y de promoción, modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad y las estrategias para desarrollar la interculturalidad en salud en sus líneas de trabajo así como planificación estratégica intercultural en el sector salud.

Sin embargo, es necesario puntualizar que la capacitación será para todos los integrantes de la Microred- Monzón.

Para el tercer producto “Diseño de un plan que permita la articulación de la institución de salud con el gobierno local y los demás actores para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad.”, se requerirá la intervención de:

- Dirección ejecutiva: Para que comunique a los demás actores los objetivos y metas a lograrse y las necesidades la articulación intersectorial.

- Unidad de Estadística e Informática: Para generación de información en relación con los resultados en la localidad.
- Unidad de Promoción de la Salud y Control de Calidad: Para conducir técnicamente la articulación y planificación local de la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad.
- Con en el caso anterior, este recurso no es crítico debido a que su participación será como parte de sus funciones y responsabilidades.

4.5.4. Recursos Financieros.

El diseño e implementación de los productos propuestos requiere de la ejecución de diversas actividades a nivel de reuniones, diagnósticos, formulación de planes, reuniones de monitoreo y evaluación, realización de talleres de capacitación o ejecución de módulos, entre otras. Los recursos serán aportados por la institución con el presupuesto anual y plan operativo institucional, pudiendo además lograr una contrapartida de parte del personal por su participación en el diplomado, y el **financiamiento a través del establecimiento de convenios con ONGDs locales (Asociación. Paz y Esperanza, IDMA).**

Siendo que anualmente, el Estado destina presupuesto institucional para las acciones de capacitación y para la ejecución del Programa de Promoción de la Salud a través de los Programas Presupuestales 001 Articulado Nutricional y 002 Salud Materno Neonatal: Acciones 5000014, 5005982 y 5005984: Familias con menores de tres años desarrollan practicas saludables, Capacitación a actores sociales que promuevan el desarrollo infantil, lactancia materna y a la adecuada alimentación y protección en menores de tres años y Familias saludables informadas respecto a su salud sexual y reproductiva respectivamente.

Así mismo, debido a que gran parte de las actividades requiere de la participación del personal de la institución como parte de sus responsabilidades y funciones, los gastos para las reuniones previstas se pueden ejecutar como gastos operativos institucionales;

es decir, la ejecución de actividades no representa necesidades financieras. Finalmente, la firma de convenios para la ejecución del diplomado constituye una oportunidad de cofinanciamiento entre la institución y el personal, lo cual permitiría minimizar costos. En tal sentido, la factibilidad financiera está asegurada.

4.5.5. Recursos logísticos.

El diseño, implementación, seguimiento y evaluación de los productos y de la propuesta en general requieren de recursos logísticos con los que cuenta la institución, como son: Equipos de cómputo, ambientes y mobiliarios, equipos audiovisuales, etc. y en el caso de requerirse se solicitará a los aliados en calidad de préstamos. En tal sentido estos recursos no son críticos.

4.5.6. Recurso Tiempo.

Con respecto al recurso tiempo, la implementación de los productos considerados se dará en un periodo de (03) años, tiempo durante el cual se deberá de tener las siguientes consideraciones:

Que, las actividades para el primer producto se realizarán en principalmente en gabinete debido a que se trata de: Reuniones de revisión de información primaria y secundaria (Análisis Situacional de Salud, Plan de Desarrollo Local Concertado, Plan de Salud Local del distrito de Monzón), enfocándose en aspectos interculturales. Reunión para diseño de una ficha diagnostica en aspectos socioculturales para la fortalecer la información del ASIS. Así mismo, se realizarán reuniones para elaboración del protocolo para la adecuación y pertinencia de los servicios de salud en la Micro-Red Monzón de acuerdo con las dimensiones propuestas por la normatividad vigente, reuniones para elaboración de matriz para la definición y alineamiento de estrategias, objetivos, metas y actividades locales e institucionales con carácter trienal, enfatizando la interculturalidad en la promoción de la salud. Reuniones para elaboración del Plan anual de Actividades Promoción de la Salud bajo el enfoque de interculturalidad, reunión informativa, para la difusión

del ASIS, PSL y Plan Operativo Institucional a los actores de la comunidad y personal de la Micro-Red Monzón.

Sólo las reuniones de monitoreo y evaluación de la incorporación del enfoque de interculturalidad en los servicios de promoción de la salud y la gestión institucional de la Micro- Red Monzón se realizarán durante los tres años.

Finalmente, se prevé la reunión de elaboración de matriz de actores locales, debilidades y oportunidades de prácticas de salud tradicional. Las actividades para el segundo producto, al igual que en caso anterior serán principalmente en la institución; incluso la realización del diplomado en días laborales como parte del compromiso que asumen tanto la institución como los colaboradores, para lo cual en acuerdo institucional se determinará el horario más adecuado, y sólo en el caso de no ser posible la participación presencial, esta será virtual.

Respecto a las actividades relacionadas con el tercer producto, estas serán parte de las labores de gestión y de promoción de la salud y se realizarán entre el segundo y tercer año.

Es necesario puntualizar que la ejecución de la propuesta será en tres años, tiempo suficiente para llevar adelante las actividades y hacer las modificaciones necesarias. Por tanto, este recurso no es crítico.

4.6. Arquitectura Institucional (Intra e Interorganizacional)

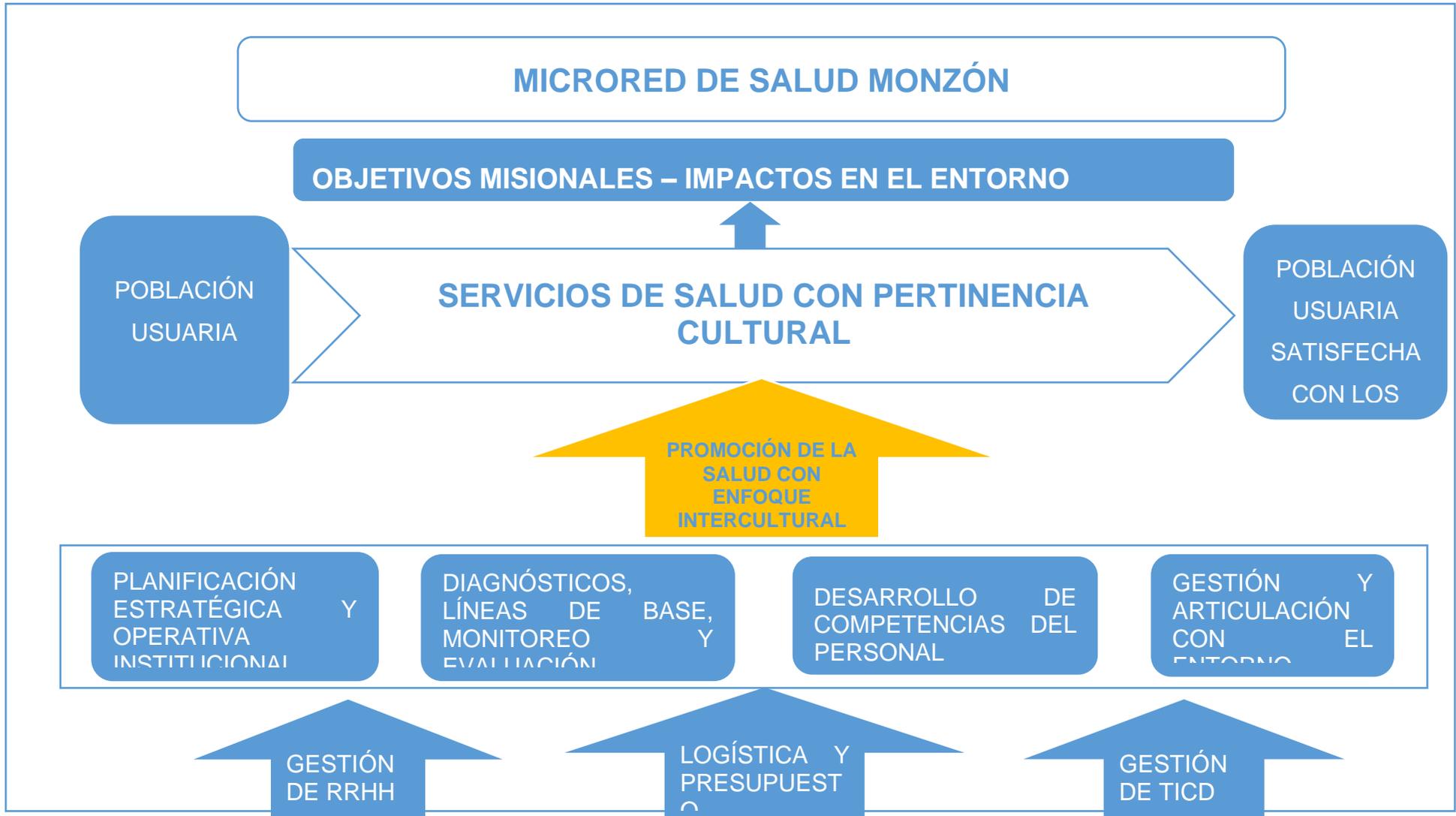
Los paradigmas, los usos y costumbres, los conceptos institucionales (entre otros), en última instancia definen la arquitectura institucional y, esta a su vez impacta en la relación institucional y la población usuaria. Lograr los objetivos planteados en la presente propuesta, implica un reto institucional respecto a la cultura institucional de la Microred de salud Monzón; por ello se plantea un modelo de arquitectura institucional donde lo fundamental es la satisfacción de la población usuaria a través de servicios de salud con pertinencia cultural (como proceso central), como el nivel más alto de lo que propone la incorporación del enfoque de interculturalidad en la gestión de servicios de salud. Como en todo modelo, el soporte más importante, es la promoción de la salud, que motivo de este trabajo será con enfoque de interculturalidad.

En esta arquitectura existen cuatro subprocesos: Primero, diagnósticos, líneas de base, monitoreo y evaluación; este subproceso deberá identificar causas, efectos, tendencias, etc. desde una perspectiva integral de la salud. La incorporación del enfoque de interculturalidad en el diagnóstico deberá ser una variable ineludible que permita conocer: la identificación de los grupos que conforman la localidad, los usos y costumbres y las prácticas en salud que los caracteriza, entre otros aspectos. Segundo, planificación estratégica y operativa institucional, cuyo foco principal deberá ser la definición del rol institucional en el contexto distrital, así como los objetivos y metas que generen impactos positivos en la salud de la localidad. Tercero, el desarrollo de competencias es el subproceso que tiene la responsabilidad de identificar las brechas de capacitación en base a perfiles reales y perfiles ideales necesarios para enfrentar retos que proponen los objetivos y metas institucionales. El cuarto subproceso: gestión y articulación con el entorno, es importante en la medida que gestionar la salud, implica la implementación de acciones sinérgicas planificadas entre los diferentes actores de la comunidad para promover la salud. Así, la institución deja ser un ente aislado pasivo y se convierte en un ente promotor.

Por su parte, la gestión de recursos humanos, logística y presupuesto, así como la gestión de tecnologías de información y comunicación para el desarrollo, tendrán un rol de soporte a los subprocesos identificados en este diseño institucional, teniendo en cuenta que el fin último es lograr la satisfacción de la población usuaria, mediante la gestión de servicios de salud con pertinencia cultural.

Figura 12

Arquitectura institucional (intra e interorganizacional)



4.7. Metas Periodo de Tres Años

Tabla 10

Metas

PRODUCTOS	SUB PRODUCTOS	METAS	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3
P1 Modelo institucional pertinente para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional	<ul style="list-style-type: none"> • SP1 Protocolo de un modelo institucional con gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional, de acuerdo con la normatividad vigente. 	1		X	
	<ul style="list-style-type: none"> • SP2 Plan de valorización de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional 	1		X	
P2 Plan de capacitación integral y de acuerdo con lo establecido por lo entes educativos para el desarrollo de competencias para una mejor comprensión del enfoque de interculturalidad para la adecuación de los servicios de salud, además de una propuesta de perfil de puestos de promoción de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • SP1 Diseño de un Diplomado para el desarrollo de competencias en interculturalidad en los servicios de salud. 	1		X	
	<ul style="list-style-type: none"> • SP2 Propuesta de perfil de puestos de promoción de la salud. 	1			X
P3 Diseño de un plan que permita la articulación de la institución de salud con el gobierno local y los demás actores para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad.		1			X

Plan de sostenibilidad de la propuesta (No
constituyen resultados)

1

X

Capítulo VI

Análisis de Viabilidad

5.1 Análisis de viabilidad

Para lograr la viabilidad y factibilidad de los Productos propuestos es la clave del éxito de las soluciones gerenciales que se proponen en esta Investigación aplicada. Al respecto se han aplicado diversas metodologías para lograr este proyecto:

5.1.1 Viabilidad Política.

Debido a la creciente importancia del enfoque de interculturalidad en la gestión de los servicios públicos, la viabilidad está garantizada. Los diferentes sectores y niveles de gobierno están en la obligación de incorporar el enfoque referido como una estrategia de mejorar la calidad de los servicios. En tal sentido, nuestra propuesta no responde a una situación coyuntural, es una alternativa al fortalecimiento de la política pública.

5.1.2 Viabilidad Técnica

Factores como el diseño de objetivos, metas, actividades de la propuesta han sido formulados teniendo en cuenta el enfoque de causa-efecto, de la problemática a resolver. De este modo, desde una mirada integral y sistémica se han definido los productos necesarios:

1. Modelo institucional pertinente para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional.
2. Plan de capacitación integral y de acuerdo con lo establecido por los entes educativos para el desarrollo de competencias para una mejor

comprensión del enfoque de interculturalidad para la adecuación y pertinencia de los servicios de salud, además de una propuesta de perfil de puestos de promoción de la salud,

3. Diseño de un plan que permita la articulación de la institución de salud con el gobierno local y los demás actores para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad, como medios necesarios para mejorar la gestión del enfoque de interculturalidad en el programa de promoción de la salud en la Microred Monzón en un periodo de tiempo necesario (tres años) y con una arquitectura institucional que en su diseño, se enfoca en la satisfacción de la población usuaria mediante la provisión de servicios culturalmente pertinentes, como proceso central del que hacer institucional. Para lo cual, a nivel interno, tanto la realización del diagnóstico o análisis de la situación de salud, el diseño de objetivos, el planteamiento de metas estratégicas y operativas institucionales, el monitoreo, evaluación de resultados, el desarrollo de competencias, así como las acciones para de vinculación con el entorno de están vinculadas y en conjunto aportan al proceso central. Finalmente se debe resaltar que la propuesta considera acciones incidencia a los actores involucrados para minimizar un posible rechazo. En tal sentido, consideramos que la propuesta es técnicamente viable.

5.1.3 Viabilidad social

Iniciativas que promuevan la calidad de los servicios considerando el acercamiento institucional con la población usuaria significa para esta última el trato sin discriminación. En tal sentido, esta propuesta es socialmente viable debido a que contribuirá a eliminar las brechas culturales, donde la población perciba a una institución que no es ajena a sus “costumbres”, lógicas, sentimientos, usos y prácticas; es decir, una institución que considera y valora su cultura.

5.1.4 Viabilidad presupuestal

Lograr fortalecer la gestión del enfoque de interculturalidad en los servicios del programa de promoción de la salud en los establecimientos de la Micro- red Monzón de la Red Leoncio Prado

requiere implementar actividades durante tres años, que en conjunto cuestan 54,700.00 soles (cincuenta y cuatro mil setecientos soles). El presupuesto requerido está relacionado con las actividades de los Programas presupuestales: 0001 Programa articulado nutricional y 0002 Salud materno neonatal. Así mismo, las actividades de la propuesta están relacionadas con los clasificadores de gasto del presupuesto institucional (útiles de escritorio, refrigerios, viáticos, consultoría). Por tanto, existe viabilidad presupuestal.

A continuación, se detalla el presupuesto.

Tabla 11

Presupuesto

PRODUCTOS	SUB PRODUCTOS	ACTIVIDADES / TAREAS	AÑO 1		AÑO 2		AÑO 3				COSTOS SOLES	PROGAMA	CLASIFICADOR	DE	
			METAS	3°T	4 T	1°T	2°T	3°T	4°T	1°T					2°T
P1 Modelo institucional pertinente para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de	• SP1	1. Reuniones de revisión de información primaria y secundaria (Análisis Situacional de Salud, Plan de Desarrollo Local Concertado, Plan de Salud Local del distrito de Monzón), enfocándonos en aspectos interculturales.	3	X	X										
		2. Reunión para diseño de una ficha diagnostica en aspectos socioculturales para la fortalecer la información del ASIS	3	X	X										
											S/. 300.00	0001	2.3.2.7.		
												PROG	11.99		
												RAMA	23.15.1		
												ARTIC	2		
												ULAD			
												O			
												NUTRI			
												CIONA			
												L			
												ACCIO			
												NES	2.3.2.7.		
												(50000	11.99		
												14)	23.15.1		
													2		
													0002		
													SALU		

prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional	reconocimiento de prácticas locales de salud	2.1 Presentación del diagnóstico local de salud	1		X			S/. 100.00	D MATE RNO NEON	2.3.2.7. 11.99
	salud tradicional, de acuerdo con la normatividad vigente.	3. Reuniones para elaboración del protocolo para la adecuación y pertinencia de los servicios de salud en la Micro-Red Monzón de acuerdo con las dimensiones propuestas por la normatividad vigente	3		X	X		S/.300.00	ATAL ACCIO NES (50059 84)	2.3.2.7. 11.99 23.15.1 2
		3.1 Aprobación y presentación del Protocolo para la adecuación y pertinencia de los servicios de salud en la Micro-Red Monzón de parte del Gobierno Regional	1			X			S/. 1.000	2.3.2.7. 11.99
		3.2 Adecuación física con perspectiva	1			X		S/. 20.000		2.3.2.7. 11.99

intercultural de los establecimientos de salud de la Microred Monzón								
4. Reuniones para elaboración de matriz para la definición y alineamiento de estrategias, objetivos, metas y actividades locales e institucionales con carácter trienal, enfatizando la interculturalidad en la promoción de la salud.	3		X	X			S/. 200.00	2.3.2.7. 11.99 23.15.1 2
4.1 Reuniones para aprobación del Plan estratégico y Plan operativo institucional a nivel interno y externo (Dirección ejecutiva de la Microred- Monzón- GRH-CEPLAN)	3			X			S/. 300.00	2.3.2.7. 11.99 23.15.1 2

4.2	Presentación institucional del PEI y POI	1		X		S/. 300.00	2.3.2.7. 11.99
5.	Reuniones para elaboración del Plan multianual de Actividades Promoción de la Salud bajo el enfoque de interculturalidad	4		X	X	S/. 500.00	2.3.2.7. 11.99 23.15.1 2
5.1	Aprobación del Plan Operativo Multianual de Actividades Promoción de la Salud bajo el enfoque de interculturalidad	1			X	S/. 500.00	23.21.2 2 2.3.2.7. 11.99
6.	Reunión informativa, para la difusión del ASIS, PSL y Plan Operativo Institucional a los actores de la comunidad y personal de la Micro-Red Monzón	2			X	S/. 3,000.00	2.3.2.7. 11.99

		7. Reuniones de monitoreo y evaluación de la incorporación del enfoque de interculturalidad en los servicios de promoción de la salud y la gestión institucional de la Micro-Red Monzón	3	X				X		X				2.3.2.7.11.99
											S/. 900.00			
	• SP2	Plan de valorización de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional	1.	Reunión de elaboración de matriz de actores locales, debilidades y oportunidades de prácticas de salud tradicional	3	X	X	X						2.3.2.7.11.99
											S/. 500.00			23.15.12
			1.1	Presentación de informe	1			X						23.21.22
											S/. 200.00			
P2 Plan de capacitación integral y	• SP1	Diseño de un	1.	Diseño académico y pedagógico de un diplomado	1			X				S/. 2,500.00	0001 PROG RAMA	23.27.21

Plan de sostenibilidad de la propuesta (No constituyen resultados)	promoción de la salud con enfoque de interculturalidad.				ACCIONES (5005984)	
	1. Instalación del Comité de Vigilancia de Pertinencia de los Servicios de Salud	1		X	0001	2.3.2.7.
					S/. 300.00	PROG 11.99
						RAMA 23.15.1
					ARTIC 2	
					ULAD 23.21.2	
					O 2	
	2. Capacitación a Comité de Vigilancia de Pertinencia de los Servicios de Salud	2		X	NUTRICIONA	2.3.2.7.
					L 23.15.1	
					ACCIONES (5000014)	2
					S/. 300.00	
					0002	
					SALUD	
					MATERNO	
					RNO	
					NEON	

COSTO

S/.
54,700.00

ATAL
ACCIO
NES
(50059
84)

Fuente: Elaboración propia.

5.1.5 Viabilidad Operativa.

Debido al tipo de actividades y el tiempo para su ejecución considerado la propuesta. Estas son factibles de llevarlas a cabo porque están relacionadas con las funciones y responsabilidades, tanto de la dirección ejecutiva, la coordinación del PROMSA (principalmente), equipo de gestión de la calidad, etc.

5.2 Análisis de Viabilidad Según Análisis de Actores

Tabla 12

Actores y Responsabilidades

ACTOR	RESPONSABILIDADES
Municipalidad distrital de Monzón	Es responsable de la promoción del desarrollo integral local a través de políticas, programas, planes y participación vecinal. Concentra un conjunto de facultades formales e informales que lo sita en una condición privilegiada de la vida política municipal.
Centro de Salud	Brindar servicios de atención primaria en salud a la población. Promoción de la salud Fomentar la calidad de vida Promover la participación social
Asociación de Comités Locales en Salud (ACLAS)	Administrar la atención primaria en salud en la localidad
Agentes Comunitarios	Apoyo educativo básico para la promoción de la salud
Terapeutas tradicionales	No está formalizado. Mantener la cultura viva en lo que a salud se refiere
ESSALUD	Brinda atención primaria y de segundo nivel en salud a sus afiliados
Farmacias y boticas privadas	Ninguna. Sin embargo su actividad impacta en la conducta de la población frente a la salud
Dirección regional de salud	Cumplimiento de políticas nacionales y regionales
Red de Salud	Brindar apoyo administrativo en cuanto a recursos humanos, bienes y servicios, materiales e insumos a todas las IPRES de su jurisdicción
Centro Nacional de Salud Intercultural	Técnica normativa y de investigación

Consejo regional de salud	Coordinar y vigilar el diseño e implementación de las políticas en salud
Instituciones Educativas de Niveles Inicial, Primario y Secundario	Tienen como función brindar servicios educativos basados en un enfoque integral y preventivo
Población	Participación en programas y servicios de salud. Implementa prácticas usos y costumbres en relación con la salud

Tabla 13

Posición de los Actores Relación a los Productos

ACTOR	PRODUCTOS		
	1	2	3
Municipalidad distrital de Monzón	+1	+1	+1
Centro de Salud	+1	+1	+1
Asociación de Comités Locales en Salud (ACLAS)	+1	+1	+1
Agentes Comunitarios	+1	+1	+1
Terapeutas tradicionales	+1	+1	+1
ESSALUD	+1	+1	+1
Farmacias y boticas privadas	0	0	0
Dirección regional de salud	+1	+1	+1
Red de Salud	+1	+1	+1
Centro Nacional de Salud Intercultural	+1	+1	+1
Consejo regional de salud	+1	+1	+1
Instituciones Educativas de Niveles Inicial, Primario y Secundario	+1	+1	+1
Población	+1	+1	+1

Leyenda:

+1 a favor

0 neutro

-1 en contra

Analizando la posición de los Actores en relación con cada Producto, se puede concluir que todos los actores están a favor, sólo las farmacias y boticas privadas presentan una posición neutral debido al tipo de actividad que realizan; al mismo tiempo, se debe resaltar que su posición no impacta negativamente a la propuesta. Si bien este análisis desde la perspectiva del actor social nos permite afirmar que la propuesta es viable, en todos los casos las acciones de sensibilización e incidencia (no planificada) será una constante que permita mantener y potenciar su posición.

5.3 Análisis de Viabilidad Según Evaluación Estratégico-Gerencial

Para la implementación de los Productos es un aspecto que requiere seguir la siguiente ruta previamente pauteada por parte de la instancia directiva como agente de cambio:

- Reconocimiento de importancia social del problema analizado y de los beneficios de las soluciones planteadas a través de los Productos en este trabajo, ante los diferentes actores. Esta estrategia puede incluir reuniones individuales con cada uno de ellos.
- Información detallada a la Dirección y Actores acerca del proceso analizado y los nudos críticos identificados.
- Dando a conocer experiencias exitosas que se identificaron durante la elaboración de la propuesta.
- Comunicando los beneficios de los Productos que propone esta investigación aplicada en los niveles intermedios y de la alta gerencia debido a su importancia en la política pública.

5.4 Generación de Valor Público

El valor público de esta investigación aplicada radica en la satisfacción y aceptación de la población usuaria respecto a los servicios de salud, debido a que estos serán con pertinencia cultural. La relación institución – población usuaria será impactada positivamente.

Como se ha manifestado en este trabajo, la gestión del enfoque de interculturalidad es a nivel institucional y comunitario. Por ello, los conceptos de adecuación y pertinencia son una constante. Así, la propuesta pretende que la cultura

institucional se permeabilice en sus formas, usos y costumbres respecto al análisis, definición de metas y objetivos respecto a la salud en la comunidad; por su parte el personal en su conjunto adopte progresivamente competencias interculturales que se reflejen en la calidad de los servicios, logrando que la población usuaria disminuya el rechazo y la insatisfacción de los servicios de salud.

Finalmente, la propuesta abre una posibilidad de generación de experiencias replicables en el sector salud.

Capítulo VII Seguimiento

6.1 Desarrollo de Indicadores para Seguimiento

Tabla 14

Seguimiento

PRODUCTOS	SUB PRODUCTOS	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	AÑO 1	AÑO 2		AÑO 3	
				2º S	1ºS	2ºS	1ºS	2ºS
P1 Modelo institucional pertinente para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional.	•SP1 Protocolo de un modelo institucional con gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional, de acuerdo con la normatividad vigente.	Un protocolo de un modelo institucional con gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional, de acuerdo con la normatividad vigente.	Guía		X			

	<ul style="list-style-type: none"> • SP2 Plan de Un Plan de valorización de valorización de prácticas locales de prácticas locales de salud tradicional en la salud tradicional en la gestión institucional gestión institucional 	Plan	X
<p>P2 Plan de capacitación integral y de acuerdo con lo establecido por lo entes educativos para el desarrollo de competencias para una mejor comprensión del enfoque de interculturalidad para la adecuación de los servicios de salud, además de una propuesta de perfil de puesto del personal a cargo de la promoción de la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SP1 Diseño de un Diplomado para el desarrollo de competencias en interculturalidad en los servicios de salud. 	Plan	X
	<ul style="list-style-type: none"> • SP2 Propuesta de perfil de puestos de promoción de la salud. 	Perfil	X

P3 Diseño de un plan que permita la articulación de la institución de salud con el gobierno local y los demás actores para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad.	Un plan que permita la articulación de la institución de salud con el gobierno local y los demás actores para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad.	Plan	X
Plan de sostenibilidad de la propuesta	Un plan de sostenibilidad	Plan	X

El monitoreo se realizará en base a las actividades consideradas y su cumplimiento para el alcance de los objetivos y productos establecidos. Debido a que es posible que la ejecución de la actividad puede variar en cuanto a fechas planificadas, su cumplimiento será en el plazo establecido, esto garantizará el monitoreo.

6.2 Desarrollo de Indicadores de Resultado

Tabla 15

Indicadores de Resultado

PRODUCTOS	SUB PRODUCTOS	INDICADOR	AÑO	AÑO	AÑO
			1	2	3

<p>P1 Modelo institucional pertinente para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SP1 Protocolo de un modelo institucional con gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional, de acuerdo con la normatividad vigente. • SP2 Plan de valorización de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional 	<p>Porcentaje de implementación del protocolo de modelo institucional con gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional, de acuerdo con la normatividad vigente.</p>	<p>X</p>
--	---	--	----------

<p>P2 Plan de capacitación integral y de acuerdo con lo establecido por los entes educativos para el desarrollo de competencias para una mejor comprensión del enfoque de interculturalidad para la adecuación de los servicios de salud, además de una propuesta de perfil de puesto del personal a cargo de la promoción de la salud.</p>	<p>• SP1 Diseño de un Diplomado para el desarrollo de competencias en interculturalidad en los servicios de salud.</p> <p>• SP2 Propuesta de perfil de puestos de promoción de la salud.</p>	<p>Porcentaje de personal que ha desarrollado de competencias en interculturalidad en los servicios de salud.</p> <p>Número de perfiles para puestos de promoción de la salud.</p>	<p>X</p> <p>X</p>
<p>P3 Diseño de un plan que permita la articulación de la institución de salud con el gobierno local y los demás actores para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad.</p>	<p>Porcentaje de articulación de la Microred Monzón con los actores locales para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad.</p>	<p>X</p>	

**Plan de sostenibilidad de la
propuesta**

Porcentaje de implementación del plan

X

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

1. La gestión del enfoque intercultural en los servicios del programa de promoción de la salud, ante todo es decisión institucional. Su fortalecimiento es de suma relevancia en el relacionamiento adecuado entre la institución de salud y la población local. A su vez, este contribuirá en la disminución de discriminación y exclusión en los servicios de salud.
2. Considerando lo anterior, es importante el desarrollo de un modelo organizacional culturalmente pertinente, que responda al contexto local en cuanto a salud se refiere. Diagnosticar y comprender la realidad sociocultural (situación, causas, efectos, usos, costumbres, lógicas - entre otras - en lo que a salud se refiere), y otras dimensiones de la vida individual y colectiva, permitirá identificar objetivos, metas y necesidades de adecuación cultural.
3. Gestionar la salud, implica (entre otros aspectos), el relacionamiento de dos actores (usuario y personal de salud), donde este último tiene la responsabilidad de acercar el servicio y sus propuestas, alternativas, métodos, etc. Se trata entonces de implementar servicios “entendiendo al otro”. Por esta razón, es de mucha importancia el desarrollo competencias de interculturalidad. El conocer, hacer y actuar son componentes de las competencias que fortalecerán la pertinencia cultural de los servicios y promoción de la salud.
4. La formalización de estas competencias en perfil de puestos asegurará la sostenibilidad de los esfuerzos institucionales desplegados.
5. La gestión de la salud, y en particular su promoción requiere la articulación de los diferentes actores en la comunidad. Conocer las expectativas, intereses, etc. así como contar con un plan para promover la articulación son acciones que fomentará el aprovechamiento de capacidades locales y el cumplimiento de roles y responsabilidades institucionales de manera más efectiva. Muchas veces se trata de liderazgo institucional.

Recomendaciones

1. La implementación y fortalecimiento del enfoque intercultural en los servicios de promoción de salud se recomienda contar con decisión política y liderazgo institucional en sus diferentes niveles.
2. La adecuación y pertinencia intercultural implican cambios institucionales y personales. Por ello, se recomienda que la instancia directiva sensibilice al personal sobre la justificación, los objetivos, alcances, metas que se esperan lograr con la implementación de una propuesta como esta. Será importante también informar acerca de lo que no implica la propuesta.
3. Para dar continuidad al desarrollo de competencias realizado, se recomienda implementar acciones de seguimiento al desempeño de competencias desarrolladas. En adelante el desarrollo las capacitaciones deberán ser realizado preferentemente bajo el enfoque de competencias.
4. Algunos temas para tratarse son: Interculturalidad en contextos rurales y periurbanos, desarrollo de habilidades en coaching ontológico en todos los niveles de la institución, idioma local, y prácticas en medicina tradicional.
5. Tanto la Microred de salud – Monzón como los diferentes actores deberán formular políticas locales en salud y otras dimensiones relacionadas del desarrollo. Su implementación deberá sostenerse en la articulación y participación comunitaria.
6. Se recomienda que a Dirección Regional de Salud promueva el Programa de Promoción de Salud con las medidas recomendadas en este estudio que se encuentran como productos, y de esta manera contribuir a la mejora de calidad de vida de la población.
7. Tanto el Centro Nacional de Salud Intercultural, Direcciones Regionales de Salud y la academia de deberán incorporar temas relacionados a gestión, planificación y evaluación en investigaciones relacionadas con la interculturalidad y promoción de salud.
8. Identificar logros y oportunidades de mejora a través de una sistematización y difusión de esta.

Referencias Bibliográficas

(s.f.).

Alarcón, A. M., Vidal, A., & Rozas, N. (2003). Salud Interculturalidad: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 1061-1065. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>

Albó Corrons, X. (2004). El futuro del Quechua visto desde una perspectiva Boliviana. *International journal of the sociology of language*, 119-130. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6820719>

Albó Corrons, X. (2009). Suma Qamaña = el buen convivir. *Revista de Ciencias Sociales*, 25-40. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3791259>

Aliaga Valverde, R. (2002). *Imágenes de usuarios entre los profesionales de servicios de salud reproductiva en San Juan de Lurigancho: Límites y posibilidades para los programas de mejoramiento de la calidad*. Repositorio de la Universidad Cayetano Heredia. Lima, Perú: UPCH-Institucional. doi:oai:repositorio.upch.edu.pe:upch/338

Almaguer Gonzales José Alejandro, V. V. (s.f.). Modelo Intercultural para la Implantación en los Servicios de Salud. MÉXICO.

Almaguer González, J. A. (2014). *Interculturalidad en Salud: experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. México: Programa Editorial del Gobierno de la República. Obtenido de <file:///C:/TESINA/TRABAJOS%20EXT/Tesina/BIBLIOGRAFIA/InterculturalidadSalud%20Mexico.pdf>

Almeida Vera, L., & Almeida Vera, L. (2014). Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud. *MEDISAN*, 18(8). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800019&lng=es&tlng=es.

Amat, C., & Guevara, L. (2016). *Enfoque de Territorialidad*. Lima, Perú.

Artiaga, E. L., San Sebastian, M., & Amores, A. (2012). Construcción Participativa de Indicadores de la Implementación del Modelo de Salud Intercultural del

- Cantón Loreto, Ecuador. *Saude Em Debate*, 36(94), 402-413. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2012.v36n94/402-413/es>
- Baca, M. E. (2013). *Derechos, Salud Intercultural y Políticas Públicas*.
- Biffi Isla, V. (2016). *Buenas prácticas Interculturales en la gestión pública (experiencias 2014 - 2015)*. LIMA, LIMA, PERÚ: Ministerio de Cultura. Obtenido de <http://repositorio.cultura.gob.pe/handle/CULTURA/505>
- Boza, R., Fallas, L., Madrigal, C., & Ramirez, P. (2013). *Propuesta para el Desarrollo de un Sistema de Gestión en Salud en el Gobierno Local: Experiencia de la Municipalidad de Tibas*. Repositorio de la Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina & Escuela de Salud Pública, Costa Rica.
- Cabieses, B., Bernales, M., Obach, A., & Pedrero, V. (2016). *Vulnerabilidad Social y su efecto en la salud en Chile*. Chile: Universidad del Desarrollo. Obtenido de <http://hdl.handle.net/11447/1459>
- Calvo, J. D. (2005). *El Enfoque Territorial en la Políticas Públicas*. Guatemala.
- Campbell, J., Hirnschall, G., & Magar, V. (07 de JULIO de 2017). *Sitio Web Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/ending-discrimination-in-health-care-settings>
- Campos Salazar, C. (2017). *El Modelo de Gestión y Participación de actores involucrados en la pertinencia cultural de los servicios de salud en la provincia de Churcampa - Huancavelica*. Huancavelica: PUCP. Obtenido de <http://hdl.handle.net/20.500.12404/10259>
- Cárdenas, C., Pesantes, M., & Rodríguez, A. (2017). Interculturalidad en Salud: Reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía Peruana. *ANTHROPOLICA*, 151-169.
- Caride, J. (2005). *La Animación Sociocultural y el Desarrollo Comunitario como educación social*. España.
- Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica [CAAAP]. (2016). *Gestión Pública e Interculturalidad*. Lima.
- Congreso de la República - Perú. (09 de Abril de 2009). Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Lima, Perú.

- Cueva, L. R. (2017). *Importancia de la Promoción y Prevención de la Salud Oral, en pacientes de escasos recursos económicos de la clínica Brimex ABC*. Repositorio de la UNAM, facultad de Odontología, Mexico.
- Defensoría del Pueblo. (2008). *La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado*. Lima, Perú.
- Defensoría del Pueblo. (2015). *Informe Defensorial N°169 "La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónico a una salud intercultural*. Lima : Defensoría del Pueblo.
- Defensoría del Pueblo. (2015). *La Defensa del Derecho de los Pueblos Indígenas Amazónicos a una Salud Intercultural*. Lima: Defensoría del Pueblo .
- Defensoría del Pueblo. (2018). *Salud de los Pueblos Indígenas Amazónicos y Explotación Petrolera en los lotes 192 y 8: Se cumplen los acuerdos en Perú?* Lima: Defensoría Gob.pe. Obtenido de <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/10/Informe-de-Adjunt%C3%ADa-N%C2%BA-001-2018-DP-AMASPPI-PI.pdf>
- Del Pino, P., Mena, M., Torrejón , S., Del Pino, E., Aronés, M., & Portugal, T. (2012). *Repensar la desnutricion: infancia, alimentacion y cultura en Ayacucho, Perú*. Lima, Perú.
- DIAKONIA. (2015). *Manual para el Monitoreo de la Incorporación del Enfoque de Género - Marco Conceptual*. Bogotá, Colombia: Diakonia.
- Diario Oficial del Bicentenario El Peruano. (2008). *Reglamento de la Ley N° 29242, ley que permite prestaciones complementarias de médicos y/o médicos especialistas de la salud en el ámbito nacional entre entidades de sector público para la ampliación cobertura de los servicios de salud*. Lima: Diario el Peruano. Obtenido de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/276815/248100_DS013-2008SA.pdf20190110-18386-1fpjyc2.pdf
- Diario Oficial del Bicentenario El Peruano. (1 de 04 de 2016). *Busquedas.ElPeruano.pe*. Obtenido de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-politica-sectorial-de-salud-intercultural-decreto-supremo-n-016-2016-sa-1363166-6/>
- Didier, L. (2002). *Experiencia en Medicina Tradicional y Salud Intercultural en la Amazonía Ecuatoriana*. Suecia: Universidad de Gottemburgo.

- Diez, A. (ENERO de 2011). *Programa de Apoyo para una Cultura de Paz y el Fortalecimiento de Capacidades Nacionales para la Prevención y el Manejo Constructivo de Conflictos*. PCM, PREVCON. LIMA: LUDENS SAC. Obtenido de Academia: https://www.academia.edu/12933718/Programa_de_aPoyo_Para_una_Cultura_de_Paz_y_el_fortaleCimiento_de_CaPaCidades_nacionales_Para_la_PrevenCi%C3%B3n_y_el_manejo_ConstruCtivo_de_ConfliCtos
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud - México. (s.f.). Innovando los Servicios de Salud, Fortaleciendo los Servicios de Salud. *Las Barreras Culturales en los Servicios de Salud su papel en el acceso de la Población usuaria a los servicios*.
- Dirección General de Planeamiento y Desarrollo en Salud. (2008). *Servicios y Unidades de Salud, Culturalmente Competentes*. Lima: DIRESA.
- Dirección Regional de Salud de Huanuco [DIRESA HUANUCO]. (2016). *Análisis de Situación de Salud del departamento de Huanuco*. HUÁNUCO: DIRESA HUANUCO.
- Dirección Regional de Salud de Huánuco [DIRESA HUÁNUCO]. (04 de 02 de 2020). *Dirección Regional de Salud Huánuco*. Obtenido de <http://www.diresahuanuco.gob.pe/portal/index.htm>
- Dirección Regional Ejecutiva de la Salud Huanuco [DIRESA HUANUCO]. (2020). *Plan de Promoción de la Salud - distrito de Monzón*. Monzón.
- Echarte Ripa, I. (2015). *Comparación de la atención sanitaria al niño sano entre Churcampa (Perú) y Navarra*. Churcampa: Universidad Pública de Navarra. Obtenido de <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/18552/Iranzu%20Echarte%20Ripa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- El Cuidado. (11 de 06 de 2012). *Teorías de EnfermeríaUNS*. Obtenido de <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/madeleine-leininger.html>
- Epidemiología Monzón. (2016). Análisis Situacional de Salud 2016. *Análisis Situacional de Salud*. Monzón, Huamalíes, Perú.

- Escobar, M. (2013). *Diagnóstico y Fortalecimiento de Interculturalidad en la Formación del Personal de Salud*. Ecuador: Dirección Nacional de Interculturalidad del MSP, Ecuador.
- Estrella, P. (2017). *Salud Pública en territorio Mapuche: Relaciones interculturales, estrategias etnopolíticas y disputas en torno a las políticas de reconocimiento en la comunidad Payla Menuko, San Martín de los Andes, PCIA. de Neuquén*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Buenos Aires: Filo Digital. doi:oi:repositorio.filo.uba.ar:filodigital/4592
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]/Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo [AECID]. (2017). *Interculturalidad en Salud: Manual de Sensibilización dirigido a personal de salud*. Lima, Perú: Realidades S.A.
- Freemont, K., & Rosensweig, J. (2011). Enfoque Sistemico. Washington. Obtenido de <https://isabelportoperez.files.wordpress.com/2011/11/enfoque-sistemico-fundamentos.pdf>
- Gallardo Gallardo, B. E., Kotthoff Brito, H. M., & Lecaros Barria, F. C. (2015). *Salud Intercultural: ¿utopía o realidad? Aplicación del programa de salud intercultural desde las vivencias y perspectivas de usuarias/os Mapuche y profesionales de San Jose de la Mariquina, Region de los Rios, 2015*. Valdivia - Chile: Universidad Austral de Chile .
- García Miranda, J. (2015). *La Etnopsicología Andina y la Armonía del Cuerpo, la Mente y el Espíritu*. Lima, Lima, Perú.
- García Navarro, E. B. (2015). *Competencia cultural en salud: conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales*. Universidad de Huelva, Departamento de Sociología y Trabajo Social. Huelva, España: Universidad de Huelva. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10272/11441>
- Gil Estevan, M., & Solano Ruiz, M. (2017). La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. *El Sevier: Atención Primaria*, 549-556. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.013>
- Giraldo, E., Yumoto, K., Giraldo, L., & Zapata, P. (2012). Teoría Transcultural de Madeleine Leininger.

- Gobierno Federal de México. (s.f.). *Cultura, Barreras Culturales y de Género, Herramientas Interculturales*. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud . México: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud,.
Obtenido de http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cultura_barreras_herramientas.pdf
- Gobierno Regional de Huanúco. (15 de 10 de 2018). Plan Estadístico Regional Huanúco 2019-2021. Huanúco, Huanúco, Perú.
- Gobierno Regional Huanúco. (21 de Marzo de 2018). *Juramentan a miembros del Consejo Regional de Salud Huanúco*. Huanúco: GOB HUANUCO.
- Gracia, F. (2017). *Pachakuteq, Una aproximación a la Cosmovisión Andina*. Caracas.
- Hernández Vásquez, A., Rojas Roque, C., Prado Galbarro, F., & Bendezu Quispe, G. (2019). Satisfacción del usuario externo con la atención en establecimientos del Ministerio de Salud de Perú y sus factores asociados. *Perú Med Exp Salud Pública*, 36-62. doi:10.17843/rpmesp.2019.364.4515
- Instituto Desarrollo y Descentralización. (s.f.). Reglamento de la Ley 27813, Ley del Sistema Nacional coordinado y descentralizado de salud. Lima, Perú. Recuperado el 04 de FEBRERO de 2020, de <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Decreto%20Supremo%20No.%20004-2003-SA.pdf>
- Instituto Nacional de Desarrollo de Pueblos Andinos, Amázonicos y Afroperuano. (2010). Aporte para un Enfoque Intercultural. En A. y. Instituto Nacional de Desarrollo de Pueblos Andinos, *Aporte para un Enfoque Intercultural* (pág. 200). Lima.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2018). *Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas*. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1544/
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2018). *Perú: Perfil Sociodemográfico, Informe Nacional - Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas*. Lima: INEI.

Recuperado el 20 de 06 de 2020, de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2017). *Censo Nacional 2017*. Lima: INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. *RESULTADOS DEFINITIVOS*. Lima, PERÚ. Recuperado el 06 de FEBRERO de 2020, de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1570/

Instituto Nacional de Salud [INS]. (04 de 02 de 2004). Centro Nacional de Salud Intercultural. *CENTRO NACIONAL DE SALUD INTERCULTURAL*. Lima, Perú. Obtenido de <https://web.ins.gob.pe/es/taxonomy/term/12>

Instituto Nacional de Salud [INS]. (04 de 02 de 2020). *Instituto Nacional de Salud*. Obtenido de <https://web.ins.gob.pe/es/taxonomy/term/12>

Kreutz, I., Munhoz, M., & Capriata, R. (2006). Determinantes Socioculturales e históricos de las prácticas populares de prevención y cura de las enfermedades de un grupo cultural. 15. Santa Catarina, Brasil. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100011

Kroeger, A., & Luna, R. (1992). *Atención Primaria de Salud: principios y métodos*. México: PAX MÉXICO.

Lacaze, D. (2002). *Experiencias en medicina tradicional y salud intercultural en la Amazonia Ecuatoriana*. Suecia. Obtenido de https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/3235/1/anales_5_lacaze.pdf

Limenez, L., Baez, R., Pérez, B., & Reyes, I. (1996). Metodología para la Evaluación de la calidad en Instituciones de Atención Primaria de Salud. 22. La Habana, Cuba. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34661996000100008&script=sci_arttext&tlng=pt

López, M., Barra, R., Nuñez, D., & Jofré, S. (2003). Interculturalidad en los Servicios de Salud. 43, 50-54. Valdivia, Chile.

- Lozano, A. P. (2016). *Interculturalidad en Salud y Pueblos Indígenas; Algunas interrogantes*. México.
- Martí, J., Pascual, J., & Rebollo, O. (2005). *Participación y Desarrollo Comunitario en Medio Urbano: Experiencias y Reflexiones*. España: IEPALA CIMAS.
- Martínez Carpio, H. (2016). Funciones del Docente Universitario. Formación y Promoción desde la Perspectiva de un Enfoque Basado en Competencias. *Veritas Journal*, 17. Obtenido de <https://revistas.ucsm.edu.pe/ojs/index.php/veritas/article/view/126>
- Medicus Mundi Navarra Delegación Perú, Salud Sin Límites Perú. (2012). *Modelo de Atención Integral basado en la familia y comunidad en el primer nivel*. LIMA: Medicus Mundi.
- Mendiburu, R. (2017). *Academia*. Obtenido de Academia: https://www.academia.edu/18218918/EL_PARADIGMA_DE_LA_HOMOGENEIDAD
- Mignone, J., Bartlett, J., & O'Neil, J. (2005). Prácticas Modelo en Salud Intercultural. (C. d. Candienses, Ed.) *Diversidad cultural: Múltiples del tiempo presente*, 110-120. Obtenido de http://www.centroetnosalud.com/trabajos/Dr%20Javier%20Mignone_Modelo.pdf
- Ministerio de Cultura [MC]. (2014). *Conocimientos Tradicionales*. Lima, Perú: Mavet Impresión E.I.R.L.
- Ministerio de Cultura [MC]. (2014). *Enfoque Intercultural: Aportes para la Gestión Pública*. Lima.
- Ministerio de Cultura [MC]. (2015). *Diálogo Intercultural: Pautas para un mejor diálogo en contextos de diversidad cultural*. Lima: Ministerio de Cultura.
- Ministerio de Cultura [MC]. (2015). *Servicios Públicos con Pertinencia Cultural*. Lima: MC.
- Ministerio de Cultura [MC]. (2017). *Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural*. Lima: Ministerio de Cultura. Obtenido de <http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2016/06/07a-Patricia-Balbuena-Enfoque-Intercultural.pdf>
- Ministerio de Cultura [MC]. (2018). *I Encuesta Nacional Percepciones sobre Diversidad Cultural y Discriminación Étnico-Racial*. Lima: MC.

- Ministerio de Educación [MINEDU]. (2013). *Documento Nacional de Lenguas Originarias*. Lima: MINEDU.
- Ministerio de Educación [MINEDU]. (s.f.). *MINEDU*. Obtenido de MINEDU: <http://www.minedu.gob.pe/comision-sectorial/transversalizacion.php>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP]. (2014). *Conceptos Fundamentales para la Transversalización del Enfoque de Género*. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2006). *Modelo de abordaje para la promoción de salud*. LIMA: MINSA.
- Ministerio de Salud [MINSA]. (11 de JULIO de 2012). *Guía Técnica para la Evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimiento y servicios médicos de apoyo*. Dirección General de Salud de las Personas y Dirección de Calidad en Salud. LIMA: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2014). *Resolución Ministerial No 611-2014: Diálogo Intercultural en Salud*. LIMA: MINSA. Obtenido de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/201797/198562_RM611_2014_MINSA.pdf20180926-32492-eo3vb.pdf
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2016). *Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Cultural*. Lima: MINSA. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2017). *Lineamientos de Política de Promoción de Salud*. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud - Dirección de Promoción de la Salud. Lima: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2019). *Adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de Atención*. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud y Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios. LIMA: Ministerio de Salud. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4809/.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (07 de Marzo de 2019). *Directiva Administrativa para la Adecuación Administrativa para la Adecuación de los servicios de Salud con Pertinencia Cultural en el Primer Nivel de Atención*. Lima: MINSA.

- Ministerio de Salud [MINSA]. (04 de 02 de 2020). *Congreso.gob.pe*. Obtenido de [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/7D7982FF2DFE5C705257914005F9334/\\$FILE/Ley_27813.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/7D7982FF2DFE5C705257914005F9334/$FILE/Ley_27813.pdf)
- Ministerio de Salud [MINSA]. (27 de ENERO de 2020). *Resolución Ministerial 03-2020 aprueba documento técnico "Modelo de cuidado integral de salud por cursos de vida para la persona familia y comunidad*. LIMA: MINSA.
- Ministerio de Salud [MINSA]. (27 de ENERO de 2020). *Resolución Ministerial N°030-2020: Modelo de Atención Integral de Salud por curso de vida de la persona, familia, y comunidad (MCI)*. LIMA: MINSA.
- Ministerio de Salud [MINSA]. (s.f.). Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el marco del aseguramiento universal y descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria en Salud Renovada. Lima, Lima, Perú.
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAC]. (2016). *Orientaciones Técnicas para la Atención de Salud Mental con pueblos indígenas: Hacia un Enfoque Intercultural*. Chile.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [MSPAS]. (2009). *Modelo de Atención Integral en Salud*. Guatemala: MINSA. Obtenido de http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=518
- Ministerio de Sanidad y Consumo/OMS. (2003). *Los Determinantes Sociales de la Salud: los Hechos Probados*. España: FER/EDIGRAFOS.
- MINSA, MEDICUS MUNDI NAVARRA, SALUD SIN LÍMITES PERÚ. (2013). *Primeros avances de la Operativización del Modelo de Atención Primaria de Salud basado en la familia y comunidad en la provincia de Churcampa, Huancavelica, Perú*. Lima. Obtenido de <http://www.medicusmundi.pe/sites/default/files/publicaciones/CHURCAMPAAVANCES.pdf>
- Morales, S. (2017). *Antropología Organizacional*. Lima, Perú. Obtenido de <https://sergiomoralesinga.wordpress.com/2017/06/14/que-es-la-antropologia-organizacional/>

- Nureña , C. (2009). *Incorporación del enfoque Intercultural en el Sistema de Salud Peruano: la Atención del Parto Vertical*. Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a13>
- Organismo Andino de Salud [ORAS]/Convenio Hipolito Unanue [CONHU]. (2005). *Interculturalidad en Salud en la Región Andina: Avances y Perspectivas*. Lima, Perú.
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2014). *Convenio Núm. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. Lima: Oficina Regional para América Latina y el Caribe. doi:ISBN 978-92-2-322581-0
- Organización Mundial de la Propiedad Intelectual . (2013). *Documentación de Conocimientos Tradicionales y Propiedad Intelectual: Salvaguardias y mejores practicas sobre el control de los pueblos indigenas sobre sus conocimientos tradicionales*. Nueva York: Indigenous Fellow.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] . (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud - Alma Ata*. Ginebra: Printed in Switzerland.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]/Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1997). *Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales*. Washington. Obtenido de http://www.bvs.ins.gob.pe/print/ops/salud_pueblos_indigenas/6.pdf
- Ortiz, A. (2006). *Conceptos de la Gerencia Social en America Latina*. Corporación Universitaria Minuto de Dios, Bogotá, Colombia. Obtenido de <http://proyectosocial.unizar.es/n16/06-%20Ortiz.pdf>
- Peñafiel Rondal , A. (06 de 05 de 2016). *Impacto de la integración intercultural al sistema de salud en usuarios internos y externos del hospital Divina Providencia en el cantón San Lorenzo en Esmeraldas de septiembre 2015 a enero del año 2016*. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/661>
- Pepper Bergholz, S. (2011). ACREDITACIÓN DE PRESTADORES INSTITUCIONALES EN CHILE: Definición de gestión por procesos. *Revista Biomédica Revisada Por Pares*. doi:10.5867/medwave.2011.05.5032

- Pérez, C. (2015). *Calidad de servicios en la consulta externa de Medicina Interna del hospital Nacional Dos de Mayo, desde la Percepción del Usuario Externo - Lima, 2008*. Repositorio de la Universidad Cayetano Heredia, Escuela de Postgrado, Lima.
- Pessini, L. (2011). *Promoción de la Salud y la Construcción de la ciudadanía: Una perspectiva interdisciplinaria*. Sao Paulo, Brasil.
- Pintado Estela, I. (2016). *La implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas : latensión entre la atención al VIH-SIDA y el enfoque intercultural*. Lima: PUCP. Obtenido de <http://hdl.handle.net/20.500.12404/8195>
- Plataforma digital única del Estado Peruano. (20 de 04 de 2020). Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/sineace/noticias/208598-normas-de-competencia-que-son-y-por-que-debemos-leerlas>
- Pontifica . (s.f.).
- Pontificia Universidad Católica del Perú [PUCP] y Consorcio de Investigación Económica y Social [CIES]. (2011). *Interculturalidad y Políticas Públicas: Una Agenda al 2016*. Lima, Lima, Perú: Nova Print S.A.C. Obtenido de file:///C:/TESINA/TRABAJOS%20EXT/Tesina/BIBLIOGRAFIA/Interculturalidad%20y%20politicas%20publicas%20Una%20agenda%20al%202016_0.pdf
- Programa de Apoyo a la Reforma de Salud [PARS], Ministerio de la Protección Social [MPS]. (2008). *Gerencia Social: Un enfoque integral para la gestión de políticas y programas sociales*. Bogotá, Colombia. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GERENCIA%20SOCIAL.pdf>
- ProSalud y Cruz Roja Española. (2014). *Comprendiendo El Derecho Humano a la Salud*. En *Comprendiendo El Derecho Humano a la Salud*. ADVANTIA.
- Purnell, L. (1999). *El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación*. Universidad de Alicante. Valencia: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. doi:10.14198/cuid.1999.6.13
- Quevedo, R. (2011). *La Medicina Tradicional en el Sistema Oficial de Salud en Perú*. Lima, Perú.

- Rodríguez , L. (2008). Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: Cultura como fuerza para incidir en cambios en políticas de Salud, Sexual y Reproductiva. *III Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP*. Córdoba-Argentina.
- Ruiz, M., Acosta, N., Rodriguez, L., Uribe, L., & León, M. (2011). *bdigital portal de revistas, Universidad Nacional de Colombia*. doi:<https://doi.org/10.1590/S0124-00642011000600002>
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en Salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 93.
- Salaverry, O. (24 de Marzo de 2010). Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. *Interculturalidad en Salud*. Lima, Perú.
- Santos , T., Maviana , E., Vargas , A., & Pellón Chad, H. (2013). *La Interculturalidad en el Mundo Globalizado y sus Impactos en el Proceso Salud-Enfermedad*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300005
- Santos, D., Tenorio, E., Breda, M., & Mishima, S. (2014). El proceso salud-enfermedad y la estrategia salud de la familia: la perspectiva del usuario. *Revista latino-americana de enfermagem*, 918-925. Obtenido de <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-latino-americana-de-enfermagem/articulo/el-proceso-salud-enfermedad-y-la-estrategia-salud-de-la-familia-la-perspectiva-del-usuario>
- Secretaría de Cultura, R. y. (s.f.). *Bogotá mejor para todos*. Obtenido de <https://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/es/areas-de-trabajo/practicas-culturales/grupos-etnicos>
- Siles Gónzales, J., Cibanal Juan, L., Vizcaya Moreno, M. F., Gabaldón Bravo, E. M., Domínguez Santamaría, J. M., Solano Ruiz, M., & García Hernández, E. (2001). Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*(10), 72-87. doi:10.14198/cuid.2001.10.11
- Solitaria, R., Garbus, P., & Stolkiner, A. (2008). *Derechos, Ciudadanía y Participación en Salud: Su relación con la accsebilidad simbólica a los servicios*. Buenos Aires, Argentina.

- Starfield, B. (2004). *Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. España: Masson.
- Subinas Garralda, J. (2018). *Interculturalidad en salud y desigualdad: el caso de las entidades de médicos tradicionales en la comarca Ngäbe Buglé*. Madrid: Biblioteca de la Universidad Complutense. doi:47497
- Tambo Choque, M. (2018). *Gestión de los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural para Comunidades Nativas del Departamento de Madre de Dios- 2018*. Trujillo: Universidad Cesar Vallejo. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/27606>
- Tejada de Rivero, D. (2018). La historia de la Conferencia de Alma-Ata. *Perú Ginecol Obstet*, 361-366. doi:<https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>
- Terry, J. (2011). *Cultura, Identidad Cultural, Patrimonio y Desarrollo Comunitario Rural: Una nueva mirada en el contexto del siglo XXI Latinoamericano*. España.
- Toledo, G. (2016). Modelo de Katz y Khan. Obtenido de <http://estrategiasparamirar.blogspot.pe/2008/03/katz-y-rosenzweig-pag.html>
- Tubino, F. (2005). *La Praxis de la Interculturalidad en los Estados Nacionales Latinoamericanos*. Lima, Perú.
- Universidad Católica de Santa María [UCSM]. (2019). *Modelo Educativo Universidad Católica de Santa María*. Arequipa: UCSM. Obtenido de <https://www.ucsm.edu.pe/wp-content/uploads/2019/03/MODELO-EDUCATIVO-UCSM-2019.pdf>
- Valencia Blanco, D. S. (2018). *Interculturalidad en relación al uso de la medicina Tradicional en la provincia de Cusco*. Puno: Universidad Nacional del Altiplano. Obtenido de http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/10951/Delmia_Socorro_Valencia_Blanco.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vásquez, E., Aramburú, C., Figueroa, C., & Parodi, C. (2001). *Gerencia Social: diseño, monitoreo y evaluación de proyectos sociales*. Lima, Perú.
- Villalba, R. (2005). *Calidad de la Atención Primaria de la Salud*. Ponencia, San Fernando del Valle de Catamarca, Argentina.

Anexos

Anexo I: Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMAS	OBJETIVOS	PRODUCTOS
<p>“Propuesta de mejora en la gestión de la implementación del enfoque de interculturalidad al programa de promoción de la salud en la Microred Monzón - Red Leoncio Prado, periodo 2020-2022”</p>	<p>PG. Inadecuada gestión del enfoque de interculturalidad en los servicios del programa de promoción de la salud de los establecimientos de la Microred Monzón.</p> <p>PE 1. Inadecuado modelo Organizacional para la gestión de la interculturalidad.</p> <p>PE 2. Débil desarrollo de competencias del recurso humano en relación con la promoción de la salud acorde al contexto sociocultural</p>	<p>OG. Fortalecer la gestión del enfoque de interculturalidad en los servicios del programa de promoción de la salud en los establecimientos de la Micro - red Monzón de la Red Leoncio Prado.</p> <p>OE 1. Proponer acciones de mejora del modelo institucional para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a las necesidades y prácticas comunitarias de salud y la normatividad vigente.</p> <p>OE 2. Fortalecer el desarrollo de competencias del recurso humano en relación con la promoción de la salud acorde al contexto socio cultural.</p>	<p>P1. Modelo institucional pertinente para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y plan de reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional.</p> <p>P2. Plan de capacitación integral y de acuerdo con lo establecido por lo entes educativos para el desarrollo de competencias a para una mejor comprensión del enfoque de interculturalidad y adecuación de los servicios de salud, además de una propuesta de perfil de puesto del personal a cargo de la promoción de la salud.</p>

PE 3. Débil articulación con los actores locales en la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad

OE 3. Proponer mecanismos de articulación de la Microred de Salud Monzón con los actores locales para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad.

P3. Diseño de un plan que permita la articulación de la institución de salud con el gobierno local y los demás actores para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad

Anexo 2: Glosario de Términos

Cultura. Formas aprendidas de pensar, sentir y hacer que comparte un grupo social, basadas en valores, conocimientos, tradiciones, costumbres, símbolos u otros. Una cultura se construye, cambia en diálogo con otras culturas. En ese mismo sentido, se habla de seguridad cultural que se refiere a la preservación, protección y promoción de prácticas propias de la comunidad.

Aculturación. Es el nombre que recibe un proceso que implica la recepción y asimilación de elementos culturales de un grupo humano por parte de otro. De esta forma, un pueblo adquiere una filosofía tradicional diferente a la suya o incorpora determinados aspectos de la cultura descubierta, usualmente en detrimento de las propias bases culturales.

Competencia cultural. La competencia es un proceso continuo, que involucra la aceptación y el respeto de las diferencias y no permite que las creencias personales propias tengan una excesiva influencia en aquellos quienes tienen una visión del mundo diferente de la propia. La competencia cultural incluye poseer cultura general, así como información culturalmente específica de tal manera que el profesional sepa qué preguntas realizar.

Salud. Es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social. Teniendo en cuenta que según la cultura de cada comunidad varía el sentido de gozar de salud. La salud es también un constructo social que responde a dimensiones como: Social, Económico, Político y Cultural. En tal sentido, es la ausencia de la enfermedad .

Estilo de vida. Es el tipo de hábitos y costumbres que posee una persona, puede ser beneficioso para la salud, pero también puede llegar a dañarla o a influir de modo negativo sobre ella.

Competencia intercultural. Conjunto de habilidades, conocimientos y aptitudes que le permiten a una persona comunicarse e interactuar apropiadamente con personas de diferentes culturas, así como entender sus cosmovisiones. En términos prácticos, implica el aprendizaje de nuevos patrones de comportamiento, de aprender a mirarse y mirar al otro con respeto, y adquirir la capacidad de aplicarlos en ambientes específicos.

Desarrollo. Es el que permite una mejoría de las condiciones de vida presente sin poner en riesgo los recursos de las generaciones futuras.

Servicios públicos. Toda actividad o prestación que efectúa la administración pública ya sea de manera directa o indirecta, que busca satisfacer una necesidad de interés general, la cual es continua en el tiempo y cuyo acceso debe darse equitativamente.

Políticas públicas. Es una actividad orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos, que debe ser por y para la misma población.

Relaciones de poder. Es el ejercer el poder con la intención de resolver o minimizar el choque entre los intereses encontrados que se producen dentro de una sociedad.

Acción afirmativa. Acción que pretende establecer políticas que dan a un determinado grupo social, étnico, minoritario o que históricamente haya sufrido discriminación a causa de injusticias sociales, un trato preferencial

Grupo étnico. Un grupo étnico es una comunidad determinada por la existencia de ancestros y una historia en común. Se distingue y reconoce por tradiciones y rituales compartidos, instituciones sociales consolidadas y rasgos culturales como la lengua, la gastronomía, la música, la danza y la espiritualidad entre otros elementos. Los integrantes de un grupo étnico son conscientes de pertenecer a él, comparten entre ellos una carga simbólica y una profundidad histórica (Secretaría de Cultura)

Pluriculturalidad. Condición intrínseca de toda sociedad, porque todas se han formado y se siguen formando de los contactos entre distintas culturas.

Multiculturalidad. Consiste en visibilizar y reconocer otras culturas diferentes a la hegemónica occidental

Terapeuta tradicional. Se conoce como terapeutas tradicionales a quienes utilizan una serie de recursos terapéuticos heredados de sus ancestros para prevenir y tratar los padecimientos de los miembros de sus comunidades. Estos recursos terapéuticos pueden ser bastante armónico y combinar los conocimientos ancestrales con otros adquiridos a través de su experiencia, de

otras tradiciones, e inclusive de prácticas terapéuticas de grupos religiosos. Algunos terapeutas incluyen también elementos de la misma biomedicina promovida desde los establecimientos de salud público.

Adecuación cultural. Es un proceso por el cual los servicios y actividades de la salud se estructuran considerando la cultura local, así como sus valores, concepciones y prácticas relacionadas a la salud – enfermedad- atención sin que necesariamente se dé una plática.

Pertinencia cultural. Es la entrega de servicios de salud de acuerdo con los parámetros culturales de los usuarios y usuarias, es decir, construidos a través de espacios de diálogo, en los que prestadores y usuarios/as acuerdan cuáles deben ser las características de los servicios que les son ofertados por parte del gobierno.

Microred de salud. Conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud. Constituye la unidad básica de gestión y organización de la prestación de servicios de salud.

Cosmovisión. El término de cosmovisión viene de las voces Cosmos: Universo y Visión: percepción, representación, del entorno que se construye en la vida cotidiana. Es propio de los pueblos tradicionales, pragmáticos e intuitivos que se transmiten de generación en generación. Permite describir y explicar la relación entre los seres humanos y la naturaleza, así como todo lo relacionado con la cosmovisión.

Cosmogonía. El término de cosmogonía viene de dos voces: Cosmos que significa naturaleza, universo, mundo, tierra y, Gnosis: sabiduría, conocimiento, comprensión. Es decir, es la comprensión, percepción y entendimiento del mundo del que derivan las teorías construidas por la ciencia, por un lado; y, por el otro, por las ideas adquiridas en la experiencia vivida y las formas de sentir y vivir la vida de los pueblos originarios.

Cosmología. El término de cosmología viene de dos voces: Cosmos: Universo y Logia: Tratado, estudio. Es decir, estudio del Universo, utilizando los aportes

teóricos y metodológicos de la ciencia. Es propio de los especialistas y eruditos que para este fin se forman en las instituciones” educativas superiores.

Gestión en salud. Gestión en salud representa una síntesis de métodos y estrategias para facilitar el trabajo en los diferentes niveles y categorías de servicios que componen el sector salud para la promoción, prevención y recuperación de la salud. Está conformado por un conjunto de herramientas de gestión organizadas para satisfacer las necesidades de diferentes grupos de usuarios (hacedores de política, gestores de servicios de salud, gestores locales, implementadores, personal de salud, docentes, alumnos, etc.).

Anexo 3: Complementarios

Producto 1: Modelo institucional pertinente para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional.

Presentación

El Modelo institucional pertinente para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional, es parte del estudio de investigación “Propuesta de Mejora en la Gestión de la Implementación del Enfoque de Interculturalidad al Programa de Promoción de la Salud en la Microred Monzón - Red Leoncio Prado, Periodo 2020-2022” y surge como alternativa a la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud y la relación institución-población, en base a la adecuación y pertinencia cultural de los establecimientos de salud.

El objetivo de este producto es fortalecer la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción y demás servicios de salud a través de un modelo institucional pertinente, respecto a las necesidades y prácticas comunitarias de salud y la normatividad vigente. Para ello en primer lugar, se ha diseñado la arquitectura institucional, como una representación entre los procesos y la organización, que permitirá gestionar la promoción y demás servicios de salud con enfoque de interculturalidad. En segundo lugar, se ha diseñado el Protocolo institucional para la atención en salud con pertinencia cultural en la promoción de la salud de la Microred Monzón de acuerdo con la normatividad vigente. En este sentido se establecieron criterios de monitoreo y evaluación de incorporación institucional del enfoque de interculturalidad en la promoción y demás servicios de salud de la Microred Monzón, para lo cual se ha diseñado un instrumento que cuenta con veintiséis estándares y criterios de acuerdo a cinco componentes organizados en tres procesos: 1. Proceso funcionalidad institucional y estructura con enfoque de interculturalidad, 2. Proceso de configuración del programa de promoción de la salud con enfoque

intercultural, y 3. Proceso de soporte con enfoque de interculturalidad. Procesos que (a nuestro entender), son determinantes en la gestión de los servicios y principalmente en la promoción de la salud.

La implementación de la propuesta requiere decisión política y debe ser de carácter participativo; permitirá (además) incorporar, monitorear y valorar la gestión el enfoque de interculturalidad, y en particular de la calidad de los servicios. Los resultados de la gestión deben constituir oportunidades de mejora.

Los Autores

1. Finalidad

Contribuir al ejercicio del derecho a la salud, favoreciendo la adecuación y pertinencia cultural y el acceso a los servicios de calidad en los establecimientos de salud de la Microred Monzón.

2. Objetivos:

Fortalecer la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción y demás servicios de salud a través de un modelo institucional pertinente, respecto a las necesidades y prácticas comunitarias de salud y la normatividad vigente.

2.1 Objetivos específicos.

- a. Proponer la arquitectura institucional que permita gestionar la promoción y demás servicios de salud con enfoque de interculturalidad.
- b. Establecer criterios de monitoreo y evaluación de incorporación institucional del enfoque de interculturalidad en la promoción y demás servicios de salud de la Microred Monzón.

3. Marco conceptual

- Interculturalidad en salud

De acuerdo MINSA (2018) interculturalidad en salud es la relación de respeto que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso de salud - enfermedad considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas, así como sus formas de fundamentarlas. Ello no implica privar a dichas poblaciones del derecho a acceder a la información y al conocimiento del desarrollo científico actual, así como a beneficiarse de dicha práctica, en especial si se trata de recuperar la salud o de salvar la vida. A la vez implica asegurar que tal relación intercultural se implemente con respeto a las diferencias, con empatía hacia los usuarios y sobre todo con inclusión.

Por su parte, Almaguer, Vargas & García (2007) afirman que la interculturalidad, es el modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido. En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial. Se sustenta en

cuatro principios básicos: 1. Reconocimiento de la diversidad cultural, 2. Relaciones equitativas, 3. Respeto a las diferencias y, 4. Enriquecimiento mutuo. La interculturalidad implica, una relación donde varios grupos de poblaciones culturales diferentes conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos. Sin embargo, a diferencia de la multiculturalidad, donde un grupo cultural mantiene una hegemonía sobre las demás poblaciones, en las relaciones interculturales existe la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de derechos, no como concesión ni claudicación de los privilegios de un grupo ante otro, sino como el marco para potenciar relaciones hacia la convivencia social. La interculturalidad es un marco que se inclina hacia el respeto y horizontalidad, sin pretender que una población, con toda su carga de elementos culturales, se ponga por encima o debajo de la otra u otras. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo, facilitando o promoviendo, la apertura para la escucha y el enriquecimiento hacia los mutuos espacios de la relación. En el caso de las instituciones de Salud, se cuestiona por los usuarios de los Servicios la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de que son objeto, aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención del personal. Esto influye en el desapego a las indicaciones médicas, una incidencia mayor de abandono de los tratamientos y en resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural. Por todo lo anterior, los principios de la interculturalidad entendida como un proceso de interacción entre personas, permiten fortalecer la identidad propia, la autoestima, la valoración de la diversidad y las diferencias, incluidas las de género y generar en las personas, una conciencia de la

interdependencia para el beneficio y desarrollo de la comunidad en general.

Barreras Culturales. Para la Dirección General de Planeamiento y Desarrollo en Salud-México, (2008) las barreras culturales están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del “proveedor” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso “real” de estos últimos a los servicios; están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre muchos otros factores. Desde la perspectiva del prestador de servicios, los conceptos de los usuarios en torno a su salud se perciben como elementos que entorpecen el servicio, toda vez que dificultan la comunicación, retrasan el tratamiento, confrontan al prestador y condicionan riesgos a la salud del usuario. Por ello la “cultura” se considera como negativa y causa de problemas que impiden: establecer un diagnóstico certero, explicar adecuadamente las indicaciones médicas, establecer la suficiente confianza en el seguimiento de las medidas profilácticas y terapéuticas indicadas, entablar una empatía que posibilite una relación personal de salud -paciente respetuosa y cercana y lograr un impacto eficaz de las acciones educativas. Esto explica en parte como a pesar de los grandes avances en el desarrollo científico, tecnológico y de ampliación de cobertura de los servicios de salud, tienen un impacto limitado. Así también, explica porque otros modelos de atención a la salud, como la medicina tradicional sigan vigentes en las preferencias de la población. Las “barreras culturales” pueden clasificarse desde cuatro ámbitos: 1. En la estructura de los servicios relacionada con la organización de los mismos, la dirección, intersectorialidad, marcos éticos, ejercicio del poder, programas, planes, normas, prejuicios, valores, participación de los usuarios y ejercicio de la ciudadanía en ellos; en el sistema, las relaciones que establece la institución de salud con los usuarios, están determinados “culturalmente” por el desbalance de poder

y la valoración peyorativa sobre la percepción que poseen los usuarios. 2. En el establecimiento de salud; tienen que ver principalmente con la concepción del confort de parte del usuario con respecto al aspecto, diseño, clima, señalizaciones, mobiliario, dieta para enfermos, espacios para los niños, para la estadía de familiares, y para la “paz espiritual”. 3. En los prestadores del servicio se relacionan con la condición social y estatus, ejercicio del poder, capacidad de comunicación, valores, prejuicios, condiciones de trabajo, forma de ejercer el poder, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los usuarios; las personas prestadoras interactúan con los y las consultantes en función de su propia cultura, formación profesional (o deformación) y género. En la relación ponen en juego sus capacidades y carencias. 4. En los usuarios estas están relacionadas con la percepción de la salud y la enfermedad; conciencia de derechos, conocimientos, condición social, experiencias negativas con los servicios de salud, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los prestadores, prejuicios, normas sociales, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana

- **Análisis diferencial**

El enfoque diferencial implica una concepción de la sociedad con una óptica incluyente que reconoce las diversidades presentes en ella. Está relacionado con la capacidad de abordar los problemas sociales teniendo en cuenta factores como el origen étnico, la opción sexual, la edad, la condición socioeconómica, la condición de discapacidad o de víctima del conflicto armado, entre otros. El análisis de estos factores y su abordaje es parte de la gestión institucional y los servicios. (DIAKONIA, 2015)

4. Modelo institucional:

- **Arquitectura institucional**

Este documento propone la transversalización por el enfoque de interculturalidad la gestión de los servicios de salud, y en particular su promoción, soportada en una arquitectura institucional basada en el enfoque de procesos, esperando fomentar una relación adecuada, de respeto y reconocimiento entre la cultura local y la cultura institucional, donde se prioriza la satisfacción de la población usuaria guiada por los objetivos misionales; donde la administración constituye un ente de soporte. En este sentido, la institución trabaja para la población usuaria a través de servicios con pertinencia cultural (proceso principal), donde se refleja una relación armoniosa, de respeto y consideración entre la cultura local y la cultura institucional.

Por tanto, de acuerdo con nuestra propuesta de arquitectura institucional, el enfoque intercultural transversaliza todo el que hacer institucional a través de los procesos de estructura y funcionalidad institucional, en la promoción de la salud; así como en la administración como proceso de soporte (ver figura 13). Su gestión se realiza en los subprocesos: política y planeación institucional/organizacional, gestión del ciclo de programas y capacitación, revalorización del sistema tradicional de salud, y participación ciudadana y articulación de actores; gestión del talento humano, gestión del presupuesto y la gestión de información, todo con enfoque de interculturalidad. Se operativiza a través de los instrumentos de gestión y planificación (plan estratégico, plan operativo y presupuesto institucional, etc.), diagnósticos, planes y programas de capacitación, monitoreos, evaluaciones, relación entre sus integrantes y con el entorno, además de la adecuación física de sus ambientes. En tanto que su evidencia se encuentra en principalmente en la satisfacción, participación y empoderamiento en la población usuaria; en este sentido y de acuerdo a la arquitectura diseñada, concebir la promoción de la salud como un proceso y no únicamente como un programa o conjunto de actividades; constituye el factor determinante para ofrecer servicios con pertinencia cultural, debido a que sus tres subprocesos (gestión del ciclo de

programas y capacitación, revalorización del sistema tradicional de salud, y participación ciudadana y articulación de actores) constituyen la bisagra institucional entre la cultura institucional y la cultura local para el logro de los objetivos en salud.

- **Configuración del modelo de salud de promoción de la salud**

Un modelo dirigido a la promoción de la salud concibe que el proceso salud-enfermedad-servicios, es la triada resultante de determinantes sociales, económicos, culturales, étnicos, psicológicos y comportamentales traducidas por la población, así como de interpretación y entendimiento institucional de las mismas, que mediante la adecuación y pertinencia cultural se puede configurar un el modelo de promoción de la salud (y demás servicios) que contribuya de manera óptima en la mejora de la salud en un determinado contexto.

Para Débora de Souza Santos (2014) las necesidades de salud traídas y traducidas por los usuarios contribuyen en la formación de las prácticas de salud, relacionándose a la configuración del modelo de atención. Dentro de la discusión sobre los modelos de atención, la necesidad en salud o problema de salud presentado por el usuario, demanda acciones y servicios de salud para su resolución. Esas prácticas de salud, reunidas, configuran un modelo de atención en salud. Las necesidades en salud presentadas por los usuarios son formadas a partir de la interpretación que los usuarios dan a la salud y a la enfermedad, interpretación esta que es influenciada por numerosos determinantes y condicionantes biológicos, sociales, psicológicos y económicos, en un constante proceso de formación de subjetividades. Sin embargo, evidencia que los profesionales de la salud todavía dejan de lado esos aspectos, debido a que sufren la fuerte influencia del modelo biomédico, de poco relacionamiento con la población usuaria, está centrado en la cura de la enfermedad, en la hospitalización y fragmentación del sujeto, retirándole la autonomía sobre su proceso salud enfermedad, tan necesaria para el fortalecimiento de la promoción de la salud (Santos et al., 2014).

Figura: Arquitectura Institucional

Arquitectura institucional (intra e interorganizacional)



- **Protocolo institucional para la atención en salud con pertinencia cultural en la promoción de la salud de la Microred Monzón de acuerdo con la normatividad vigente.**

El accionar institucional respecto a la práctica del enfoque de interculturalidad debe ser planificado en base a criterios que permitan el monitoreo y evaluación del nivel de incorporación o transversalización del enfoque de interculturalidad. El principal objetivo de este instrumento es identificar oportunidades de mejora que permitan fortalecer la incorporación y gestión del enfoque de interculturalidad en los servicios de salud de la Microred Monzón.

Su aplicación requiere (además) de un proceso de monitoreo y evaluación; este debe ser un momento institucional participativo bajo el liderazgo de la gerencia; en tanto que el personal del PROMSA actúa como facilitador durante el taller de trabajo.

El instrumento “Estándares y criterios de monitoreo y evaluación de la incorporación del enfoque de interculturalidad en la Microred Monzón” permite analizar tres procesos: 1. Proceso funcionalidad institucional y estructura con enfoque de interculturalidad, 2. Proceso de configuración del programa de promoción de la salud con enfoque intercultural, y 3. Proceso de soporte con enfoque de interculturalidad. Asu vez, cada uno de ellos contiene sus procesos, que deberán ser monitoreados por lo menos de manera semestral, en base a los estándares y criterios definidos y precisados a través de una breve descripción.

A nivel general, al monitorear los veintiséis estándares se pueden tener los siguientes resultados.

Más del 77% al 100%	Nivel alto de incorporación del enfoque de interculturalidad
De 51 y menos del 76%	Nivel medio de incorporación del enfoque de interculturalidad
Hasta 50%	Nivel bajo de incorporación del enfoque de interculturalidad

Ubicarse en el Nivel alto de incorporación (NAI) del enfoque de interculturalidad, refleja la transversalización o incorporación del enfoque de interculturalidad en los procesos institucionales, por lo que incluso se habría logrado una nueva cultura organizacional, motivo de convertirse en una experiencia replicable. Será necesario reconocer que a pesar de haberse logrado un alto nivel de incorporación del enfoque de interculturalidad, los servicios para la promoción de la salud pueden tener tres características fundamentales: ética, a medida que solamente se desarrollan relaciones éticas entre usuario y servicio; pragmática, cuando éste es visto como un individuo y agente social de los propios cambios, ya que la participación del usuario solamente se hace a través del diálogo, y su participación a partir de la vivencia de prácticas cotidianas; y reflexión crítica sobre las ideas y concepciones que orientan las prácticas de salud entre los diferentes actores (Santos et al., 2014, pp. 7-8).

Es con esta última característica que nuestra propuesta se alinea, por ello la importancia del entendimiento y comprensión del proceso salud-enfermedad y servicios configurados de acuerdo con la necesidad de la localidad. Después de conocer los resultados a nivel general y, aun cuando no se logre un calificativo de 100%, será necesario identificar aspectos a fortalecer en cada subproceso a través de un plan de mejora, para lo cual adjuntamos un esquema.

A continuación, se presentan definiciones operativas y se describe el monitoreo y evaluación que deberá ser implementado en cada proceso. Así mismo, se identifica el ámbito de aplicación, se describen los estándares y criterios de monitoreo y evaluación de la incorporación del enfoque de interculturalidad la Microred Monzón; se adjunta, además, el esquema de plan de mejora.

- **Definiciones operativas**

Proceso: El proceso es el núcleo principal donde confluyen los enfoques, paradigmas, conocimientos y prácticas de las personas

que participan en las diferentes unidades funcionales de la organización, integrando los intereses propios de cada una de esas unidades en una meta común (el servicio de salud con pertinencia cultural) y cuyo objetivo será cumplir con las expectativas de la población usuaria.

El proceso salud-enfermedad-servicios es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. Por tanto, un modelo dirigido a la promoción de la salud concibe que el proceso salud-enfermedad-servicios, es la resultante de determinantes sociales, económicos, culturales, étnicos, psicológicos y comportamentales traducidas en por la población. Así como de interpretación y entendimiento institucional de las mismas, que mediante la adecuación y pertinencia cultural pueden contribuir en la mejora de la salud en un determinado contexto. Así mismo, la gestión de procesos lleva implícito un cambio cultural en la organización, cuya esencia es que cada persona que la integra entienda la relevancia de su trabajo y la participación que éste tiene dentro del proceso. Por lo tanto, su esfuerzo estará centrado en hacer su trabajo de la mejor forma posible porque así contribuye, junto a los otros, a que el resultado final del proceso sea eficiente. El punto orientador de este cambio cultural debe estar en la misión, visión y valores que se dé la institución y que es conocida y compartida por sus integrantes. Junto con ello, es deseable que se verifiquen cambios organizacionales que faciliten el enfoque por procesos, entre los cuales están:

La organización se orienta en una perspectiva funcional, con estructuras más aplanadas y no en forma tradicional con estructuras verticales jerarquizadas.

Hay una comunicación fluida entre sus componentes y la toma de decisiones está más descentralizada.

Hay una alta participación de las personas en el quehacer institucional.

Hay una apertura y disposición al cambio. Este cambio cultural es un factor crítico de éxito en la gestión de calidad. (Pepper, 2011)

- **Calidad de atención intercultural:** Se refiere al grado con el cual los procesos de atención médica convencional y tradicional o ancestral incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados. Priorizar la atención de las personas y su diversidad, permite reconocer la necesidad de brindar una atención pertinente (adecuada culturalmente) y calidad, entendiendo la calidez como un cambio de actitud en el trato, con pertinencia cultural en el diálogo horizontal con los pacientes y en la atención de sus demandas. (Diario Oficial del Bicentenario El Peruano, 2016)

- **Servicios con pertinencia cultural:** Los servicios con pertinencia cultural, son aquellos que incorporan el enfoque de interculturalidad en su gestión y prestación; se ofrecen tomando en cuenta las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades en donde se interviene y se brinda atención. (MINSA 2019)

Implica la adaptación de todos los procesos del servicio a las características geográficas, ambientales, socioeconómicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias) del ámbito de atención del servicio. La valoración e incorporación de la cosmovisión y concepciones de desarrollo y bienestar de los diversos grupos de población que habitan en la localidad, incluyendo tanto las poblaciones asentadas originalmente como las poblaciones que han migrado de otras zonas.

- **Establecimiento de salud con pertinencia cultural:** Es aquel establecimiento de salud que ha sido evaluado y ha cumplido más del 77% de los criterios estandarizados, que verifican la incorporación del enfoque intercultural en la gestión del establecimiento de salud, revalorización de la medicina tradicional, recursos humanos que atienden con pertinencia cultural e institucionaliza la participación ciudadana.
- **Revalorización del sistema de salud tradicional:** En base a la reflexión e interpretación y comprensión del proceso salud-enfermedad en la localidad se evidencia la práctica de la medicina tradicional en el establecimiento de salud o fuera de él. Permite comprender las percepciones y necesidades de salud para promover las respuestas o servicios de los actores en la localidad.
- **Participación ciudadana:** Son todas las formas de intervención de los actores sociales de un determinado territorio en el planeamiento, organización, ejecución, evaluación, rendición de cuentas y vigilancia ciudadana de los procesos en salud y sus determinantes en su ámbito correspondiente. (Diario Oficial del Bicentenario El Peruano, 2008)
- **Procesos para Monitorear**
 - **Proceso: Funcionalidad institucional y estructura con enfoque de interculturalidad**
Este proceso está relacionado con los aspectos misionales y estratégicos de la institución. La definición de la política y planeación institucional/ organizacional con enfoque de interculturalidad, constituye su subproceso; el monitoreo de la incorporación del enfoque de interculturalidad se realiza a través de tres estándares: Diagnóstico institucional que no se limita a la caracterización sociodemográfica de la población, planeamiento estratégico, y acceso y pertinencia, que en conjunto componen del subproceso Política y planeación institucional/ organizacional con enfoque de interculturalidad.

El monitoreo permite arribar a los siguientes niveles en este proceso:

03 estándares	Nivel alto de incorporación del enfoque de interculturalidad
02 estándares	Nivel medio de incorporación del enfoque de interculturalidad
01 estándar	Nivel bajo de incorporación del enfoque de interculturalidad

El cumplimiento de los tres estándares se califica como nivel alto de incorporación del enfoque de interculturalidad (NAI), y se resume como un proceso gestionado en base a un diagnóstico adecuado de la situación de salud de la localidad, de manera participativa define su política de actuación institucional y planifica estratégicamente su rol, además de facilitar el acceso a los servicios en base a la cultura local.

- **Proceso de configuración del programa de promoción de la salud con enfoque intercultural.**

El monitoreo se realiza a la identificación de necesidades de salud en el proceso salud-enfermedad local, en base a las interpretaciones y significados formulados por los grupos poblacionales. El análisis e identificación a través de talleres de trabajo con enfoque andragógico, grupos focales o entrevistas a profundidad permiten comprender y precisar los servicios que requiere la localidad.

El diseño, participación de grupos poblacionales; a las acciones de sensibilización, fortalecimiento de competencias a actores clave y a los aprendizajes sistematizados a través de la gestión de programas de capacitación y promoción ejecutados por el establecimiento de salud también son monitoreados.

Las acciones de revalorización del sistema tradicional de salud son monitoreadas a través de las acciones en los servicios de salud materno neonatal, la adecuación física de los ambientes en base a la cultura local, al registro de la población de acuerdo con la variable étnica, a la incorporación de recursos y prácticas tradicionales de salud en los servicios del establecimiento, y en particular en los de promoción de la salud con acciones internas y externas.

Por su parte el monitoreo de la incorporación del enfoque de interculturalidad en la participación ciudadana y articulación de actores a través del involucramiento y fortalecimiento de capacidades de representantes, líderes e instancias locales para la formulación e implementación de planes comunales y políticas locales de salud. Es importante también identificar la práctica y promoción de comunicación intercultural entre la institución y la comunidad.

El monitoreo de los dieciocho estándares permite arribar a los siguientes niveles en este proceso:

De 15 a 18 estándares	Nivel alto de incorporación del enfoque de interculturalidad
De 10 a 14 estándares	Nivel medio de incorporación del enfoque de interculturalidad
Hasta 9 estándares	Nivel bajo de incorporación del enfoque de interculturalidad

El cumplimiento de 15 a 18 estándares se califica como nivel alto de incorporación del enfoque de interculturalidad (NAI), y se resume como un establecimiento de salud que ha logrado

configurar el programa de promoción de la salud (PROMSA) considerando la triada salud-enfermedad-servicios de acuerdo con las percepciones y necesidades de los grupos poblaciones de la localidad. En tal sentido el PROMSA se ejecutan para desarrollar competencias en salud de acuerdo con las necesidades locales, revaloriza y promueve prácticas de medicina tradicional; así también, fortalece la participación ciudadana y articulación de actores en torno a planes y políticas locales salud para la transformación social.

○ **Procesos de soporte con enfoque intercultural**

Tanto la gestión del talento humano a través principalmente del desarrollo de competencias (ser, saber y hacer) del personal y la generación de la cultura organizacional con enfoque interculturalidad en el establecimiento de salud, la asignación presupuestal para la ejecución de actividades de acuerdo al planeamiento institucional y las necesidades que implica la incorporación del enfoque de interculturalidad, así como la generación, análisis y uso de información son aspectos a monitorear y evaluar para precisar los servicios del establecimiento y promover la salud y el cierre de brechas en la localidad.

El monitoreo de los cinco estándares permite arribar a los siguientes niveles en este proceso:

5 estándares	Nivel alto de incorporación del enfoque de interculturalidad
De 3 a 4 estándares	Nivel medio de incorporación del enfoque de interculturalidad
Hasta 2 estándares	Nivel bajo de incorporación del enfoque de interculturalidad

El cumplimiento de los cinco estándares se califica como nivel alto de incorporación del enfoque de interculturalidad (NAI), y se resume como un establecimiento de salud que ha logrado transversalizar el enfoque de interculturalidad en los procesos de soporte. A nivel de gestión del talento humano, se han desarrollado capacidades del personal en interculturalidad en salud y se fomenta su empoderamiento con acciones de inducción durante la incorporación de personal; y como parte de una nueva cultura organizacional se practican relaciones saludables, libres de discriminación, estereotipos o prejuicios a nivel interno y con el entorno.

Así mismo, de manera planificada se realiza la asignación presupuestal a actividades de promoción y demás servicios de salud sustentadas en el diagnóstico institucional. Los resultados de las acciones son monitoreados periódicamente, y la información generada sirve para la toma de decisiones para reconfigurar los servicios del establecimiento y el cierre de brechas en la localidad.

○ **Ámbito de aplicación del instrumento**

La aplicación de la presente propuesta es en la Microred Monzón y sus establecimientos de salud, del distrito del mismo nombre en la provincia de Huamalíes, departamento de Huánuco. Así mismo podrá hacer uso de este instrumento, todos los establecimientos de salud que voluntariamente desean conocer el nivel de incorporación del enfoque de interculturalidad en sus servicios.

Tabla: Estándares y Criterios de Monitoreo y Evaluación de la Incorporación del Enfoque de Interculturalidad en la Microred Monzón

PROCESO	SUBPROCESO	ESTÁNDAR	CRITERIO	DESCRIPCIÓN DEL CRITERIO
1. FUNCIONALIDAD INSTITUCIONAL Y ESTRUCTURA	1. Política y planeación institucional/ organizacional con enfoque de interculturalidad	1. Diagnóstico institucional de salud local con enfoque de interculturalidad	El ASIS (Análisis situacional de salud) constituye un diagnóstico cuantitativo y cualitativo de la situación de salud en la localidad.	Mediante el análisis diferencial se identifica, relaciona, y explica la situación de salud teniendo en cuenta factores como el origen étnico, la opción sexual, la edad, la condición socioeconómica, la condición de discapacidad o de víctima del conflicto armado, entre otros, y el o los sistemas y prácticas de salud existentes y cultura local. La información obtenida será un insumo para interpretar el proceso salud-enfermedad-servicios en la localidad.
		2. Planeamiento estratégico incorpora el enfoque de interculturalidad	La definición de la visión, misión, objetivos y metas es participativa, declara y proyecta la mejora y/o reducción de brechas de poblaciones excluidas y discriminadas evidenciadas en el diagnóstico.	La declaración se realiza en los objetivos misionales; en tanto que, la proyección de objetivos y metas en la ruta estratégica cuya gestión se sugiere sea desde el enfoque por procesos. En conjunto constituye las mejoras e impacto que se espera causar en los grupos étnicos y poblacionales de la localidad.

		3. Acceso y pertinencia	El establecimiento brinda sus servicios de acuerdo con el uso del tiempo de la población de la localidad.	El establecimiento de salud facilita el acceso de la población a los servicios de salud, promoción y capacitación en base al uso del tiempo de la localidad. En base a este criterio, el acceso puede ser a grupos específicos.
			El establecimiento de salud y por lo menos el PROMSA cuenta con personal que conoce la zona, habla y apoya en la traducción facilitando la comunicación. Así mismo, se cuenta ejecuta un plan de desarrollo de competencias para el uso de la lengua local	La persona designada (puede ser un líder Agente Comunitario de Salud, promotor de salud); tendrá como objetivo apoyar en casos que el usuario no pueda recibir el mensaje correctamente. Así también brindará capacitación al personal para que desarrolle competencias en el uso de la lengua local. Puede ser alguien contrato por diferentes fuentes de financiamiento, incluyendo el gobierno local.
2. CONFIGURACIÓN DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD CON	1. Interpretación de necesidades de salud local	4. Las necesidades de salud local identificadas en los grupos poblacionales de acuerdo con origen étnico, edad, género, etc.) son incorporadas en la formulación	De manera participativa se identifica necesidades de salud de los grupos poblacionales de acuerdo con origen étnico, edad, género, etc.). La información permite comprender el proceso salud-enfermedad y precisar los servicios en la localidad.	En la fase diagnóstica a través de talleres de trabajo, grupos focales, entrevistas en profundidad, etc. de manera participativa y reflexiva del proceso salud-enfermedad se interpreta e identifican necesidades de los grupos poblacionales de acuerdo con origen étnico, edad, género, etc.). Estas necesidades serán los insumos principales para configurar el Programa de Promoción de la Salud. Es importante considerar que, el proceso salud-enfermedad-servicios es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los

		del Programa de Promoción de la Salud.		tipos de ayuda a buscar. En ese sentido, el enfoque biomédico es sólo un aspecto.
2. Gestión del ciclo de programas y capacitación con enfoque intercultural	5. Diseño de programas	El diseño del programa de promoción y capacitación se realiza en base a diagnóstico específico.		Los objetivos, resultados, estrategias, materiales y actividades se diseñan en base a necesidades locales fomentando el empoderamiento e inclusividad en base al diagnóstico local.
	6. Participación de grupos poblacionales	Las acciones de sensibilización y capacitación priorizan la participación de grupos poblacionales excluidos y en situación de vulnerabilidad.		Teniendo en cuenta el diagnóstico local se identifican metas de participación de los grupos poblacionales, la priorización puede ser (en primer lugar) por origen étnico, así como por otras condiciones como: género, grupo étnico, discapacidad, etc.
	7. Sensibilización y capacitación	Las acciones de sensibilización y capacitación priorizan el uso de lengua local, diseño y uso de materiales de acuerdo al contexto local y valorización de acciones locales.		El uso de la lengua local, a nivel oral y gráfico es prioridad en las acciones de sensibilización o capacitación. Debido a la articulación de enfoques, en todo momento se evidencia la transversalización y práctica de los enfoques de interculturalidad, derechos y género.
	8. Sistematización de experiencias	El establecimiento de salud sistematiza la experiencia.		Anualmente el centro de salud identifica aciertos y oportunidades de mejora respecto al empoderamiento logrado a través de las acciones implementadas. Sus resultados, así

				como recomendaciones se incorporan en la planificación del año siguiente.
	3. Revalorización del sistema tradicional de salud	9. El establecimiento de salud promueve y registra el acompañamiento en los servicios de salud materno neonatal	<p>El establecimiento de salud promueve el acompañamiento de la familia, Agente Comunitario de Salud, Partera, u otra persona que solicite la paciente, en la atención prenatal.</p> <p>El establecimiento de salud permite el acompañamiento durante la atención del parto.</p>	<p>Según lo requiera la gestante, en todas o algunas atenciones prenatales. Ello permite la mejor transmisión de mensajes de información en la atención, ya que refuerza a las gestantes la información (en su propia lengua) que el proveedor ha transmitido.</p> <p>En todos los casos de atención de parto se permite la presencia del esposo u otro familiar. Si el establecimiento no atiende partos, es necesario que se promueva el acompañamiento o indicando en la historia clínica y/o hoja de referencia.</p>

		<p>10. El establecimiento de salud brinda atención en ambientes físicos acorde con las características culturales de la población.</p>	<p>El establecimiento de salud adapta culturalmente sus ambientes físicos mínimamente: a) triaje, b) consultorios, c) sala de espera y d) sala de parto en caso aplique; con insumos e implementos locales.</p>	<p>Se toma en consideración tres áreas importantes de la infraestructura del establecimiento de salud. Está destinado a mejorar la ambientación logrando ser amigable. Utilización de colores y materiales autóctonos o propios de la zona. Por ejemplo, mantas, juguetes rústicos, iluminación, etc.</p> <p>Cumpliendo:</p> <p>a) Señalética en idioma local</p> <p>b) Decoración de las tres áreas/cuatro áreas, en coordinación con la comunidad.</p>
			<p>El establecimiento de salud está acondicionado con lo mínimo indispensable (<i>agua caliente, hierbas</i>) para la atención del parto vertical, según corresponda.</p>	<p>Verificar si cuenta con insumos que permitan la posición vertical y el vínculo familiar con el RN, según la lista de verificación: Ítem 4.1 “Kit mínimo indispensable para la atención del parto vertical”.</p> <p>No aplica para establecimientos de salud que No atienden partos.</p>
			<p>Establecimiento de salud brinda o promueve la atención de parto vertical, según prácticas de la población de la localidad.</p>	<p>En todos los casos se respeta la opción de la gestante para que su parto sea atendido en posición vertical u otra forma de atención según las prácticas del lugar.</p>

				Explorar si el establecimiento de salud informa a la gestante sobre la opción de atender su parto vertical, según el plan de parto y la historia clínica.
		11. El establecimiento de salud rescata la autopercepción de la población sobre su identidad cultural.	El establecimiento de salud registra la variable étnica en más del 80% de las atenciones.	Es importante tener los reportes de atenciones en archivo. El formato HIS debe tener llenado el casillero de “variable étnica”, para eso se tiene que preguntar al paciente con que grupo se identifica o cuál es su lengua materna, según lo establece la normativa del sector (Directiva Administrativa para el registro de la pertinencia étnica en el sistema de información de salud,” aprobado con Resolución Ministerial N°975-2017/MINSA)
		12. El establecimiento de salud incorpora los demás recursos del sistema de salud tradicional que existe en su	El establecimiento de salud ha comprendido el proceso de salud-enfermedad-servicios de la localidad en base a las necesidades de salud local identificadas en los grupos poblacionales de acuerdo a origen étnico, edad, género, etc.)	La comprensión del proceso salud-enfermedad-servicios de la localidad en permiten valorar las prácticas sus prácticas e incorporarlas en los servicios ofrecidos por el establecimiento de salud o fuera de él.

		<p>ámbito en base al entendimiento del proceso salud-enfermedad-servicios de la localidad.</p>	<p>incorporadas en el Programa de Promoción de la Salud.</p>	
			<p>El establecimiento de salud cuenta con el Listado de agentes de medicina tradicional (incluyendo a parteras y curadores). Incluye la base de datos actualizada de los agentes comunitarios de salud.</p>	<p>Este listado se obtendrá luego de mapear y entrevistar a los agentes de medicina tradicional y/o “curiosos” durante el diagnóstico y su actualización posterior. Esta información es referencial y permite conocer un poco más de la cosmovisión de salud en cada lugar. Podría elaborarse por comunidad y/o de manera general.</p>
			<p>El establecimiento de salud implementa el biohuerto medicinal.</p>	<p>Acondicionar en el perímetro del establecimiento de salud, un espacio para cultivar plantas medicinales o aromáticas que existe en la comunidad (manzanilla, llantén, etc.). Si se va a cultivar plantas de otros pisos ecológicos se puede ambientar la temperatura en el biohuerto. La dimensión del biohuerto depende de la disponibilidad de espacio.</p>

			El establecimiento de salud cuenta con registro de "enfermedades" y "síndromes culturales" propio de la zona. (Según comunidades).	Este listado se obtendrá luego de entrevistar a los agentes de medicina tradicional y/o "curiosos". Esta información es referencial y permite conocer un poco más de la cosmovisión de salud en cada lugar. Podría elaborarse por comunidad y/o de manera general. Su información es importante para el diagnóstico (ASIS)
		13. El establecimiento de salud operativiza la casa materna como estrategia de acceso al servicio de salud.	El establecimiento de salud atiende o refiere gestantes a la casa materna.	Si es un establecimiento que atiende partos se verifica el alojamiento en la casa materna. En caso sea un establecimiento de salud que no atiende partos entonces se verifica si refiere a las gestantes. Para implementar la casa materna revisar el Documento Técnico: "Gestión local para la Implementación y funcionamiento de la casa materna", aprobado con Resolución Ministerial N° 815-2010/MINSA.
		14. El establecimiento de salud considera la atención tradicional en el nacimiento.	El establecimiento de salud realiza la atención de parto vertical.	En caso sea un establecimiento de salud que no tiene capacidad para atender partos, se verifica las gestantes que fueron referidas y culminaron en un parto vertical, que coincida con el reporte mensual.

		<p>15. El establecimiento de salud promueve la medicina tradicional que permita revalorar la sabiduría de la población indígena amazónica, andina o afrodescendiente.</p>	<p>El establecimiento de salud recomienda (formalmente) el uso de medicina tradicional durante la atención, derivando en caso se requiera tratamiento con medicina tradicional.</p>	<p>Se puede indicar algunos procedimientos de medicina tradicional, en su forma básica como las infusiones, lavados, entre otras, y evidenciar en la historia clínicas. También puede derivar a los agentes de medicina tradicional para complementar la atención.</p>
		<p>16. El establecimiento de salud desarrolla acciones de intercambio de conocimientos y experiencias ancestrales de en medicina tradicional.</p>	<p>El establecimiento de salud desarrolla o participa en encuentros de medicina tradicional conjuntamente con los agentes de medicina tradicional y Agente Comunitario de Salud.</p>	<p>Organizar y participar en encuentros con participación de los agentes de medicina tradicional y actores de la localidad.</p>

<p>4. Participación ciudadana y articulación de actores</p>	<p>17. El establecimiento de salud involucra a representantes de comunidades indígenas y líderes locales, en la planificación e implementación de las acciones de salud.</p>	<p>El establecimiento de salud elabora planes comunales de salud con participación de representantes de la población indígena, gobierno local y demás actores sociales.</p>	<p>El Plan de Salud Comunal deberá reflejar actividades acordes con la realidad de estas poblaciones, y será elaborada o informada a los miembros de la comunidad.</p>
	<p>18. En la localidad existe una instancia multisectorial que promueve políticas de pertinencia cultural y es conformada por representantes de etnias y líderes locales.</p>	<p>El establecimiento de salud promueve políticas locales de pertinencia cultural en salud a través del Consejo local de salud.</p>	<p>El diseño e implementación de políticas locales de salud es promovido por el establecimiento de salud, apoyado en la conformación y fortalecimiento del Consejo local de salud, el cual estará conformado por organizaciones públicas y sociales, representantes de grupos étnicos y líderes locales.</p>

		<p>19. Fortalecimiento de competencias al ACS y otros líderes de salud local.</p>	<p>El establecimiento de salud realiza capacitaciones con metodología de diálogo horizontal e intercambio de saberes dirigido al ACS y otros líderes.</p>	<p>Se programa capacitaciones según lo establece los programas presupuestales y diagnóstico local; estas podrían ser en la Microred o la Red de salud. Como resultado del empoderamiento se produce el cambio social.</p>
		<p>20. El establecimiento de salud impulsa estrategias y canales de comunicación intercultural y/o vigilancia ciudadana de la calidad de los servicios de salud.</p>	<p>El establecimiento de salud desarrolla o participa en diálogos interculturales de salud al menos semestralmente.</p>	<p>Se puede abordar diferentes temas de salud, o dialogar sobre algún problema de salud. En caso el establecimiento de salud no lo organiza, debe participar en los que el establecimiento de referencia programe. Uso del Documento Técnico: "Diálogo Intercultural en Salud".</p>
		<p>21. En la localidad existe un protocolo de referencia comunal que oriente una</p>	<p>El protocolo de referencia comunal se encuentra operativo con participación de los líderes y organizaciones de comunidades</p>	<p>Los representantes de las organizaciones públicas o privadas de la comunidad, precedidos por el jefe del establecimiento de salud, elaboran el sistema de referencia comunal y se distribuirán tareas o responsabilidades, para garantizar las referencias</p>

		adecuada atención para las poblaciones indígenas amazónica, andina o afrodescendiente.	indígenas amazónica, andina o afrodescendiente.	oportunas. Su elaboración puede ser en base al manual del Agente Comunitario de Salud.
3. PROCESOS DE SOPORTE CON ENFOQUE	1. Gestión del talento humano, gestión del presupuesto e información con	22. El establecimiento de salud cuenta con personal con competencias interculturales.	El establecimiento de salud tiene el 100% de su personal capacitado en salud intercultural.	Es indispensable que todo el personal haya desarrollado capacidades en por lo menos de 5 créditos académicos o 64 horas teóricas a través de la DIRESA/GERESA/DIRIS o alguna Universidad Licenciada. El referente para el desarrollo de capacidades es el perfil de puesto con que cuenta el establecimiento de salud.

	enfoque de interculturalidad	23. El establecimiento de salud realiza inducción al personal nuevo.	El establecimiento de salud realiza acciones de empoderamiento al personal nuevo durante los primeros diez días de su incorporación.	Se planifica la incorporación e inducción de todo personal nuevo. La inducción transmite los objetivos y metas, así como la experiencia de la implementación del enfoque de interculturalidad. El referente para la inducción es el perfil de puesto con que cuenta el establecimiento de salud.
		24. El establecimiento de salud practica relaciones saludables en el marco de la interculturalidad	Las relaciones intra e interinstitucional se realizan sin discriminación, prejuicios y equidad.	La incorporación del enfoque de interculturalidad se evidencia en la vida diaria; en la convivencia interna del personal de salud, en el clima organizacional y es parte de la cultura organizacional. Su medición puede ser de la manera más simple en reuniones de monitoreo y evaluación institucional o de la manera más compleja a través de encuestas.
		25. Presupuesto	La asignación presupuestal debe reflejar los costos que implica la transversalización del enfoque de interculturalidad en la práctica.	La planificación y asignación presupuestal se realiza considerando las necesidades de adecuación y pertinencia culturales de los servicios y principalmente para acciones de promoción de la salud y desarrollo de capacidades en el personal de salud.
		26. Gestión de la información	Las acciones son monitoreadas periódicamente, y la información generada sirve para la toma de decisiones para reconfigurar los servicios del establecimiento y el cierre de brechas en la localidad.	El establecimiento de salud realiza acciones de monitoreo al plan estratégico, plan operativo, programas de promoción y capacitación y planes de trabajo con la finalidad de identificar resultados, acciones de mejora y reconfiguración de los servicios para el cierre de brechas en la localidad.

Tabla: Esquema para la Formulación de Plan de Mejora para Incorporación del Enfoque de Interculturalidad en La Microred Monzón

Establecimiento de Salud: Fecha:/...../.....						
PROCESO	SUBPROCESO	NIVEL DE INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD	ESTRATEGIAS			
			ESTÁNDAR/ ACCIÓN A IMPLEMENTAR	CÓMO SE REALIZARÁN LAS ACCIONES DEFINIDAS	CUÁNDO	RECURSOS/ RESPONSABLES
1. Proceso: Funcionalidad institucional y estructura con enfoque de interculturalidad.						
2. Proceso de configuración del programa de promoción de la salud con enfoque						
3. Procesos de soporte con enfoque intercultural.						

Producto 1.2: Plan de Valorización de Prácticas Locales de Salud Tradicional en la Gestión Institucional

Presentación

Toda comunidad está construida sobre sus creencias, sus maneras de pensar, sus tradiciones y los conocimientos que se han transmitido y mantenido de generación en generación. La Medicina Tradicional comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. García, (2014). La define como el conjunto de saberes, procesos, procedimientos y técnicas utilizadas para conservar o restablecer la armonía del cuerpo, la mente, el espíritu y el ambiente donde conviven los humanos. El entendimiento limitado de estos conceptos y prácticas generan barreras culturales que limitan el acceso a servicios de salud con calidad.

Como se ha venido explicando en nuestro trabajo, existe una cultura hegemónica (en este caso promovida por la institución), que se sobrepone a la cultura local, a las prácticas de salud de una localidad, por factores diversos, entre ellos por el limitado ejercicio de la interculturalidad. Es así que el conocimiento local y sus prácticas se pierden en el tiempo; se pierden los rasgos de la identidad de una comunidad, aspectos que impactan incluso en los sentimientos de pertenencia y valoración de sí mismos.

Este producto tiene por finalidad afianzar la valoración de las prácticas de salud local por parte del establecimiento de salud como representante del sistema público y garante de la calidad de los servicios. Para ello se toman algunos de los estándares del instrumento diseñado para el monitoreo y evaluación de la incorporación del enfoque de interculturalidad en la Microred Monzón, esperando que su aplicación, sea la muestra concreta de la aplicación de la interculturalidad en los servicios de salud.

Los autores

1. Justificación

De acuerdo con la directiva administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención, la revalorización del

sistema de salud tradicional se da en base a la reflexión e interpretación y comprensión del proceso salud-enfermedad en la localidad; la práctica de la medicina tradicional se evidencia en el establecimiento de salud o fuera de él. Permite comprender las percepciones y necesidades de salud para promover las respuestas o servicios de los actores en la localidad; lo cual requiere acciones de promoción y desarrollo de competencias planificadas.

Al aplicar el instrumento del MINSA para evaluar la adecuación de los servicios con pertinencia cultural, se identificó que la Microred Monzón no alcanza el 80% requerido. Nótese que este instrumento evalúa (además) la revalorización de la medicina tradicional. Por tanto, poner en práctica la interculturalidad, implica revalorización del sistema tradicional de salud a través de acciones como: promover el acompañamiento de familiares en las labores de parto, adecuar los ambientes físicos de acuerdo a la cultura local, incorporar prácticas locales en los servicios públicos, etc. Estas acciones permitirán lograr la adecuación y pertinencia cultural, y de esta manera superar la predominancia del enfoque biomédico en los servicios, así como mejorar la relación institución-población y la percepción de la calidad de los servicios.

- a. **Finalidad:** Afianzar la valoración de las prácticas de salud local por parte del establecimiento de salud como representante del sistema público y garante de calidad de los servicios.
- b. **Objetivo:** Promover la salud intercultural mediante la incorporación de prácticas locales en los servicios públicos de salud.
- c. **Alcance:** El objetivo y acciones del presente plan, están dirigidas a todos los establecimientos de salud de la Microred de salud Monzón. Su práctica estará guiada (además) por los ocho estándares del subproceso “Revalorización del sistema tradicional de salud” (segundo proceso) del instrumento “Estándares y criterios de monitoreo y evaluación de la incorporación del enfoque de interculturalidad en la Microred Monzón.
- d. **Meta:** Participación de 80% de actores locales
- e. **Indicador:** Porcentaje de acciones cumplidas
- f. **Plazo:** 9 meses. Al segundo año del plan general de mejora

g. **Costo:** 20,700.00 soles

Tabla: Actividades, Cronograma y Costo

Valorización de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional

ACTIVIDADES/TAREAS	METAS	1°T	2°T	3°T	COSTO SOLES	RESPONSABLE
						Microred de salud Monzón
1. Reunión de elaboración de matriz de actores locales, debilidades y oportunidades de prácticas de salud tradicional	3	X	X	X	S/. 500.00	Gestor de promoción y servicios de salud.
2. Análisis de prácticas tradicionales en salud	1	X				Gestor de promoción y servicios de salud/Personal asistencial
3. Adecuación física con perspectiva intercultural de los establecimientos de salud de la Microred Monzón: a) triaje, b) consultorios, c) sala de espera y d) sala de parto en caso aplique; con insumos e implementos locales.	1	X	X		S/. 20,000.00	Director/Gerentes ACLAS/Gestor de promoción y servicios de salud.

4. Incorporación de prácticas locales en los servicios de salud de los ocho establecimientos	8	X	X		Gestor de promoción y servicios de salud. Personal asistencial
5. Organización y participación en encuentros con participación de los agentes de medicina tradicional y actores de la localidad.	2	X	X		Gestor de promoción y servicios de salud. Comité de salud local
6. Presentación de informe/sistematización de experiencia	1			x	S/. 200.00 Director/Gestor de promoción y servicios de salud/Personal asistencial.

Producto 2: Diplomado para el Desarrollo de Competencias en Interculturalidad en los Servicios de Salud

Presentación

El diplomado para el desarrollo de competencias en interculturalidad en los servicios de salud, tiene la finalidad de fortalecer la relación intercultural de quienes realizan labores preventivo promocional, asistenciales y administrativas en la Microred Monzón – Red Leoncio Prado para mejorar los niveles de impacto en la salud comunitaria. Esta actividad es parte del Producto 2 del presente trabajo de investigación; está relacionado con el fortalecimiento de conocimiento, habilidades y actitudes respecto a la interculturalidad en la institución para mejorar promoción de la salud y sus servicios acorde al contexto sociocultural.

A decir de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (2017), La apuesta por formar un profesional con habilidades interculturales es una respuesta a la poca pertinencia del personal de salud que suele ir a trabajar a las comunidades indígenas. Estos profesionales, usualmente mestizos, han sido formados bajo un enfoque biomédico hegemónico y están poco preparados para atender a población indígena. (Cárdenas et al., 2017)

Por ello, la necesidad de formar, desarrollar competencias o especializar profesionales en interculturalidad, que puedan transitar entre los sistemas médicos y tradicionales, generando espacios para que ambos conocimientos puedan articularse en la atención ofrecida en los establecimientos de salud. Las competencias interculturales de los funcionarios públicos permiten repensar las tradicionales formas de componer jerarquías sociales y étnicas de acuerdo con los conocimientos y cultura.

El desarrollo de los módulos considera la interculturalidad, la equidad y la atención con calidad como tres pilares que permitirán afianzar las relaciones entre los servicios de promoción de la salud y la población usuaria, superando así brechas que la han limitado la relación intercultural entre la institución y la población. De este modo, la salud será un constructo social en el área de influencia de la Microred Monzón, producto del cambio de paradigmas, conceptos y actitudes por incorporación del enfoque de interculturalidad.

1. Objetivos

a. Objetivo general

Promover prácticas interculturales en el personal de la Microred Monzón, que les permita brindar promoción y atención en salud con calidad y pertinencia intercultural. En este sentido, se pretende identificar estrategias de relacionamiento cultural que reduzcan el rechazo hacia los servicios de salud e incorporación de prácticas sanitarias y promocionales, como resultado de un análisis y actuación institucional de acuerdo con estándares previamente definidos por el sector.

b. Objetivos específicos

- Fortalecer las competencias de relacionamiento intercultural de los prestadores del servicio de salud tomando en cuenta el contexto de diversidad cultural, los sistemas de salud y las políticas públicas.
- Fortalecer las capacidades socioeducativas del personal promocional salud y asistencial haciendo énfasis en la importancia de conocimiento de la cultura local para un adecuado relacionamiento intercultural de los servicios de salud.
- Reflexionar acerca de la importancia de diálogo horizontal y en particular en los procesos de enseñanza-aprendizaje en un contexto de diversidad cultural para el logro de la equidad y respeto en práctica de la promoción de la salud. Para ello, se aplicarán técnicas vivenciales y participativas en el contexto de la formación de adultos.
- Identificar propuestas que permitan la reducción de brechas interculturales que ahondan la discriminación a grupos vulnerables como son mujeres y niñez pertenecientes a comunidades andinas.

- Identificar alternativas que viabilicen la práctica del enfoque de interculturalidad en Salud. Estas alternativas considerarán la práctica institucional bajo estándares definidos por el sector.

2. Participantes - Plazo

El Diplomado, está dirigido al personal promocional y asistencial de la Microred Monzón y personal directivo de la Red Leoncio Prado de la región Huánuco.

El plazo es de 5 meses.

3. Perfil de Egreso

Al finalizar el diplomado, cada participante habrá logrado:

- Conocer y valorar la importancia de practicar la interculturalidad en la calidad de los servicios de salud con énfasis en la promoción de la salud.
- Reconocer las características de los sistemas de salud y comprender conceptos de salud y enfermedad que forman parte de la cosmovisión andina y otras sociedades.
- Conocer las características de las políticas públicas en salud, así como identificar brechas culturales y alternativas para la reducción de las mismas. El énfasis será puesto en la promoción de la salud.
- Reconocer sobre la importancia de la práctica del diálogo intercultural como un elemento básico en el establecimiento de relaciones horizontales entre la entidad prestadora de servicios de salud y la población usuaria.
- Identificar estrategias, técnicas y herramientas pertinentes que permitan fortalecer el proceso de enseñanza-aprendizaje desde la propuesta andragógica en la labor preventiva- promocional en salud.
- Identificar características y estrategias de las actividades preventivo promocional de la salud con perspectiva intercultural.

- Identificar características del proceso de planificación y gestión en los diferentes niveles de los servicios de salud con perspectiva intercultural, derechos humanos y de género.

4. Metodología y Organización del Diplomado

La metodología para emplearse durante el desarrollo de los módulos será principalmente de carácter andragógico. Por tanto, se priorizará la realización de talleres de trabajo participativo y lúdico con el uso de tecnologías de comunicación; las exposiciones de docentes serán únicamente para los contenidos teóricos y el reforzamiento de la metacognición.

Debido al contexto sanitario que vive el mundo, las clases se realizarán principalmente en la modalidad a distancia, para lo cual se cuenta con una “Plataforma Virtual”; se contará con retroalimentación de parte del docente y asistencia técnica para su adecuado uso. Cada facilitador/a brindará las indicaciones respectivas en aula virtual.

El Diplomado está organizado en cinco módulos, en la modalidad virtual cuyas clases serán sincrónicas y asincrónicas; al finalizar cada módulo se contará con una propuesta de mejora de los estándares del protocolo de servicios de salud con enfoque intercultural. Este documento constituirá el trabajo integrador y producto final del diplomado.

El diplomado tiene un número total de 24 créditos de acuerdo con la Ley Universitaria (Ley 30220). Se realizará durante cinco meses en sesiones sincrónicas y asincrónicas, mediante plataforma virtual. Su cumplimiento será requisito para ser acreedor del Diploma por parte de la Escuela de Posgrado de una Universidad Licenciada.

5. Plan de Estudios

MÓDULO	MES	NRO DE CRÉDITOS
Módulo I. Desarrollo y Promoción de la salud: Enfoques, conceptos y prácticas de los sistemas de salud.	1	5
Módulo II. Identificación de brechas y transversalización del enfoque de interculturalidad en los servicios de salud - Revisión de experiencias.	2	5
Módulo III. Desarrollo local y Políticas públicas en interculturalidad, derechos humanos y enfoque de género.	3	4
Módulo IV. Comunicación intercultural, herramientas y técnicas socioeducativas educativas en Promoción de la Salud.	4	5
Módulo V. Planificación estratégica y operativa con enfoque intercultural como parte de la adecuación institucional en el sector salud y su impacto local.	5	5

6. Calificación y certificación

Para la obtención del Diploma, cada participante deberá acreditar:

- 80% de asistencia como mínimo
- Obtener un calificativo igual o mayor a 12 (doce)
- **La presentación del trabajo integrador (protocolo) será por Centro de Salud y tendrá una equivalencia del 40%. Las entregas serán en los plazos establecidos por cada facilitador.

Tabla: Actividades, Cronograma y Costo

MODULO	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN	CONTENIDOS
I	Módulo I. Desarrollo y Promoción de la salud: Enfoques, conceptos y prácticas de los sistemas de salud.	Tiene como objetivo dar a conocer conceptos y enfoques de desarrollo, haciendo énfasis en la interculturalidad como derecho y componente estratégico el desarrollo integral y la diferencia con crecimiento. Así mismo, dar a conocer y reflexionar sobre la existencia e importancia de sistemas y prácticas locales de salud y complementariedad en la gestión de la salud.	Desarrollo, Crecimiento, Desarrollo Humano, Desarrollo Sostenible, Desarrollo Integral. Enfoque de necesidades, Enfoque diferencial, Enfoque territorial, Enfoque de Derechos Humanos, Enfoque de Género, Enfoque de Inclusión, Enfoque de Interculturalidad. Cultura y salud: La salud como derecho, la salud como constructo social, la salud biomédica. Sistemas y: Características, dimensiones y elementos. El conocimiento local: Salud y cosmovisión andina y occidental, procedimientos en medicina tradicional.
II	Módulo II. Identificación de brechas y transversalización del enfoque de interculturalidad en los servicios de salud - Revisión de experiencias.	Tiene como objetivo analizar características socioculturales y económicas de acceso a servicios de salud y la importancia de transversalizar el enfoque de interculturalidad para promover acceso y calidad en los servicios.	Desarrollo territorial y brechas Causas de la existencia de brechas; alternativas de reducción: El diagnóstico. Características de los servicios públicos de salud en el contexto territorial. Diversidad cultural, étnica y lingüística en el Perú; identidad cultural. Brechas culturales: Exclusión y discriminación, competencias interculturales y su impacto en la calidad del servicio. Características de servicios de salud con enfoque intercultural: Adecuación y pertinencia de servicios,

			estándares de incorporación del enfoque de interculturalidad. Experiencias nacionales e internacionales de gestión de servicios de salud con enfoque intercultural.
III	Módulo III. Desarrollo local y Políticas públicas en interculturalidad, derechos humanos y enfoque de género.	Tiene como objetivo analizar el desarrollo considerando la articulación de los niveles de gobierno y los enfoques de interculturalidad, de derechos y enfoque de género como premisa para la formulación de la política pública.	Gestión pública y planificación del desarrollo en los tres niveles de gobierno. Política de sectorial de salud intercultural: Características, análisis de los pueblos indígenas, finalidad, principios, enfoques articuladores (derechos Humanos, género, inclusión) objetivos y ejes. Modelo de atención integral. Directiva de adecuación de los servicios de salud: Análisis de pertinencia en la práctica local. Formulación de Políticas Públicas y Planes Locales: Diagnóstico participativo (técnicas), análisis de stakeholders, definición objetivos y metas, cierre de brechas, evaluación; técnicas de negociación – Formulación de una propuesta local.
IV	Módulo IV. Comunicación intercultural, herramientas y técnicas socioeducativas en Promoción de la Salud.	Tiene como objetivo la importancia de la práctica de la comunicación culturalmente pertinente en la promoción de la salud y demás servicios. Para ello, se analizará metodologías y técnicas de promoción y educación social y de salud.	El idioma como construcción social y expresión cultural. La comunicación como barrera y factor excluyente en la relación intercultural: Uso del Documento Técnico “Diálogo Intercultural en Salud”. Características de la comunicación eficaz intercultural en salud-El desarrollo de la competencia en comunicación.

Modelo de competencia cultural, Repensando el Modelo de Promoción de la Salud
 Educación popular, andragogía y promoción comunitaria – rol y perfil del facilitador.
 Técnicas de facilitación y promoción en salud.
 Coaching en salud – una herramienta para modificar incorporar hábitos saludables.
 Elaboración de materiales con pertinencia cultural.
 El Plan de Capacitación por competencias: Identificación de necesidades- brechas de capacitación, definición de perfiles, implementación y evaluación de competencias en salud.

V.	Módulo V. Planificación estratégica y operativa con enfoque intercultural como parte de la adecuación institucional en el sector salud y su impacto local.	Tiene como objetivo analizar el ciclo de planificación sectorial que existe en el MINSA, su articulan con las DIRESAs y Redes, Micro redes de salud, y la calidad de los servicios de salud e impacto local. Así como diseñar el Plan estratégico y Plan Operativo Institucional con pertinencia cultural.	Pensamiento estratégico para lograr cambios El proceso de la planificación estratégica del sector salud: Según políticas y planes emitidas por CEPLAN. Transversalización del enfoque de interculturalidad en la formulación de políticas, planes y programas del sector salud. La gestión de la pertinencia intercultural en los procesos y niveles de planificación estratégica y operativos del sector salud: Alcances, objetivos, metas e indicadores. Adecuación de los Servicios de Salud con Pertinencia Cultural en el Primer Nivel de Atención: Directiva administrativa N°261
----	--	--	---



7. Modalidad

El diplomado se realizará en la modalidad virtual, mediante sesiones sincrónicas y asincrónicas.

8. Entregables

Informe del nivel de desarrollo de competencias en interculturalidad en los servicios de salud.

9. Costo

La actividad académica “Diplomado para el desarrollo de competencias en interculturalidad en los servicios de salud” tendrá un costo de 20,000 soles.

Producto 2.1: Perfil de Puesto del Personal a Cargo de la Promoción de la Salud

Presentación

Esta propuesta, es parte del segundo producto de nuestro trabajo de investigación, y se espera que pueda contribuir en la gestión de competencias de interculturalidad del personal de la Microred Monzón, principalmente de aquel encargado de la configuración de servicios y promoción de la salud; la misma que debe ser acorde al contexto socio cultural de la localidad. En un primer momento, a manera de

precisiones presentamos algunas definiciones en el marco de la interculturalidad, así mismo se resalta el concepto de competencias como resultado de conocimientos, habilidades, actitudes evidenciables en la práctica.

A continuación, desarrollamos el perfil del puesto denominado Gestor de promoción y servicios de salud; en primer lugar se presenta la misión del puesto, luego se definieron las funciones (dieciséis) tomando como base el Modelo institucional pertinente para la gestión del enfoque de interculturalidad en la promoción de la salud respecto a la demanda comunitaria y reconocimiento de prácticas locales de salud tradicional en la gestión institucional (producto 1) en el que se define la arquitectura institucional y estándares para el monitoreo de la incorporación del enfoque de interculturalidad. Seguidamente se presenta las competencias genéricas y específicas y los niveles requeridos para el puesto. Así mismo, se presenta la formación académica requerida a nivel de grados y título, así como de formación complementaria; culminamos el producto con la ficha de evaluación, instrumento de utilidad durante el proceso de selección. Sugerimos a los gestores del establecimiento de salud, hacer incidencia para que esta contribución se replique en la Red de salud y sistema público en general. Así mismo, esperamos que esta propuesta sirva a la academia para precisar sus servicios de formación profesional en base a las nuevas exigencias laborales.

Los Autores

1. Definiciones Básicas

- **Interculturalidad:** Se refiere sobre todo a las actitudes y relaciones de las personas o grupos humanos de una cultura con respecto a otro grupo cultural, a sus miembros o a sus rasgos y productos culturales. (Albó, 2009)
- **Interculturalidad en Salud:** Es la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional, a pesar de que estas percepciones a veces pueden ser contradictorias. En el plano operacional se entiende la interculturalidad en salud como la habilidad de potenciar lo común entre el sistema médico occidental y el

sistema médico indígena, respetando y manteniendo las particularidades de cada sistema. (UNFPA & AECID, 2017)

- **Enfoque por competencias:** Busca el desarrollo humano, potencializando las capacidades de la personal ubicada en un contexto social determinado, que actúa con responsabilidad y con valores solidarios, buscando el bien común. (Universidad Católica de Santa María [UCSM], 2019)

- **Competencias:** Construcción social, donde se evidencia que la persona ha aprendido de forma significativa. Esto se expresa en el desarrollo de nuevos conocimientos, habilidades y actitudes; integrados en capacidades y valores, fácilmente transferibles a diferentes situaciones de la vida y al desempeño profesional. Dentro de este proceso son esenciales el desarrollo de capacidades metacognitivas y la perspectiva clara del proyecto de vida de la persona. (Martínez, 2016)

Así mismo, podemos entenderla como la capacidad de articular y movilizar condiciones intelectuales y emocionales en términos de conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas, necesarias para el desempeño de una determinada función o actividad, de manera eficiente, eficaz y creativa, conforme a la naturaleza del trabajo. (Plataforma digital única del Estado Peruano, 2020)

En ese sentido, las competencias en enfermería no son conocimientos o habilidades fragmentadas, sino un conjunto de saberes combinados que no se transmiten. Pueden ser genéricas o específicas; se construye a partir de la secuencia de experiencias de aprendizaje. Su formulación debiera considerar tres dimensiones: el saber conceptual, el saber procedimental y el saber actitudinal; la evaluación situacional (assessment center) permite su identificación y valoración.

2. Perfil del Puesto

- **Denominación:** Gestor de promoción y servicios de salud.
- **Misión del puesto:** Promover la salud local en base a la configuración de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades del contexto sociocultural de la localidad.
- **Funciones:**

- Diagnosticar procesos de salud-enfermedad en la localidad, a través de métodos cuantitativos y cualitativos y la ejecución de técnicas participativas.
- Planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar los programas y acciones de capacitación y promoción de la salud en base a características socioculturales de la localidad.
- Sistematizar experiencias de promoción de la salud y resultados de servicios con pertinencia cultural.
- Proponer y coordinar la adecuación cultural del establecimiento y configuración de los servicios de salud y promoción, pertinentes a prácticas locales y normatividad técnica vigente.
- Brindar atención asistencial en el primer nivel de atención de acuerdo a demanda local.
- Consolidar registros de atención de acuerdo a la variable étnica y registrar la prescripción de medicina tradicional brindada en el establecimiento de salud.
- Organizar el listado de agentes de medicina tradicional incluyendo a parteras y curadores, etc. en base a al mapeo de actores.
- Organizar el registro de "enfermedades" y "síndromes culturales" propio de la localidad.
- Organizar y participar en encuentros de medicina tradicional juntamente con los agentes de medicina tradicional y agentes comunitarios de salud.
- Formular planes y políticas de salud local con participación de representantes de la población indígena, consejo local de salud, gobierno local y demás actores sociales; promoviendo canales de diálogo intercultural.
- Fortalecer capacidades de agentes comunitarios de salud.
- Formular y operativizar el protocolo de referencia comunal con participación de los líderes y organizaciones de comunidades.

- Formular e implementar el plan de desarrollo de capacidades del personal del establecimiento de salud bajo los enfoques de interculturalidad, género, derechos humanos, desarrollo local, entre otros; así como aspectos técnicos de las funciones del personal.
- Formular e implementar el plan de inducción que contribuya al empoderamiento del personal nuevo en el establecimiento de salud.
- Participar en los procesos de planeamiento, monitoreo y evaluación de resultados e impactos del establecimiento de salud en la localidad.
- Realiza acciones de abogacía e incidencia política en salud.
- Realizar seguimiento al plan de mejora para incorporación del enfoque de interculturalidad y otros enfoques.

Tabla: Competencias

COMPETENCIAS GENERALES	NIVEL		
	1	2	3
Liderazgo y proactividad para establecer una nueva cultura organizacional, y articular iniciativas en procesos de mejora de la salud en la localidad en base al enfoque de interculturalidad.			x
Pensamiento analítico, crítico y reflexivo para comprender contextos culturalmente diversos y configurar servicios de salud con pertinencia cultural			x
Colaboración interprofesional y trabajo en equipo			x
COMPETENCIAS ESPECÍFICAS			

Planificación, monitoreo y evaluación estratégico y operativo de los servicios de salud			x
Gestión por procesos		x	
Gestión de enfoques de interculturalidad, género y derechos humanos			x
Promoción y facilitación intra e interinstitucional y a nivel de población			x
Servicios asistenciales	x		
Dominio de quechua y habilidades de comunicación		x	
Conocimiento de sistemas y prácticas de medicina tradicional en zonas andinas		x	

- Formación académica
 - Licenciada (o) en enfermería
 - Estudios de posgrado en: Salud pública, desarrollo social, gestión pública o afines.
 - Formación complementaria: Interculturalidad, género y derechos humanos, gestión por procesos, planificación, andragogía o promoción de la salud y/o desarrollo social, normatividad del sector salud.

Tabla : Ficha de Evaluación

CRITERIOS	EVALUADOR 1 PERSONAL DE SALUD	EVALUADOR 2 PERSONAL DE SALUD	EVALUADOR 3 REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD
Requisitos (mínimo 1 máximo 3)	3	2	1
Competencias generales en evaluación situacional o assessment center. (mínimo 1 máximo 5)	5	3	1

Competencias específicas en evaluación situacional o assessment center. (mínimo 1 máximo 5)	5	1	1
Desempeño verbal en quechua (1 bajo, 2 regular, 3 bueno)	3	1	1
Evaluación de conocimientos (1 No apto, 2 Apto)	2	1	1
Entrevista personal (1 No apto, 2 Apto)	2	1	1
Puntualidad (1 No apto, 2 Apto)	2	2	1
Suma parcial (mínimo 7 máximo 22) puntos	22	11	7
Suma de los tres resultados y dividir entre 3	13.3		
Resultado Porcentaje considerando que el 100 equivale a 22 puntos.	60%		

Producto 3: Diseño de un plan que permita la Articulación de la Institución de Salud con el Gobierno Local y los demás Actores para la Promoción de la Salud con Enfoque de Interculturalidad.

Presentación

Promover la salud requiere articulación y empoderamiento de los diversos sectores y actores sociales (los stakeholders); requiere también reconocer y valorar la existencia de sistemas locales y capacidades; así como su postura frente a la promoción de la salud o alguna iniciativa pública. Requiere también, la valoración e incorporación de la cosmovisión y concepciones de desarrollo y bienestar de los diversos grupos poblacionales que habitan en la localidad, incluyendo tanto poblaciones originarias como poblaciones migrantes, como es el caso del caso del distrito de Monzón. Debido a que las necesidades de salud traídas y traducidas por los usuarios contribuyen en la formación de las prácticas de salud, relacionándose con la configuración del modelo de atención en la localidad, este producto tiene por

finalidad contribuir en la gestión local de la salud a través del control social en la administración de conocimientos, técnicas, poder, recursos físicos, financieros y humanos de los servicios, dirigiéndolos para la acción en sus determinantes de salud – enfermedad y la promoción del desarrollo. En tal sentido, el producto tiene por objetivo fortalecer la articulación y empoderamiento los actores locales de la Microred Monzón para impulsar la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad como respuesta a las necesidades de los procesos de salud – enfermedad de la localidad previamente identificados, analizados y comprendidos. De este modo, el plan promoverá canales de comunicación entre la Microred de Salud, el gobierno local y la comunidad, en el marco de la interculturalidad; impulsándose la gestión y planificación de la salud local de manera participativa, coordinada y sinérgica considerando la normatividad establecida. Por su parte, el empoderamiento social de los stakeholders será clave en la sostenibilidad de esta y cualquier otra iniciativa.

Los autores

1. Justificación

Durante la investigación realizada se identificó y determinó las motivaciones, conflictos y posibles alianzas estratégicas de los grupos de interés a través del Método de Análisis de Juegos de Actores (MACTOR) en torno a la promoción de la salud en la Microred Monzón.

En el análisis a stakeholders realizado destaca el poco interés en relación con la promoción de la salud de parte del gobierno local; su énfasis ha sido en la infraestructura. Así mismo, muestra que la Microred de salud Monzón prioriza el cumplimiento de objetivos y metas institucionales, que por lo general están relacionados con logros biomédicos. Por su parte, la Asociación de Comités Locales en Salud (ACLAS) muestra interés por la implementación de servicios de salud (atenciones) con calidad y eficiencia.

Así mismo, el análisis realizado evidencia, que estos tres actores principales juntamente con los agentes comunitarios y centros educativos, tienen poder de influencia sobre la salud local, pero que, de acuerdo con la observación participante

realizada y la experiencia en labores, su influencia es poco aprovechada; limitándose su acción y articulación a atenciones biomédicas de enfermedad.

Por su parte la relación entre la Microred Monzón y los representantes de los sistemas tradicionales de salud (terapeutas tradicionales) es débil e informal. Por tanto, es necesario formalizar la complementariedad de los servicios desde la perspectiva de interculturalidad normada mediante R.M. 611-2014 Diálogo intercultural en salud.

De otro lado el Consejo Local de Salud, instancia de la sociedad civil que promueve la participación, concertación y vigilancia, no está activa. La instancia regional tiene poca actuación en la localidad.

Esta realidad, nos ubica un escenario en el que es necesario fortalecer la articulación y empoderamiento de los actores locales en torno a la salud y su promoción local principalmente, para lo cual se requiere de un plan organizado y detallado como estrategia de incidencia.

2. Finalidad

Contribuir en la gestión local de la salud a través del control social en la administración de conocimientos, técnicas, poder, recursos físicos, financieros y humanos de los servicios, dirigiéndolos para la acción en sus determinantes de salud – enfermedad y la promoción del desarrollo.

3. Objetivo

Fortalecer la articulación y empoderamiento los actores locales de la Microred Monzón para impulsar la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad como respuesta a las necesidades de los procesos de salud – enfermedad de la localidad previamente identificados, analizados y comprendidos.

4. Alcance

El objetivo y acciones del presente plan, en tanto acciones de incidencia, están dirigidas a todos los establecimientos de salud de la Microred de salud Monzón, gobierno local y actores o grupos de interés y líderes de salud del distrito de Monzón. Un referente para la determinación de actores constituyó el mapa elaborado para el presente trabajo de investigación. Sin embargo, es posible incorporar nuevos actores y líderes o lideresas durante la aplicación del presente plan.

- **Meta:** Participación de 80% de actores locales
- **Indicador:** Porcentaje de actores participantes de manera sostenida
- **Plazo:** 9 meses. En el tercer año del plan general de mejora
- **Costo:** 3700.00 soles

Tabla: Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES/ TAREAS	METAS	1°T	2°T	3°T	COSTO/SOLES	RESPONSABLE
Componente: Articulación local y empoderamiento de actores						Microred de salud Monzón
1. Talleres de mapeo de actores locales en salud:	2	X			500	Gestor de promoción y servicios de salud.
a) Identificación de actores públicos, comunitarios y privados. Identificación y análisis de roles, necesidades, tipo de relación y postura en relación a la salud intercultural (servicios, promoción).		mes 1				Gestor de promoción y servicios de salud.
b) Capacitación en salud intercultural, desarrollo local.		mes 2				Gestor de promoción y servicios de salud.
2. Reunión de coordinación con gobierno local e instancias de la comunidad: Roles y funciones en cuanto a la salud intercultural	3	mes 3			200	Gestor de promoción y servicios de salud.
3. Reuniones para diseño y ejecución de talleres para la articulación local para la	3		X		1,500	Gestor de promoción y servicios de salud.

promoción de la salud con pertinencia cultural						
a) Reunión de exposición de resultados del mapeo de actores, diseño del plan de trabajo de trabajo articulado			mes 1 y 2			Gestor de promoción y servicios de salud.
b) Taller de articulación de actores de salud intercultural/propuesta de plan de articulación en el marco de la salud intercultural			mes 3			Gestor de promoción y servicios de salud.
c) Reuniones de aprobación de plan de articulación de la institución de salud con el gobierno local y los demás actores para la promoción de la salud con enfoque de interculturalidad.	3			X	900	Gestor de promoción y servicios de salud.
Componente: Sostenibilidad						Microred de salud Monzón/Municipalidad distrital de Monzón
1. Instalación del Comité de Vigilancia de Pertinencia de los Servicios de Salud	1			X	300	Gestor de promoción y servicios de salud/Gerencia de desarrollo social

2. Capacitación a Comité de Vigilancia de Pertinencia de los Servicios de Salud/definición de plan de trabajo	2			X	300	Gestor de promoción y servicios de salud/Gerencia de desarrollo social
---	---	--	--	---	-----	--

<p>2.3. Elaboración del mapa de sectorización del establecimiento, Actualización de la información: En base a la demarcación de los sectores realizado en el Ítem 2.1, se elabora el mapa de sectorización identificando el nivel de riesgo y los datos más importantes del sector (población, ruta de acceso, número de gestantes, niños etc., ver página 27 de la guía de sectorización), se recomienda realizar el mapa por sectores y puede ser dibujado manualmente.</p>	Mapa	10			X											COMITÉ DE SECTORIZACION
<p>2.4. Selección y reproducción de instrumentos para asegurar la entrega de un paquete básico de atención integral, la vigilancia y educación: para ello el comité definirá y gestionará la reproducción de los instrumentos a ser utilizados por los Sectorista (Ejem: Registro de seguimiento de la madre y el niño, formatos de referencia comunal para ser utilizados por los ACS, fichas familiares, padrón de niños y</p>	Doc. Elaborado				X											COMITÉ DE SECTORIZACION

	gestantes), Ver página 29 al 33 de la guía de sectorización.																
	2.5. Capacitación al personal de salud: sobre las responsabilidades y funciones del personal Sectorista, la organización comunal (JVC o CODECO), los ACS y las municipalidades. Asimismo, debe capacitar al personal de salud sobre el uso de los materiales e instrumentos que fueron definidos en el Ítem. 2.4, ver paginas 28 al 33 de la guía.	Informe	10	X	X												COMITÉ DE SECTORIZACION

<p>2.6. Designación del Sectorista y asignación formal de funciones: Una vez capacitado el personal de salud que formara parte de la sectorización, se le designara el sector por medio de un memorándum firmado por el jefe del establecimiento, dicho documento deberá ser remitir a la red de salud mediante un informe (la designación se dará considerando los criterios de categorización de los sectores).</p>	Acta, Memo		X	X											COMITÉ DE SECTORIZACION
<p>2.7. Presentación formal de los sectoristas a la Junta Vecinal o autoridades de su sector comunidad: (de forma documentada o en una reunión con la comunidad).</p>	Acta			X											COMITÉ DE SECTORIZACION
<p>2.8. Elección o ratificación de Agentes Comunitarios de Salud en cada sector: Cada Sectorista elige o ratifica su número de ACS, elabora su carpeta / cuaderno o archivo de su sector, implementa el cuaderno del Sectorista y del ACS.</p>	Acta/Informe			X											Sectorista

	<p>2.9. Actualización de la Información de su sector: Cada Sectorista actualiza el padrón de niños, gestantes, con datos de DNI, SIS, Juntos y otros que crea prioritario de cada sector, asimismo en esta etapa se puede elaborar el censo local, croquis y elaboración de las fichas familiares en coordinación y utilizando los instrumentos vigentes.</p>	Fotos			X		X		X	X	Sectorista
<p>3. FASE DE IMPLEMENTACION DE LA SECTORIZACION</p>											
	<p>3.1. Elaborar el plan anual de capacitación a los Agentes Comunitarios de Salud: en base a los Ítem 4.4(4.4.1, 4.4.2,cada Sectorista elabora su plan de trabajo para la capacitación a los ACS durante el año.</p>	Plan		X							Sectorista

<p>3.2. Implementación del Sistema de Vigilancia Comunitaria de Salud y Nutrición Materno-Infantil: Cada Sectorista coordina con el área de epidemiología para conformar o ratificar el Sistema de Vigilancia Comunal (SIVICOM) de su sector o comunidad, este comité puede estar conformado por autoridades de la comunidad, ACS, personal de salud Sectorista, mujeres líderes y otros de la misma comunidad, y debe ser remitido mediante un informe a la red de salud, se recomienda gestionar su reconocimiento como tal a través de la municipalidad.</p>	Acta			X	X									Sectorista
<p>3.3. Implementación de la Sala Situacional con información por sectores: El responsable de promoción de la salud coordinara con el jefe del establecimiento para determinar un área donde se implementara una sala situacional de cada sector con los datos más relevantes de la comunidad, esta</p>	Sala S			X										Res. PROMSA / Sectorista

	<p>misma acción se debe realizar en el local comunal de cada sector o comunidad.</p>																
	<p>3.4. Publicación del cronograma mensual de trabajo comunitario: el Sectorista publica el cronograma de salidas y actividades durante el mes (Periódico mural del establecimiento y comunidad).</p>	Cronograma			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Sectorista
<p>4. ACTIVIDADES EN EL MARCO DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES.</p>																	
<p>4.1. Actividades con el Consejo Municipal.</p>																	

<p>4.1.1. Visita de coordinación con la municipalidad para programar una reunión de Sensibilización con el consejo municipal: (el consejo municipal está conformado por el alcalde, sus regidores y el personal administrativo de la municipalidad).</p>	Acta / HIS			X											Res. PROMSA
<p>4.1.2. Reunión de abogacía/Incidencia/Sensibilización con el consejo municipal: (Exposición del diagnóstico situacional de DCI, Anemia, Salud Sexual y Reproductiva, Mortalidad Materna, Casa Materna, Enfermedades Metaxénicas, Enfermedades no Transmisibles, Cáncer y otros priorizados en el distrito, para establecer acuerdos, compromisos, emisión de Ordenanzas Municipales y Generación de PIP) 4 horas.</p>	Acta / Informe / HIS			X			X					X			Jefe del EE.SS / Resp. PROMSA

<p>4.1.3. Reunión técnica para conformación, reactivar y/o ratificar al comité multisectorial, ETL: (4 horas), el comité multisectorial está liderado por el alcalde y los demás integrantes son los representantes de los diferentes sectores dentro del distrito, educación, salud, organizaciones de base y otros, este comité debe de estar debidamente reconocido por la municipalidad mediante una resolución de alcaldía, si la municipalidad ya cuenta con un comité multisectorial operativo, solo se debe programar una reunión de incidencia para realizar las acciones que indica el Ítem.</p>	Acta / HIS					X										Jefe del EE.SS / Resp. PROMSA
<p>4.2. Actividades con el Comité multisectorial.</p>																

<p>4.2.1. Una reunión de abogacía con el comité multisectorial: (Exposición del diagnóstico situacional de la DCI, Anemia, Padrón Nominado, Salud Sexual y Reproductiva, Mortalidad Materna, Casa Materna, Enfermedades Metaxénicas, Enfermedades no Transmisibles, cáncer y otros priorizados en el distrito, para establecer acuerdos, compromisos, proponer planes Multisectoriales con asignación presupuestal), esta actividad está liderado por el Alcalde y dura en promedio 3 horas.</p>	<p>Acta / Informe / HIS</p>				X		X		X	X	<p>Jefe del EE.SS / Resp. PROMSA</p>
<p>4.2.2. Taller de planificación: Realizar una segunda reunión con el comité multisectorial para la elaboración del plan multisectorial, para reducir los problemas de salud identificados en la reunión de abogacía Ítem 4.2.1. (4 horas), en este plan cada sector y la municipalidad.</p>	<p>Acta / HIS</p>				X						<p>Jefe del EE.SS / Resp. PROMSA</p>

<p>4.2.3. Taller de capacitación en generación de entornos saludable en: esta tercera reunión con el comité multisectorial es para realizar un taller de capacitación en los temas de Saneamiento básico, Implementación de Familias, comunidades y Municipios Saludables, prevención y control del dengue, eliminación de criaderos y otros temas priorizados en el distrito. (3 horas)</p>	<p>Acta / Informe / HIS</p>					X									<p>Jefe del EE.SS / Resp. PROMSA</p>
<p>4.2.3. Dos reuniones de monitoreo y seguimiento del Plan Multisectorial: se realiza dos reuniones durante el año para monitorizar los acuerdos y compromisos planteados en el plan de trabajo multisectorial, de (3 horas) (Programar en el I y II trimestre del año).</p>	<p>Acta / HIS</p>						X					X		<p>Jefe del EE.SS / Resp. PROMSA</p>	
<p>4.2.4. Una reunión de evaluación: acerca de las actividades planificadas (3 horas) (programar para el último trimestre del año).</p>	<p>Acta / Informe / HIS</p>			X			X		X			X		<p>Jefe del EE.SS / Resp. PROMSA</p>	

<p>4.4.4. Taller con ACS en el Modulo III (Cuidando la salud del recién nacido): de 06 horas de duración.</p>	Acta / HIS						X									Sectorista
<p>4.4.5. Capacitación a los ACS en Sesiones educativas y demostrativas sobre el Lavado de manos, preparación de alimentos, salud bucal, tratamiento de los criaderos de zancudo y otros.</p>	Acta / HIS			X					X							Sectorista
<p>4.4.6. Taller de Capacitación en Técnicas Educativas: 01 Taller de capacitación en técnicas educativas para las actividades que el ACS desarrollará en temas de salud sexual reproductiva, priorizando el cuidado de la salud materna y neonatal, de 05 horas de duración.</p>	Acta / HIS						X									Sectorista
<p>4.4.7. Taller de capacitación para promover prácticas y entornos saludables en los factores vinculados en la prevención del cáncer, de 05 horas de duración.</p>	Acta / HIS			X												Sectorista
<p>4.5. Actividades con Instituciones Educativas Públicas (Inicial, Primaria, Secundaria y Especial).</p>																

<p>4.5.1. Reunión de concertación con directivos y el Consejo Educativo Institucional de cada II.EE, para establecer acuerdos y articular acciones que promuevan la alimentación y nutrición saludable, salud sexual y reproductiva, Salud Escolar, Dengue, Salud Mental, salud ocular, actividad física, lavado de manos, cáncers, quioscos y refrigerios saludables y otros priorizados en la comunidad (de 02 horas de duración)</p>	Acta / HIS				X										Sectorista / Jeje del EE.SS / Resp. De PROMSA
<p>4.5.2. Una reunión de incidencia para incorporar los temas de salud en el plan anual de trabajo de la institución educativa (PAT), (4 horas), aquí se incorpora o elabora un plan de trabajo o una hoja de ruta para realizar actividades de salud dentro de la II.EE durante el año (actividades del componente 1, 2 y 3 del PSE).</p>	Acta / HIS				X										Sectorista / Jeje del EE.SS / Resp. De PROMSA

<p>4.5.3. Dos visitas de monitoreo de las intervenciones de salud, aquí se aprovecha para monitorear el avance de la implementación de quioscos escolares saludables, desarrollo de proyectos educativos que incluyen temas de salud, programar 02 durante el año de (2 horas).</p>	Acta / HIS										X		X		Sectorista
<p>4.5.4. Una reunión de evaluación del plan de trabajo con la matriz de evaluación de logros ambientales, se evalúa el nivel de logro del quiosco escolar (usar matriz de evaluación de quioscos), estas actividades se realiza de forma conjunta con integrantes del CONEI, (realizar durante el Último Trimestre del año), (4 horas).</p>	Acta / HIS										X				Sectorista / Jeje del EE.SS / Resp. De PROMSA
<p>4.5.5. Taller para docentes en el Módulo Educativo de Alimentación y Nutrición Saludable (04 horas) (Priorizar para docentes de inicial y primaria del ámbito de QaliWarmá), esta actividad es realizado por el personal debidamente capacitado en el módulo.</p>	Acta / HIS				X										Sectorista en coordinación con el Facilitador.

<p>4.5.6. Taller para docentes en el Módulo Educativo de Lavado de Manos (03 horas), (Priorizar para docentes de inicial y primaria del ámbito de QaliWarma), esta actividad es realizado por el personal debidamente capacitado en el módulo.</p>	Acta / HIS					X										Sectorista / Facilitador
<p>4.5.7. Taller para docentes en el Módulo de Salud Bucal (03 horas), (Priorizar para docentes de inicial y primaria del ámbito de QaliWarma), esta actividad es realizado por el personal debidamente capacitado en el módulo.</p>	Acta / HIS					X										Sectorista / Facilitador
<p>4.5.8. Taller para docentes en el Cartilla Educativa de Quioscos y Refrigerios Escolares (02 horas), (Priorizar para docentes de inicial y primaria del ámbito de QaliWarma), esta actividad es realizado por el personal debidamente capacitado en el módulo.</p>	Acta / HIS					X										Sectorista / Facilitador

<p>4.5.9. Taller para docentes en el Módulo Educativo de Convivencia (04 horas) (Priorizar para docentes de inicial y primaria del ámbito de QaliWarma), esta actividad es realizado por el personal debidamente capacitado en el módulo.</p>	Acta / HIS				X					Sectorista / Facilitador
<p>4.5.10. Taller para docentes en el Módulo Educativo de Actividad Física (06 horas) (Priorizar para docentes de inicial y primaria del ámbito de QaliWarma), esta actividad es realizado por el personal debidamente capacitado en el módulo.</p>	Acta / HIS				X					Sectorista / Facilitador
<p>4.5.11. Taller para docentes en el Módulo Educativo de Salud Ocular (04 horas) (Priorizar para docentes de inicial y primaria del ámbito de QaliWarma), esta actividad es realizado por el personal debidamente capacitado en el módulo.</p>	Act / HIS				X					Sectorista / Facilitador

<p>4.5.12. Taller para docentes en el Módulo Educativo de Dengue (04 horas) (Priorizar en los sectores donde se confirmó la presencia del vector, esta actividad se realiza en los 3 niveles educativos), esta actividad es realizado por el personal debidamente capacitado en el módulo.</p>	Acta / HIS					X									Sectorista / Facilitador
<p>4.5.13. Taller para docentes en el Módulo Educativo de salud sexual integral (Priorizar en el nivel secundario), actualmente no se cuenta con este módulo, motivo por el cual se deberá utilizar otros documentos relacionados.</p>	Acta / HIS					X									Sectorista / Facilitador
<p>4.5.14. Docentes capacitados: Módulo Educativo de salud respiratoria (priorizar en zonas de riesgo a TBC).</p>	Acta / HIS					X									Sectorista / Facilitador
<p>4.5.15. Docentes capacitados: Modulo/Cartilla Educativo(a) de Higiene y Cuidado del Ambiente (priorizar en zonas de riesgo a TBC).</p>	Acta / HIS			X		X									Sectorista / Facilitador

<p>4.5.16. Docentes capacitados: Modulo Educativo/Cartilla de medidas preventivas frente a las ITS VIH (priorizar en zonas de riesgo a VIH - ITS).</p>	Acta / HIS														Sectorista / Facilitador
<p>4.5.17. Talle para docentes en el Módulo/Cartilla Educativo(a) de control de Tabaco y Alcohol, priorizar en zonas de riesgo de cáncer, y en el nivel secundaria.</p>	Acta / HIS					X									Sectorista / Facilitador
<p>4.5.18. Talle para docentes en Seguridad vial.</p>	Acta / HIS					X									Sectorista / Facilitador
<p>4.5.19. Taller para docentes en el Módulo Educativo de Habilidades para la Vida (Priorizar en el nivel secundario), si no se cuenta con el modulo usar otros documentos relacionados, esta actividad es realizado por el personal debidamente capacitado en el módulo.</p>	Acta / HIS					X									Sectorista / Facilitador
<p>4.5.20. Taller para docentes en la Cartilla Educativa Cuido mi familia (02 horas)</p>	Acta/ HIS					X									Sectorista / Facilitador

<p>4.5.21. Taller para docentes en el Módulo Educativo de Promoción de Agua Segura, actualmente no se cuenta con este módulo.</p>	Acta/ HIS					X				Sectorista / Facilitador
<p>4.5.22. Taller para docentes en el Módulo Educativo para el Cuidado Psicoactivo del niño, actualmente no se cuenta con este módulo.</p>	Acta/ HIS					X				Sectorista / Facilitador
<p>4.5.23. TALLER con APAFAS: (En alimentación y nutrición, lavado de manos e higiene oral, buenas prácticas de crianza para el cuidado psicoafectivo del menor de 5 años, consumo de agua segura y quioscos y/o refrigerios saludables, Prevención del Dengue, cáncer, y otros temas según prioridad) de 4 horas promedio, puede realizarlo en más de un taller, informar en el HIS según los temas tratados.</p>	Acta/ HIS					X		X		Sectorista / Facilitador

<p>4.5.24. Taller con Expendedores / manipuladores de alimentos de los Quioscos o comedores escolares: Cartilla Educativa de Quioscos y Refrigerios Escolares saludables dirigido a expendedores (02 horas Promedio), (solo con II.EE que tienen Quioscos Escolares).</p>	Acta/ HIS					X				X					Sectorista / Facilitador
<p>4.5.25. Visitas de Evaluación conjunta de los Quioscos escolares: se realizara 2 veces al año, al finalizar el primer y tercer bimestre del año escolar, se realiza de forma conjunta con el Director de la II.EE, Miembro del APAFA y Personal de Salud, para ello deberá utilizar la ficha de evaluación de quioscos de promoción de la salud.</p>	Acta/ HIS							X				X			Resp. PROMSA / Sectorista
<p>4.6. ACTIVIDADES CON FAMILIAS.</p>															

<p>4.6.1. Consejería a través de la Visita Domiciliaria (PP PAN): dirigido a madres de niños menores de 12 meses , programar 02 visitas domiciliarias, a los 15 días de nacido (consejería en lactancia materna exclusiva y lavado de manos) y 5m (alimentación complementaria, lavado de manos y cuidado e higiene oral), por cada niño dura 45 min.</p>	HCL / HIS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Sectorista
<p>4.6.2. Consejería a través de la Visita Domiciliaria (PP PAN): dirigido a madres de niños de 1 año en los temas de lavado de manos y cuidado e higiene oral, reforzando según necesidades del niño y su familia.(programar 01 visitas domiciliarias, a los 15 m por cada niño durante el año),</p>	HCL / HIS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Sectorista
<p>4.6.3. Consejería en visita Domiciliaria (PP MNN): dirigida a gestantes (se desarrollara entre el 4to y 6to mes de gestación sobre conocimiento de signos de alarma, lavado manos y cuidado e higiene oral,</p>	HCL / HIS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Sectorista

<p>preparación para la lactancia materna y apego, orientación en alimentación saludable, suplementación de hierro, importancia de los cuidados prenatales para una maternidad saludable en la gestación adolescente, fomento de la continuidad educativa de la gestante adolescente.</p>																
<p>4.6.4. Consejería en visita Domiciliaria (PP MNN): dirigida a gestantes (se desarrollara entre los 7º y 9º mes de gestación priorizando cuidado del recién nacido, atención del parto institucional y signos de alarma (importancia del corte tardío del cordón umbilical) y lactancia materna (importancia del inicio de la lactancia dentro de la primera hora del recién nacido y del alojamiento conjunto, apego).</p>	HCL / HIS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Sectorista

<p>4.6.5. Consejería en visita Domiciliaria (PP MNN): dirigida a Puérperas (realizada hasta los primeros 07 días, en temas de lactancia materna, lavado de manos, cuidado e higiene oral, cuidado del RN y signos de alarma en el puerperio).</p>	HCL / HIS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Sectorista
<p>4.6.6. Consejería en visita Domiciliaria (PP MNN): dirigida a Puérperas (entre los 28 y 30 días reforzar los temas de alimentación saludable y planificación familiar.).</p>	HCL / HIS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Sectorista
<p>4.6.7. Sesiones educativas y Demostrativas (PP PAN): dirigida a niños menores de 12m, teniendo como marco las 13 prácticas para el cuidado infantil, programar 03 veces al año (al RN, a los 5m y 11m por cada niño), esta actividad se realiza en el local comunal con un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración, en los temas de preparación de alimentos, lavado de manos, la lactancia materna, Higiene bucal.</p>	Acta / HIS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Sectorista

<p>4.6.8. Sesiones educativas y Demostrativas (PP PAN): dirigida a niños de 1 año, teniendo como marco las 13 prácticas para el cuidado infantil, programar 01 vez al año (a los 18m por cada niño), esta actividad se realiza en el local comunal con un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración, .</p>	Acta / HIS							X					X			Sectorista
<p>4.6.9. Sesiones educativas y Demostrativas (PP PAN): dirigida a Gestantes, programar 02 veces al año (al 1er trimestre y 3er trimestre de embarazo), esta actividad se realiza en el local comunal con un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración.</p>	Acta / HIS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Sectorista

<p>4.6.10. Sesiones Educativas y Demostrativas (PP METAXENICAS): dirigido Familias de zonas de riesgo de Dengue y Chikungunya en Almacenamiento adecuado de agua, limpieza y mantenimiento de recipientes, recojo de inservibles, identificación de criaderos, limpieza y refacción de vivienda. (Programar al 100% de las familias de zonas en riesgo).</p>	Acta / HIS			X			X			X			X	Sectorista
<p>4.6.11. Sesiones Educativas y Demostrativas (PP METAXENICAS): dirigido Familias de zonas de riesgo de Dengue y Chikungunya en uso de mosquiteros, uso de ropa apropiada y repelente e identificación de señales de peligro) y refuerzo de la primera sesión demostrativa. (programar al 100% de las familias de zonas en riesgo)</p>	Acta / HIS		X	X	X							X	X	Sectorista

<p>4.6.12. Consejería a través de la Visita Domiciliaria (PP CANCER): En alimentación saludable, actividad física, ambientes libres de humo y tabaco, protección a radiación ultravioleta, sexualidad responsable, lavado de manos, consumo de agua segura, vacunación relacionada a la prevención del cáncer (programar al 100% de las familias de zonas en riesgo).</p>	HCL/ HIS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Sectorista
<p>4.6.13. Consejerías integral a la familia a través de visitas domiciliaria (TBC): En Alimentación, Lavado de manos, Cubrirse al toser o estornudar, Mantener su vivienda limpia, ordenada, con iluminación y ventilación natural, programar al 100% de las familias que tienen pacientes con TBC, programar una segunda visita para reforzar la primera, en un plazo no menor a 1 mes, en los temas de evitar escupir al suelo, usar y eliminar papeles desechables a un tacho con tapa, limpieza de la vivienda con trapos húmedos, reconocer a los sintomáticos</p>	HCL / HIS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Sectorista

<p>respiratorios, conocer la importancia del diagnóstico precoz y adherencia al tratamiento.</p>																
<p>4.6.14. Sesiones educativas y Demostrativas (TBC): dirigido a las familias que tienen pacientes con TBC, en los temas de, Alimentación balanceada, Lavado de manos, Cubrirse con el antebrazo al toser o estornudar, Mantener su vivienda limpia, ordenada, con iluminación y ventilación natural</p>	Acta / HIS			X						X						Sectorista

<p>4.6.15. Consejerías integral a la familia a través de visitas domiciliaria (VIH/SIDA): En habilidades sociales como la comunicación asertiva, toma de decisiones y proyecto de vida en orientar a sus integrantes hacia el ejercicio de una sexualidad saludable y segura, el auto cuidado del cuerpo, y luego en un plazo no menor de 1 mes, se reforzara en los temas del inicio de las relaciones sexuales, fidelidad mutua, uso del preservativo, Identificación de situaciones de riesgo, para contribuir con la prevención de infecciones de trasmisión sexual, VIH y SIDA).</p>	HCL / HIS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Sectorista
<p>4.6.16. Sesiones educativas y Demostrativas (VIH/SIDA): dirigido a las familias que tienen pacientes con VIH/SIDA, en los temas de, Habilidades sociales como la comunicación asertiva, toma de decisiones y proyecto de vida y orientar hacia el ejercicio de una sexualidad</p>	Acta / HIS						X					X				Sectorista

	<p>saludable y segura, el auto cuidado del cuerpo y medidas preventivas como: retraso en el inicio de las relaciones sexuales, fidelidad mutua, uso del preservativo.</p>															
	<p>4.6.17. Sesión Educativa y demostrativa (SALUD BUCAL): en alimentos no cariogénicos y medidas preventivas y en salud bucal, cepillado dental, uso de hilo dental y flúor, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración, programar una segunda sesión en un plazo no menor a un mes para reforzar la primera (priorizar en familias con factor de riesgo).</p>	Acta / HIS						X				X				Sectorista

<p>4.6.18. Sesión Educativa y demostrativa (PP ENT - METALES PESADOS): En limpieza de la vivienda, manejo de polvos, ropa de trabajo, almacenamiento y medidas preventivas, para evitar la contaminación por Metales Pesados, metaloides y otras sustancias químicas, alimentación y nutrición, Lavado de manos; Consumo de agua segura; de 45 minutos de duración, programar una segunda sesión en un plazo no menor a un mes para reforzar la primera (priorizar en familias con factor de riesgo).</p>	Acta / HIS									X					Sectorista
<p>4.6.19. Sesión Educativa y demostrativa (PP ENT - HTA y DIABETES): en alimentación y nutrición enfatizando en el consumo de frutas y verduras, consumo bajo de sal, Actividad física; de 45 minutos de duración, programar una segunda sesión en un plazo no menor a un mes para reforzar la primera (priorizar en familias con factor de riesgo).</p>	Acta / HIS											X			Sectorista

	<p>4.6.20. Sesión Educativa (PP ENT - SALUD OCULAR):en prácticas saludables para el cuidado integral de la salud ocular, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración, programar una segunda sesión en un plazo no menor a un mes para reforzar la primera (priorizar en familias con factor de riesgo).</p>	Acta / HIS									X					Sectorista
	<p>4.7. IMPLEMENTACION DE GRUPOS DE APOYA A LA LM (Ver Guía tec. De implementación de grupos de apoyo para promover y proteger la lactancia materna exitosa RM N° 260-2014/MINSA).</p>															
	<p>4.7.1. Reunión de coordinación: entre el personal de salud encargado para promover la implementación de los grupos de apoyo y actores claves de la comunidad, (Identificación de la madre guía).</p>	Acta / HIS									X					Pesp. PROMSA/ Sectorista

<p>4.7.2. Taller de capacitación en Prácticas Saludables para el cuidado infantil: con énfasis en Lactancia Materna, Consiste en el desarrollo de capacidades que faciliten el funcionamiento de los grupos de apoyo, esta actividad está dirigida a las Madres Guía seleccionada de manera participativa con la comunidad, tendrá una duración de 12 horas que será desarrollado en 04 sesiones de 03 horas ó 06 sesiones de 02 horas.</p>	Acta / HIS			X		X				X			X		Pesp. PROMSA
<p>4.7.3. Reunión de Asistencia Técnica: Del personal de salud encargado para promover la implementación de los grupos de apoyo a las “Madres Guías”, durante o después de las sesiones de grupos de ayuda mutua.</p>	Acta / HIS									X					Pesp. PROMSA

<p>4.7.4. Realizar 12 sesiones de Ayuda Mutua (una por mes): actividad que se desarrollara en el local comunal, establecimiento de salud, centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado de la madre y el niño, entre otros que eligieran las propias madres, Se espera entre 08 y 15 madres integrantes de los grupos de apoyo por sesión de 60 minutos.</p>	Acta / HIS								X						Pesp. PROMSA
<p>4.7.5. Reunión de monitoreo: programar 02 reuniones anuales de monitoreo (02 horas de duración).</p>	Acta / HIS									X			X		Pesp. PROMSA
<p>5. FASE DE SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA SECTORIZACIÓN</p>															
<p>5.1. Reunión de seguimiento y monitoreo de la sectorización, "utilizar matriz de supervisión del equipo de gestión a los sectoristas" ver: pagina 77 de la guía de sectorización, esta actividad es liderada por el jefe del EE.SS, programar de forma mensual, bimensual o trimestral.</p>	Acta									X			X		COMITÉ DE SECTORIZACION

Fuente: Plan de Trabajo Anual de Promoción de la Salud del distrito de Monzón

