

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCION DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A
POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS – AISPED EN LAS
COMUNIDADES DE TOROHUICHCCANA, CHOCCECCENUA,
CHUCCHUMPI, DISTRITO DE PAMPACHIRI, PROVINCIA DE
ANDAHUAYLAS, 2015-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA**

ANGEL AMIDER RAMIREZ PURACA

CALLAO - 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA PRESIDENTE
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO SECRETARIA
- DR. SANDY DORIAN ISLA ALCOSER VOCAL

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 345

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05/09/2018

Resolución Decanato N° 1352-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pá
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Marco Conceptual	11
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	20
3.1 Recolección de Datos	20
3.2 Experiencia Profesional	24
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	27
IV. RESULTADOS	32
V. CONCLUSIONES	35
VI. RECOMENDACIONES	36
VII. REFERENCIALES	37
ANEXOS	39

INTRODUCCION

La exclusión en salud es entendida como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan.

La compleja realidad peruana durante décadas ha limitado la posibilidad que un número considerable de pobladores del país, especialmente los residentes en las zonas alto andinas de la Provincia de Andahuaylas, pueda acceder a los servicios de salud ofertadas por algún establecimiento de salud. Andahuaylas es una región que se caracteriza por altos índices de pobreza y extrema pobreza, analfabetismo, desnutrición, exclusión social y diversidad cultural. Asimismo se caracteriza por haber experimentado durante varios años un conflicto político social interno que trajo consecuencias psicosociales; todo ello se expresan en sus precarias condiciones de vida y salud.

Ante esta realidad, el Ministerio de Salud viene desarrollando en los últimos años un importante proceso de reforma en el sector encaminado a promover un cambio sustancial en la entrega de servicios de salud a la población a través de nuevos enfoques de la gestión de los establecimientos de salud.

La descentralización de funciones y el mejoramiento de la calidad son los procesos más importantes para el primer nivel de atención a la salud, que significa, lograr mayores niveles de autonomía para que el personal de salud resuelva sus propios problemas de la manera más adecuada.

La Disa Apurímac II ha iniciado una serie de procesos orientados a lograr cambios sustanciales para mejorar la salud individual y colectiva con el propósito de aprovechar mejor las oportunidades presentes y hacer un uso eficiente de los recursos disponibles en los establecimientos de salud;

para tal efecto se ha realizado la construcción participativa e implementación de un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, a fin de enfrentar a la pobreza y las inequidades en la salud de nuestras poblaciones con menores posibilidades; los principios de este modelo son la integralidad, inclusión sanitaria y la centralidad en la persona como derecho ciudadano, porque el derecho a la salud es reconocido y debe darse sin distinciones de ninguna clase.

Frente a las barreras económicas, geográficas y culturales que impiden el acceso de la población a los servicios de salud y siguiendo la línea de prioridades establecidas en los Lineamientos y Política Sectorial del Ministerio de Salud a través de la Disa Apurímac II implementado la Estrategia de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas, la cual está orientada para cubrir las brechas de atención a las poblaciones con inaccesibilidad geográfica, pobre y de extrema pobreza que permita reducir las barreras de acceso a los servicios de salud y garantizar a estas poblaciones una atención oportuna, integral y de calidad, de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), y mediante la extensión de los servicios de la oferta fija, es decir por la modalidad de la oferta móvil/flexible, específicamente a través de la intervención por equipos itinerantes de atención a poblaciones excluidas y dispersas. El presente informe, tiene ha considerar el proceso de implementación de la Estrategia de Atención a Poblaciones Excluidas y Dispersas que inicialmente tuvo la denominación de Equipos Locales Itinerantes de Trabajo Extramural en Salud (ELITES), la misma que a partir del año 2005, cambia la denominación por Equipo de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED).

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

El estado de vida y salud de la población de Torohuichcana, Chocceceñua, Chucchumpi es en términos generales marcadamente insatisfactorio, condición que se acentúa mucho más por las brechas de desarrollo y condiciones de vida entre el mundo urbano y rural. Diversos análisis ponen en evidencia esta deficitaria situación, pese a los esfuerzos realizados durante las últimas décadas, ello se refleja en los altos índices de desnutrición crónica, mortalidad materna y los problemas de salud mental.

Actualmente Andahuaylas está en pobreza a nivel nacional antes de Huancavelica y Ayacucho.

La población del Distrito de Pampachiri tiene características y necesidades diversas que se expresan en: la débil gestión en su desarrollo, pasividad en el auto cuidado de su salud; expresándose con altas tasas de Morbi-mortalidad por causas evitables, alta tendencia a la atención recuperativa y con condiciones de salud deficientes.

El modelo de Atención de Salud anterior, tiene como una de sus características básicas que son excluyentes del acceso a la atención de salud en sus diferentes dimensiones geográfica, económica, social, étnico-cultural y organizacional, de una mayoría poblacional acentuado por la dispersión en las áreas rurales al grado de configurar una situación de exclusión de la atención sanitaria.

El Modelo de Atención Integral de salud que actualmente viene desarrollando la DISA APURIMAC II se orienta a la búsqueda de solución de los problemas sanitarios enmarcados en sus principios de inclusión sanitaria, integralidad de la atención y derechos centrado en la persona, en ese sentido, busca traducirse en una reforma de los Programas de Atención de Salud por etapas de vida que enfatiza la intervención sobre grupos poblacionales más vulnerables y a través del abordaje de la prioridades sanitarias regionales: desnutrición, mortalidad materna y salud mental.

Es en ese contexto que se ha implementado desde el año 1999 la Estrategia de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas AISPED, la cual está orientada para cubrir las brechas de atención a las poblaciones con inaccesibilidad geográfica, pobre y de extrema pobreza que permita reducir las barreras de acceso a los servicios de salud y garantizar a estas poblaciones una atención oportuna, integral y de calidad, de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), y mediante la extensión de los servicios de la oferta fija, es decir por la modalidad de la oferta móvil/flexible, específicamente a través de la estrategia de un equipo itinerante.

Finalmente, tomando en cuenta lo señalado en los párrafos anteriores, establecemos como problema el hecho de que la Dirección de Salud Andahuaylas, ha implementado una Estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas – AISPED, para mejorar el acceso de la población excluida y dispersa.

Formulación del problema

En qué dimensión, la implementación de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas - AISPED, ha logrado ampliar el acceso a los servicios de salud y mejorar el estado de salud de la población de las comunidades excluidas y dispersas de Torohuichcana, Chocceceña, Chucchumpi, del Distrito de Pampachiri.

Según el Instituto de Estadística e Informática, en el departamento de Apurímac aproximadamente el 52,0 % de su población vive en condición de pobreza, con 6,6 % de pobreza extrema, con 20,9 % de desnutrición crónica de menores de 5 años, con 54,2 % de anemia en niñas y niños de 6 a 36 meses de edad, con 12,9 % de adolescentes entre 15 y 19 años embarazadas, con 49,8 % de hogares con paquetes integrados de servicios.

Según el Instituto de Estadística e Informática, El Distrito de Pampachiri se encuentra ubicado en la provincia de Andahuaylas del departamento de Apurímac, Para el año 2015, este distrito cuenta con un total de 2780 habitantes, de los cuales 226 son niñas y niños menores de 03 años, 656 niños y niñas tienen entre 03 y 12 años de edad, 1647 personas se encuentran entre 13 y 64 años de edad y 251 son personas adultos mayores de 65 años de edad, De cada 100 habitantes del distrito 72 viven ámbitos rurales, Asimismo, por cada 100 personas del distrito de Pampachiri 73 se encuentran en situación de pobreza y 44 personas se encuentran en pobreza extrema.

La capacidad de respuesta del sistema de salud es valiosa pero aún limitada, más aun en comunidades de mayor lejanía y dispersas, existiendo brechas entre zonas y grupos que se refleja en falta de atención integral de salud con calidad y equidad. La población del

Distrito de Pampachiri tiene características y necesidades diversas que se expresan en: la débil gestión en su desarrollo, pasividad en el auto cuidado de su salud; expresándose con altas tasas de Morbi-mortalidad por causas evitables, alta tendencia a la atención recuperativa y con condiciones de salud deficientes.

El modelo de Atención de Salud anterior, tiene como una de sus características básicas que son excluyentes del acceso a la atención de salud en sus diferentes dimensiones geográfica, económica, social, étnico-cultural y organizacional, de una mayoría poblacional acentuado por la dispersión en las áreas rurales al grado de configurar una situación de exclusión de la atención sanitaria.

1.2. Objetivos

Implementación de la estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED), sobre el acceso a los servicios de salud y el estado de salud de la población, en los Centros Poblados de Torohuichccana, Chocceceña, Chucchumpi, Distrito de Pampachiri, Provincia de Andahuaylas.

1.3. Justificación

Durante décadas, la compleja realidad peruana ha limitado la posibilidad que un número considerable de pobladores del país, especialmente los residentes en las zonas alto andinas de la Provincia de Andahuaylas tenga limitaciones para acceder a los servicios de salud.

Las causas de esta falta de atención son diversas, entre ellas se atribuyen a la escasez de recursos económicos de la población (62%), al deseo de no recibir atención (13.8%), a problemas de accesibilidad y disponibilidad de servicios de salud (9.4%) y a otras causas (17.8%), otro problema es la baja demanda de atención en

estas áreas, por problemas de accesibilidad y baja calidad de los Servicios.

Frente a esta realidad, los esfuerzos del sector salud para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud, continúan siendo incipientes, por lo que se requiere de la articulación de los esfuerzos entre las instancias que forman parte del sector salud y como eje fundamental la incorporación de la población organizada para exigir la presencia de salud en sus áreas locales.

El Ministerio de Salud ha establecido un marco normativo para el accionar de los prestadores, sin embargo existen algunos temas pendientes que deben ser incorporados en la agenda sanitaria de los próximos años, tales como el fortalecer el aseguramiento universal y el priorizar la oferta de servicios de salud en el primer nivel de atención.

La estrategia de atención de salud a poblaciones excluidas y dispersas, buscan reducir las brechas de inequidad y acercar los servicios de salud a las poblaciones con menores recursos y posibilidades de crecimiento y se constituyen en una alternativa de prestación en aquellas zonas que no ameritan la construcción de un

Establecimiento de salud, pero que sin embargo, requieren la atención permanente y sostenible en aspectos de salud, debido a los riesgos y necesidades existentes.

Hasta la actualidad, tanto a nivel nacional, por ende en la Provincia de Andahuaylas no se conocen trabajos que midan la eficacia de intervención de estas estrategias y dimensionar su impacto tanto en la oferta como en la demanda, que permita promover la comprensión de los fenómenos implicados y la toma adecuada de

decisiones para fortalecer o reorientar las intervenciones en materia de políticas y actividades operativas dirigidas a solucionar el problema de la exclusión sanitaria en la Provincia de Andahuaylas

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio

Internacionales .No se ha encontrado estudios.

Nacionales

Bautista Prado, Clamor, 2011: Estudio de impacto de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas – AISPED en la Región Ayacucho. Llega a las siguientes conclusiones, Los impactos de la Estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas – AISPED en la Región Ayacucho, fueron diversas, encontrándose los impacto positivos más importantes en los indicadores del acceso al control prenatal (incremento de 5,4%), acceso a la vacunación según calendario (3,8%), control de Crecimiento y Desarrollo según calendario (14,9%), y practica de comportamiento saludables (8%); mientras que los impacto negativos se encontró en los indicadores de planificación familiar (- 21,5%), tamizaje en salud mental (-9,5%), la desnutrición crónica (2,2%) y la percepción sobre el estado de salud actual (-37%), lo que determina que la implementación de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas - AISPED no ha logrado ampliar el acceso a los servicios de salud y mejorar el estado de salud de la población; siendo necesario reorientar el modelo de intervención de la Estrategia AISPED adecuada a la realidad regional y con el financiamiento que garantice la implementación de este modelo de forma continua y sostenible.

2.2. Marco Teórico

Regionales No existen

Definiciones conceptuales

Exclusión Social.

Situación en la que determinados sectores sociales se ven impedidos de acceder a condiciones de vida que les permitan satisfacer sus necesidades esenciales, contar con servicios básicos y participar en el desarrollo de la sociedad en la que viven en igualdad de condiciones respecto de los demás miembros.

Exclusión social en salud

Situación en la que la sociedad en general, a través de los poderes públicos, no garantiza que un individuo —o un grupo de individuos— satisfaga sus necesidades de salud accediendo a los servicios de alguno de los subsistemas de salud existentes en forma oportuna y de manera adecuada, sin importar su capacidad de pago. Es importante hacer notar que la definición no solo se refiere a garantizar el acceso, sino también a la calidad y oportunidad de la atención. La exclusión en salud se expresa en brechas de cobertura; es decir, en el porcentaje de la población que, por diversos motivos, queda fuera del ámbito de acción del sistema.

Poblaciones excluidas de la atención sanitaria

Para la atención de salud, la norma considera que las poblaciones excluidas y dispersas, a las cuales les resulta difícil acceder debido a las características geográficas del lugar en el que viven, son las

que se encuentran a más de tres horas del establecimiento de salud más cercano por el medio más usual de transporte⁵. Este criterio abarca sobre todo a los pueblos indígenas, las comunidades campesinas andinas y las comunidades de habitantes desplazados por problemas de violencia social, reemplazamiento o relacionados con los lugares fronterizos. Comprende a la totalidad de sus habitantes en las diferentes etapas de sus vidas.

Barreras geográficas en salud

Según la **norma técnica 028 MINSA/DGSP V.01**, Norma Técnica de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas del año 2005, se define como la situación que afecta a aquellas poblaciones que se encuentran a más de tres horas del establecimiento de salud más cercano por el medio de transporte más usual en la zona. Asimismo, se considera excluidas geográficamente a aquellas poblaciones que por su ubicación inaccesible, están a una distancia de más de un día de un establecimiento de referencia de mayor capacidad resolutoria que el establecimiento donde se inicia la atención. Ejemplo: un puesto de salud con un solo técnico sanitario ubicado a más de un día de un centro de salud de la micro red.

Modelo de Atención en Salud

Todo modelo de atención de salud encarna el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades reales que son percibidas o no por la población).

Los modelos de atención son elementos claves de las políticas sanitarias. El sistema de salud, en función a los modelos vigentes, debe lograr los resultados esperados. Estos modelos orientan y dan consistencia a otras políticas, tales como las políticas de recursos humanos, de tecnología y de financiamiento, entre otras.

A lo largo de la historia de la salud pública se han sucedido diversos modelos de atención, los cuales luego de un periodo de gran efectividad inevitablemente muestran señales de agotamiento y requieren su cambio por nuevos modelos más acordes con la realidad.

Programas de Atención Integral de Salud por Etapas de la Vida (PAIS)

Estos programas norman los procesos de atención y cuidado de la salud de las personas, definiendo los contenidos de las intervenciones necesarias para que una persona considere protegida su salud, contribuyendo al resultado sanitario de obtener personas, familias y comunidades saludables. La normatividad de estos procesos se concreta mediante los cuidados esenciales, que permiten el abordaje integral de las necesidades de salud de las personas en las diferentes etapas de la vida:

- Programa de Atención Integral de Salud del Niño, que comprende desde la fecundación hasta los 11 años.
- Programa de Atención Integral de Salud del Adolescente, que comprende desde los 12 hasta los 17 años.
- Programa de Atención Integral de Salud del Adulto, que comprende desde los 18 hasta los 59 años.

- Programa de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, que comprende desde los 60 años a más.

Modelo de Atención Integral de Salud Andahuaylas.

El Modelo de Atención, es concebido como un “instrumento metodológico de representación de la realidad de aquellas prácticas sociales en salud dirigidas a las personas, colectividades y al ambiente”.

El Modelo de Atención Integral de Salud Andahuaylas, privilegia la concepción de salud y desarrollo, que implica un proceso de ampliación de oportunidades para disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida digno. Por lo tanto la salud ligada al Desarrollo Humano es la satisfacción de las necesidades de la comunidad hasta llegar a la autorrealización de las personas y colectividad. Para lo cual es importante la institucionalización de nuevas prácticas sanitarias como respuesta significativa a la salud de la población de la Provincia de Andahuaylas.

Las practicas tendientes a reorientar el Modelo de Atención en Andahuaylas no, están orientadas por los principios y valores de los actores sociales y sanitarios; estos son: la inclusión sanitaria y universalización de la atención de salud, integralidad de la atención y la centralidad en la persona en tanto el ciudadano ejerce el derecho a la atención con calidad en el marco de la diversidad cultural.

Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas AISPED.

Es una estrategia que tiene como finalidad brindar una atención de salud integral y de calidad, a través de un equipo itinerante, a las personas en las diferentes etapas de vida y a las familias de las comunidades consideradas excluidas⁸ y dispersas en cada ámbito Regional, contribuyendo a la disminución de la inequidad de la atención.

El ámbito de intervención son las poblaciones **excluidas y dispersas** de zonas de difícil acceso geográfico en el territorio nacional, prioritariamente las que se encuentran a más de 4 horas del establecimiento de salud de mayor cercanía, por el medio más usual de transporte. Estarán comprendidos mayormente los pueblos indígenas, comunidades campesinas andinas, comunidades de habitantes desplazados por problemas de violencia social, de repoblamiento, de lugares fronterizos, abarcando al total de sus habitantes en las diferentes etapas de vida.

Equipo Itinerante de Salud.

Es el conjunto de recursos humanos, conformado por el personal profesional y técnico nombrado o contratado de la Red; o según el caso lo requiera se complementara con personal de salud de otras instituciones del ámbito, EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, privados, para brindar el Paquete de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas, mediante la modalidad de la oferta flexible, es decir a través de la movilización estratégica de este equipo de manera periódica y sistematizada hacia estas poblaciones.

La denominación que se adoptara, es Equipo Itinerante de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (Equipo AISPED), la cual contara con un código correspondiente. La conformación de este equipo, estará de acuerdo a las necesidades de la población y recursos disponibles en la Red.

Implementación de la Estrategia de Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas.

En Junio de 1998, se dio inicio a la aplicación de la experiencia de brindar atención de salud itinerante a las poblaciones altamente dispersas o con escaso acceso de los servicios de salud del MINSA, en la Región Ayacucho la implementación se inició al año siguiente, bajo el objetivo de brindar atención de salud itinerante de acuerdo al perfil epidemiológico de las poblaciones con alta dispersión poblacional, a través de los equipos locales itinerantes de trabajo extramural en salud (ELITES), fortaleciendo las redes de servicios de salud básicos y el sistema de vigilancia epidemiológica.

La norma técnica actual, está orientada a regular los procesos y procedimiento técnicos – administrativos que permitan proporcionar una atención integral de salud a la población que habita en localidades consideradas excluidas y dispersas, mediante equipos AISPED, que trabaja en forma complementaria con la Red de Servicios Públicos, aplicando un enfoque de riesgo, equidad de género e interculturalidad de salud con la participación de los Gobiernos Regionales y Locales; la norma identifica los siguientes componentes:

- a. Componente de Gestión.** La gestión se realiza en todos los niveles organizativos del Ministerio de Salud, desde el nivel nacional que regula y normaliza el proceso de atención hasta el

nivel correspondiente, para obtener los objetivos propuestos y una adecuada y oportuna toma de decisiones en base a una planificación, ejecución y control de la intervención, según el rol y competencias de cada nivel.

b. Componente de organización. Es el ordenamiento secuencial y coordinado de las acciones de salud de los Equipos AISPED, en base a la programación de sus actividades. Prevé recursos y los aspectos técnico-administrativos y legales para la implementación y operatividad de la intervención. La Atención Integral de Salud se realiza a través del equipo AISPED así como cualquier otro mecanismo de prestación para las poblaciones identificadas y priorizada sin acceso a los servicios de salud, según las circunstancias o situación de salud que se presenten.

c. Componente de prestación. La prestación del servicio de atención de salud itinerante es entregada por el equipo de AISPED.

En este componente se desarrolló un conjunto de acciones y flujos de atenciones en el marco del MAIS, que incluye la atención básica y especializada con enfoque de riesgo e interculturalidad, a fin de atender las necesidades de salud previamente identificadas para ser abordadas de manera integral y brindando los cuidados esenciales que están organizados en Paquetes de Atención Integral de Salud. En casos de necesidad de atención de salud mental o de brotes epidémicos u otras situaciones de salud (Desastres naturales o antropogénicos), se brindara la atención que se requiera o según amerite de acuerdo a la normatividad vigente. En este componente se ha considerado tres momentos para el desarrollo de las actividades: Antes, durante y después.

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

Aseguramiento Universal en Salud

El Aseguramiento Universal es el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna que tiene toda la población residente en el territorio nacional desde su nacimiento hasta su muerte.

En abril de 2009 se promulgo la **Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud**, cuya implementación viene desarrollándose de manera gradual tanto en el número de asegurados como de cobertura de beneficios y de garantías explícitas. Primero se inició en nueve zonas piloto de las provincias o distritos más pobres del Perú, para lo cual el Estado viene realizando cambios presupuestales que permitan su ejecución.

Estrategias del Aseguramiento

Para el logro de los objetivos de política del AUS, se requiere la definición de estrategias efectivas que permitan, tanto extender la

cobertura de asegurados y la cobertura de beneficios, así como garantizar la calidad de la atención. Ampliar la cobertura de asegurados significa ampliar el porcentaje de la población que tiene acceso efectivo a los servicios de calidad y protección financiera; ampliar la cobertura de beneficios se refiere a expandir gradualmente los beneficios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS); y, mejorar la calidad de atención significa la expansión gradual de las garantías explícitas, que actualmente se refieren a aspectos materno – infantiles, pero en los años siguientes se ampliarán a otras condiciones del PEAS.

La expansión de los beneficios del aseguramiento se sustenta en reformas del sector tales como mejorar el plan de beneficios, la definición de mecanismos de financiamiento y mecanismos de pago modernos, mejor focalización de los subsidios y la regulación del aseguramiento por el Estado.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para recoger los datos, se diseñaron y utilizaron cuestionarios, reuniones de trabajo con funcionarios de la Disa Apurímac II, Gerente de la Micro Red de Salud Pampachiri, Jefes de Establecimientos de Salud de Ámbito de intervención (centros y puestos) a nivel local; se revisaron diversos registros relacionados a los beneficiarios, coberturas de atención, indicadores y otros relativos a las atenciones. Además, se consideró la información de fuentes secundarias para comparación.

Encuestas a hogares de intervención

La encuesta tuvo como objetivo recoger información rápida y representativa, según las características que se plantearon analizar para la intervención por parte de los equipos AISPED, en las Comunidades comunidades de Torhuichccana, Chocceceñua, Chucchumpi.

Análisis de fuentes documentales

El trabajo de análisis documental se inició con la revisión de los documentos producidos por los establecimientos de salud. La

documentación generada en los diversos momentos y por las diferentes instancias, ya que permitió una buena comprensión de la finalidad y los objetivos, el enfoque de desarrollo, los diagnósticos socioeconómicos, las estrategias de intervención, los niveles de participación local y los sistemas de monitoreo y evaluación.

Asimismo, el análisis de fuentes documentales incluyó la revisión y utilización de encuestas aplicadas anteriormente en los temas relacionados a la Estrategia de Atención a Poblaciones Excluidas y Dispersas - AISPED, como la Encuesta realizadas por otros equipos Itinerantes. El objetivo fue la construcción de parte de los indicadores del Programa y la contratación de estos valores.

Instrumentos

Se utilizó instrumentos de recojo y análisis de información:
Cuestionario para encuesta a hogares de los grupos beneficiarios.

a) Cuestionario para encuestas a hogares.

Se elaboró el cuestionario a ser aplicado durante la entrevista que contiene cuatro secciones diferenciadas: de datos generales, acceso a la atención en salud en las prioridades sanitarias regionales (Salud sexual y reproductiva, atención integral de salud del niño y salud mental), percepción sobre los servicios de salud (oferta fija) y percepción sobre la estrategia de Atención Integral de

Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED); Asimismo se recogió opiniones de los actores claves como son los líderes comunales.

La Operación de Campo.

La Operación de Campo fue realizada por los integrantes del equipo AISPED y está referida al conjunto de tareas interrelacionadas entre sí y que tienen como objetivo fundamental la recopilación de la información mediante la aplicación de la encuesta a hogares tal como se muestra en la tabla N° 1

Para el recojo de la información se aplicó el método de entrevista directa mediante el cual se aplicó el cuestionario a través de una entrevista con el informante en la vivienda seleccionada este método es también conocido como el de “cara a cara”.

La operación de campo en el ámbito del Distrito de Pampachiri se ejecutó en 03 comunidades ubicadas en 01 distritos, tal como se muestra en la tabla N° 2.

Tabla N° 1

N° de Comunidades, Vías de Acceso y tiempo de traslado

MICRO RED PAMPACHIRI						
Comunidad	Área	Vía de acceso	Distancia	Tiempo de traslado		
				a pie	asimila	carro/moto
Centro de Salud de Pampachiri						
TOROHUISCCANA	Rural	Trocha carrozable	22 Km.	4 h	3 h	1.30 h
CHOCCECCENUA	Rural	Trocha carrozable	35 Km.	5.30 h	4 h	2 h
CHUCCHUMPE	Rural	Trocha carrozable	27 Km.	5 h	3h30	2 h
Anexo PALCCAPAMPA	Rural	Trocha carrozable	17 km.	4hr 30m	3hr	no accesible
P.S Llacama						
Anexo. HUACCOTO	Rural	Trocha carrozable	10 Km.	1 h 40'	1 h	
Anexo. PABELLONES	Rural	Trocha carrozable	11 Km.	2 h	1 h	
P.S. Chillihua						
COMUN. TUNISCCA	Rural	Trocha carrozable	12 Km.	5 hr	3 h	1h
Anexo. UNCHO	Rural	Trocha carrozable	9 km.	2 hr	1 hr	no accesible
anexo CULLOPALLCA	Rural	Trocha carrozable	15 km.	5 hr	3 hr	no accesible
P.S. Pomacocha						
COMUN. HUIRACOCHAN	Rural	Trocha carrozable	6 Km.	1 h 30'	1 h	30'

Tabla N° 2

N° de Comunidades, Población según grupo etario

Comunidad Censada	Poblacion	<1 año	1 año	2-4 a	5-11 a	12-14 a	15-17 a	18-29 a	30-59 a	60 a mas	Mef	Gestante
CHUCCHUMPI	70	1	1	3	11	7	4	9	19	15	9	
TOROHUISCCANA	61	1	2		11	2	6	1	23	15	14	
CHOCCECCENUA	65	1		4	10	11	4	6	21	8	16	1
TOTAL	196	3	3	7	32	20	14	16	63	38	39	1

3.2. Experiencia Profesional

Personal de salud nombrado del Centro de Salud Pampachiri.

Fechas (de – a)	De Octubre 2009 a Octubre 2010
Nombre y dirección del empleador	Dirección de Salud Apurímac II
Tipo de sector	Ministerio de Salud.
Puesto o cargo ocupados	Cirujano dentista Micro Red de Salud Huancaray
Principales actividades y responsabilidades	<ul style="list-style-type: none">• Participar en la organización, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de Atención Integral de Salud. Participar en la organización, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de Atención Integral de Salud.• Realizar estudios de investigación operacionales acorde con las necesidades de salud que contribuyan a mejorar la Salud Bucal en el ámbito de la Micro Red Huancaray• Proponer las necesidades de capacitación de los recursos humanos en el programa correspondiente y coordinar su ejecución con el Jefe del Equipo de salud integral de la Microrred de Salud.• Supervisar, monitorear y evaluar las actividades del programa de Salud Bucal.• Elaborar informes técnicos y analizar los indicadores de tendencia del programa.• Realizar exámenes, curaciones, extracciones dentales, tratamiento profiláctico y/o intervenciones quirúrgicas dentomaxiliares.• Tomar radiografías dentales• Orientar sobre profilaxis odontológicas.• Elaborar fichas de filiación en la programación de actividades de medicina odontológica, preparación y reparación de prótesis dentales.• Realizar acciones de promoción, prevención, protección y recuperación en el campo de la Salud Oral.• Brindar atención al 100% de las gestantes provenientes de la

consulta externa.

- Brindar atención a los pre-escolares, escolares y adultos con prioridad a los niños en edad pre-escolar.
- Realizar actividades preventiva-promocionales en los Puestos de Salud dependientes del Centro de Salud.
- Realizar el fichaje y control de la salud oral en los escolares.
- Velar por la buena marcha de su servicio y el mantenimiento de sus equipos e instrumental.
- Transferir al Hospital los casos operatorios dental de mayor complejidad.
- Otras que le asigne el Jefe del Equipo de salud integral de la Microrred de Salud.

Fechas (de – a)

- De Julio 2011 a enero 2016

Nombre y dirección del empleador

- Dirección de Salud Apurímac II

Tipo de sector

- Ministerio de Salud.

Puesto o cargo ocupados

- **Cirujano dentista AISPED (Atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas) Micro red de Salud Pampachiri**

Principales actividades y responsabilidades

- Abordar el cuidado de la salud en un marco de corresponsabilidad con la población, fortaleciendo los procesos de participación social de las poblaciones excluidas, convirtiéndolos en actores fundamentales en el mejoramiento de su salud y buscando movilizar recursos a nivel intrasectorial, intersectorial y de la comunidad.
- Desarrollar una atención integral de salud, con énfasis en la satisfacción de las necesidades individuales y colectivas con un enfoque de riesgo familiar mediante la visita domiciliaría
- Fortalecer la capacidad operativa y de gestión de las redes y microrredes de salud para brindar una atención integral adecuada a cada realidad social y cultural, que responda a las expectativas y necesidades de salud
- Fortalecer la organización y participación comunal articulándola a la organización de las Direcciones de Red favoreciendo la vigilancia y referencia oportuna y permanente.

- Sistematizar y ordenar las prestaciones, incluyendo prácticas de la medicina tradicional, que sean aceptadas por las poblaciones y favorezcan al mantenimiento y desarrollo su salud.
- Establecer mecanismos administrativos y financieros que se adecuen a los nuevos retos de la estrategia planteada, con criterios de eficiencia, eficacia y equidad.

<p>Fechas (de – a)</p> <p>Nombre y dirección del empleador</p> <p>Tipo de sector</p> <p>Puesto o cargo ocupados</p> <p>Principales actividades y responsabilidades</p>	<p>De Febrero 2016 hasta la fecha</p> <p>Dirección de Salud Apurímac II</p> <p>Ministerio de Salud.</p> <p>Cirujano dentista Micro Red de Salud Pampachiri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participar en la organización, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de Atención Integral de Salud. Participar en la organización, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de Atención Integral de Salud. • Realizar estudios de investigación operacionales acorde con las necesidades de salud que contribuyan a mejorar la Salud Bucal en el ámbito de la Micro Red Pampachiri • Proponer las necesidades de capacitación de los recursos humanos en el programa correspondiente y coordinar su ejecución con el Jefe del Equipo de salud integral de la Microrred de Salud. • Supervisar, monitorear y evaluar las actividades del programa de Salud Bucal. • Elaborar informes técnicos y analizar los indicadores de tendencia del programa. • Realizar exámenes, curaciones, extracciones dentales, tratamiento profiláctico y/o intervenciones quirúrgicas dentomaxiliares. • Tamar radiografías dentales • Orientar sobre profilaxis odontológicas. • Elaborar fichas de filiación en la programación de actividades
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

de medicina odontológica, preparación y reparación de prótesis dentales.

- Realizar acciones de promoción, prevención, protección y recuperación en el campo de la Salud Oral.
- Brindar atención al 100% de las gestantes provenientes de la consulta externa.
- Brindar atención a los pre-escolares, escolares y adultos con prioridad a los niños en edad pre-escolar.
- Realizar actividades preventiva-promocionales en los Puestos de Salud dependientes del Centro de Salud.
- Realizar el fichaje y control de la salud oral en los escolares.
- Velar por la buena marcha de su servicio y el mantenimiento de sus equipos e instrumental.
- Transferir al Hospital los casos operatorios dental de mayor complejidad.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

Conjunto de acciones y flujos de atenciones en el marco del MAIS, que incluye atención básica con enfoque de riesgo e interculturalidad, a fin de atender las necesidades de salud previamente identificadas para ser abordadas de manera integral y brindando los cuidados esenciales que están organizados en Paquetes de Atención Integral de Salud. En casos de necesidad de atención de salud mental o de brotes epidémicos u otras situaciones de salud (Desastres naturales), se brindará la atención que se requiera.

ANTES.

El equipo coordinara con el Gerente de la Micro Red de Salud Pampachiri, organizarán y contarán con los recursos necesarios,

solicitados con anterioridad como los medicamentos, insumos y material educativo y logístico, para su traslado y utilización en la operativización y ejecución de la intervención.

Determinación de la Adecuación del MAIS, según la realidad local y otras zonas, hacer los ajustes al plan e identificar posibles inconvenientes, planteando alternativas de solución y mecanismos de coordinación. Así mismo, se coordinará la fecha, lugar y hora de salida del equipo.

DURANTE

Se desarrollarán las acciones planteadas en el Plan de Atención de Salud a intervenir en las comunidades de Torohuichcana, Chocceceñua, Chucchumpi, considerando la entrega del Paquete de Atención Integral de Salud, a las personas por etapa de vida, poniendo especial énfasis en las acciones de promoción, prevención y atención o seguimiento de la población materno-infantil, a las familias (atención domiciliaria del 100 % de las que han sido calificadas en Riesgo) y a la comunidad en general, considerando los aspectos nutricionales y otros factores de riesgo o necesidades.

Realización de atenciones recuperativas en los locales comunales, escuelas, tiendas de campaña o viviendas adaptadas para tal fin y con medidas de bioseguridad, y otros atributos de la calidad de

atención, en particular los referidos a la interculturalidad y el respeto a los patrones culturales locales, género, derechos ciudadanos y la dignidad de las personas.

Elaboración del mapa de la zona, sectorización del área de intervención si es factible, conformación, impulso y fortalecimiento de un Comité de Salud Comunitario o su equivalente, el cual mantendrá coordinación estricta con el establecimiento de salud de mejor acceso, la selección y capacitación a Agentes Comunitarios de Salud y demás actores.

Atención a la familia; Acciones de prevención y promoción de salud para las diferentes etapas de vida de cada uno de los miembros de la familia. Se enfatiza los cuidados y captación de familias con miembros identificados con problemas de salud crónicos, con discapacidad y/o disfuncionalidad o con enfermedades de mal pronóstico, en estado avanzado o terminal. Nutrición y alimentación saludable. Se prioriza el siguiente paquete de atención:

- Higiene y medio ambiente saludable.
- Cultura de paz y buen trato.
- Pautas de crianza.
- Habilidades para la vida.

- Salud Sexual y reproductiva.
- Seguridad vial (donde corresponda)
- Prevención de enfermedades prevalentes.

Atención a la comunidad; propiciar la generación de comunidades y entornos saludables, promoviendo la reducción de los daños a la salud, enfocándose hacia la calidad de vida, bienestar y desarrollo de estilos de vida saludables en los diferentes espacios como las escuelas u otras organizaciones de la zona, con enfoque intercultural. Organización e Implementación del Sistema de Vigilancia Comunal para captación, detección de signos de peligro y derivación inmediata de los casos al establecimiento de salud. El paquete a considerar es:

- Escuelas promotoras de salud.
- Escuela Promotoras de Salud
- Salud Ambiental:
- Vigilancia periódica de la calidad del agua
- Vigilancia periódica de la calidad de los alimentos
- Vigilancia periódica de excretas
- Vigilancia periódica de residuos sólidos
- Vigilancia y control vectorial
- Vigilancia y Control de Riesgos y Daños

- Vigilar y reportar en forma oportuna las enfermedades epidemiológicas de notificación obligatoria y factores de riesgo Vigilancia de problemas sociales (alcoholismo, violencia, drogadicción)
- Vigilancia de micronutrientes
- Elaboración de Planes de emergencia con la participación de la población y autoridades locales.
- Atención de brotes.

IV. RESULTADOS

Característica de la oferta

La oferta de servicio de salud, está representada por los equipos AISPED, que desde su elección, conformación, capacitación, inducción para el trabajo, organización, supervisión, monitoreo y evaluación deben ser incorporados y articulados de manera funcional a las Red de Salud José María Arguedas, zona de intervención en la Micro Red de Salud Pampachiri. El propósito, de la implementación de la estrategia es complementar las actividades regulares del servicio de salud priorizando la atención de la salud de las poblaciones excluidas y dispersa; de tal manera que se mantenga el sistema de información unificado y confiable.

Con relación a los establecimientos de salud de la Micro Red de Salud Pampachiri, existiendo en la actualidad un total de 08 establecimientos los cuales vienen funcionando a la actualidad.

La mayoría de los establecimientos de salud (75%) corresponde a la categoría I-1, siendo el Centro de Salud Pampachiri de Categoría I4 de mayor capacidad resolutive. De los establecimiento de salud con categoría I-1, gran parte aún siguen siendo unipersonales a cargo de personal de salud técnico.

Entre otros problemas que caracterizan a la oferta de servicios de salud en el ámbito de las poblaciones excluidas y dispersas es la insuficiente oferta de servicios de salud tanto de la oferta fija y la oferta móvil, en cuanto a infraestructura adecuada, recursos humanos capacitados y equipamiento, asimismo la inadecuada articulación de la oferta fija y la oferta móvil.

En la conformación del Equipo AISPED, el número de profesionales por equipo AISPED, está integrado por prestadores regulares que vendrían a ser el médico, enfermera, obstetra, odontólogo y técnico en enfermería, por ser los de mayor demanda por la población cuya incorporación a los equipos depende de las necesidades identificadas en cada zona, con

criterios referenciales como: perfil personal acorde al tipo de trabajo a realizarse, conocimiento del idioma o dialecto de las comunidades, acreditar experiencia en el trabajo de campo, trabajo en equipo y buen estado físico y psicológico, debido a las condiciones de difícil acceso a estas comunidades.

**Tabla N°3.
N° de Profesionales por Equipo AISPED**

TIPO DE RECURSO	EQUIPO DE ATENCION BASICA
PRESTADORES REGULARES	▪ Medico General
	▪ Enfermera
	▪ Obstetra
	▪ Técnico de Enfermería
	▪ Odontólogo

**Tabla N° 4
N° de Comunidades intervenidas, Vías de Acceso y tiempo de traslado**

MICRO RED PAMPACHIRI						
Comunidad	Área	Vía de acceso	Distancia	Tiempo de traslado		
				a pie	asimila	carro/moto
Centro de Salud de Pampachiri						
TOROHUISCCANA	Rural	Trocha carrozable	22 Km.	4 h	3 h	1.30 h
CHOCCECCEÑUA	Rural	Trocha carrozable	35 Km.	5.30 h	4 h	2 h
CHUCCHUMPE	Rural	Trocha carrozable	27 Km.	5 h	3h30	2 h
Anexo PALCCAPAMPA	Rural	Trocha carrozable	17 km.	4hr 30m	3hr	no accesible

Acceso al Seguro Integral de Salud

El uso del seguro integral de salud materno infantil estuvo vinculado al embarazo, por lo tanto fue una condición necesaria para requerirlo y principalmente en las zonas alejadas, dispersas y de difícil acceso.

Tabla N° 4
N° de hogares en condición de precariedad

COMUNIDAD	VIVIENDA		
	ADOBE	PRECARIO	NOBLE
HUACCOTO	15	3	
TOROHUISCANA	16	6	
CHOCCECCENUA	9	7	
CCACCACHA	25	14	1
TOTAL	65	30	1

Tabla N° 4
N° de Comunidades con hacinamiento en la vivienda

COMUNIDAD	HACINAMIENTO		
	< 3	3	> 3
HUACCOTO	11	2	5
TOROHUISCANA	14	2	5
CHOCCECCENUA	6	3	6
CCACCACHA	18	3	18
TOTAL	49	10	34

V. CONCLUSIONES

- a) En el presente informe laboral se demuestra r que con la implementación de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas - AISPED se logra ampliar el acceso a los servicios de salud y mejorar el estado de salud de la población, pues se observan impactos positivos que se encontró en los indicadores del acceso al control prenatal, acceso a la vacunación según calendario, control de Crecimiento y Desarrollo según calendario, y práctica de comportamiento saludables.

- b) Los problemas socio económico y cultural de la población se expresan en las condiciones inadecuadas de vivienda, escasos ingresos económicos basados en la agricultura de autoconsumo, difícil acceso geográfico a más de 3 horas del establecimiento de salud y el bajo nivel educativo.

VI. RECOMENDACIONES

- a) El impacto más importantes logrados fueron en el acceso al control prenatal, acceso a la vacunación, control de crecimiento y desarrollo, las práctica de comportamientos saludables; por lo tanto las intervenciones deben enfocar su actuación en dichos rubros de tal manera que se consolide la estrategia seguida, formalizándose en un modelo o caracterización de la intervención de la Estrategia AISPED; sin perder la lógica de estrategia integral de atención en salud a poblaciones excluidas y dispersas a través de la articulación y complementariedad con la oferta fija, para el logro del impacto en el acceso a los servicios de salud y el estado de salud de estas poblaciones.

- b) Fortalecer la oferta fija y las capacidad resolutive de los ámbitos con poblaciones excluidas y dispersas a través de implementación con equipos básicos de atención en salud. De igual manera la Estrategia de Atención Integral de Salud AISPED, debe articularse de manera efectiva con la oferta fija, a través de una planificación, ejecución y evaluación concertada con participación de instituciones y la misma comunidad; a fin de garantizar las intervenciones sanitarias de forma continua y sostenible.

- c) Teniendo Teniendo en cuenta las características socio económicas y culturales de las poblaciones excluidas y dispersas; las intervenciones sanitarias deben estar enfocadas en el respeto a la diversidad cultural, derecho y equidad de género. Asimismo debe regirse a través de principios de inclusión sanitaria, integralidad y calidad.

VII. REFERENCIALES

- Manuel, A. E. (2016). *Manual para la evaluación de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas*. Montevideo.
- Centro de Información y Recursos para el Desarrollo Paraguay 2002. Plan de Monitoreo y Evaluación Proyecto Health Decentralization and Community Participation – CIRD / USA.
- Cohen E; Martínez R. Manual de formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales. 2002.
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES. Lima 2017. Indicadores de Resultado Identificados en los Programas Estratégicos (2017).
- Guzmán M. Metodología de evaluación de impacto. Santiago de Chile: División de Control de Gestión; 2004.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- Maroni Consultores SAC. Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud. Lima 2007.
- Ministerio de Hacienda – Gobierno de Chile. Metodología de Evaluación de Impacto. Santiago de Chile 2007.
- Ministerio de Salud. N.T. N° 028 MINS/DGSP V.01. Norma Técnica de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 437 –

2005/MINSA

- Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas. NTS N° 081 – MINSA/DGSP V.01. Lima Perú. Año 2009
- Ministerio de Salud. Guía Técnica de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Resolución Ministerial N° 696-2006/MINSA

ANEXOS

ENCUESTA

ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD A POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS - AISPED

Entrevista al usuario AISPED

N° de Encuesta

Comunidad: EE.SS. al que pertenece:

Fecha (dd/mm/aa): Hora de la entrevista:

Buenos días/tardes, mi nombre es Y vengo para conversar un momento con usted sobre la atención de salud que recibe, contestando algunas preguntas nos ayudará a mejorar nuestros servicios de salud en estas zonas, esta actividad ya fue coordinada con su promotor o autoridad comunal:
Muchísimas gracias por su ayuda.

A. DATOS GENERALES

A1. El cargo del entrevistado es:

- Promotor.....

1

- Autoridad Comunal

2

- Ama de casa.....

3

- Comunero

4

- Otro

5

A2. El entrevistado es:

- Padre

1

- Madre

2

- Otro (especificar)

A3. Edad: ¿Cuántos años cumplidos tiene? años

A4. Quienes viven habitualmente y comparten sus comidas en este hogar.
Colocar relación de parentesco con el jefe del Hogar en el siguiente orden:

- a) Jefe de Hogar
- b) Cónyuge
- c) Hijos solteros, de mayor a menor
- d) Hijos Casados, con sus cónyuges e hijos
- e) Otros parientes (Hermanos, tíos, primos, etc)
- f) Personas no presentes pero que viven habitualmente (que esté de vacaciones estudiando en otra parte, etc)

N°	Relación de parentesco	Edad	Sexo
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

A5. Cuantos hijos vivos tiene?:

A6. Grado de instrucción del encuestado:
¿Cuál es el último nivel de estudios que aprobó?

- Ninguno.....

1	Años de Estudio
---	-----------------
- Primaria.....

2	
---	--
- Secundaria

3	
---	--
- Superior

4	
---	--

A7. Idioma:
¿Qué idioma o idiomas habla?

- Castellano y quechua.....

1

- Solo quechua.....

2

- Solo castellano.....

3

- Otro (Especifique)

A8. Religión:
¿Cuál es su religión?

- Católica

1

- Iglesia Adventista

2

- Pentecostes.....

3

- Israelita.....

4

- Testigos de Jehová.....

5

- Otro (Especifique)

A9. N° total de habitaciones (cuartos) de su casa:

A10. Cuenta con seguro de salud? SIS

1

C2. Usted considera que es necesario el cuidado de la salud?

SI
NO

1
2

Por qué?

C3. Qué hace usted cuando está enfermo?

Si la respuesta es que no acude al establecimiento de salud, preguntar:

¿Por qué no acude a un establecimiento de salud?

C4. El personal del establecimiento de salud (Oferta Fija) a donde pertenece, cada qué tiempo visita su comunidad?

SEMANAL
CADA DOS SEMANAS
MENSUAL
CADA DOS MESES
MAYOR DE DOS MESES
NUNCA

1
2
3
4
5
6

C6. ¿Qué sugerencias tiene para mejorar la atención en los establecimientos de salud (Oferta Fija)?

D. PERCEPCION SOBRE LOS ELITES O AISPED

D1. Sabe si su comunidad recibe la visita de los ELITES o AISPED?

D2. Usted ha sido atendido alguna vez por los ELITES o AISPED?

D3. Cuáles fue el motivo por las que se hizo atender por los ELITES o AISPED?

D4. Cómo lo trató el personal de ELITES o AISPED que lo atendió?

Muy bien
Bien
Regular
Mal
Muy mal

1
2
3
4
5

Porqué?

D5. Usted ha pagado por la atención recibida?

SI
NO

1
2

D6. Usted ha pagado por los medicamentos recibidos?

SI
NO

1
2

D7. Efectividad de las medicinas recibidas en los establecimientos de salud o AISPED?

La medicina que recibio lo sano
No lo sano y le dieron otra
no lo sano y no le dieron otra
no lo tomó

1
2
3
4

D8. Efectividad de la atención o tratamiento recibido: En general, la atención o tratamiento recibido:

Le sirvió para curarse
Le sirvió muy poco
No le sirvió

1
2
3

D9. Qué sugerencias tiene para mejorar la atención de los ELITES o AISPED?

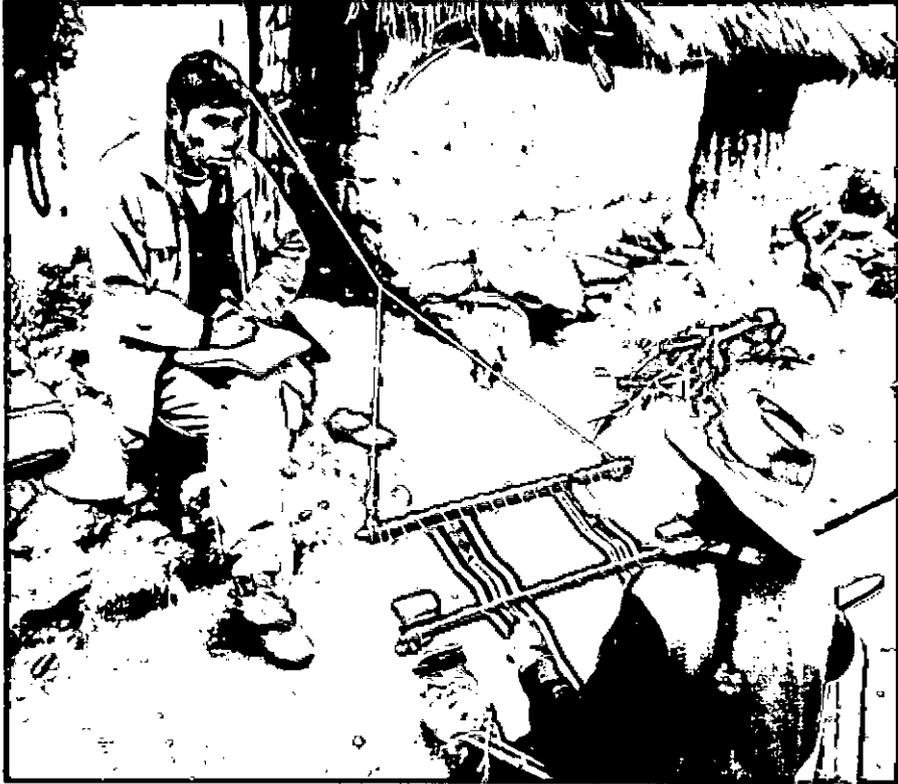
**CENSO EN LAS COMUNIDADES DE TOROHUICHCCANA,
CHOCCECCEÑUA, CHUCCHUMPI**



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

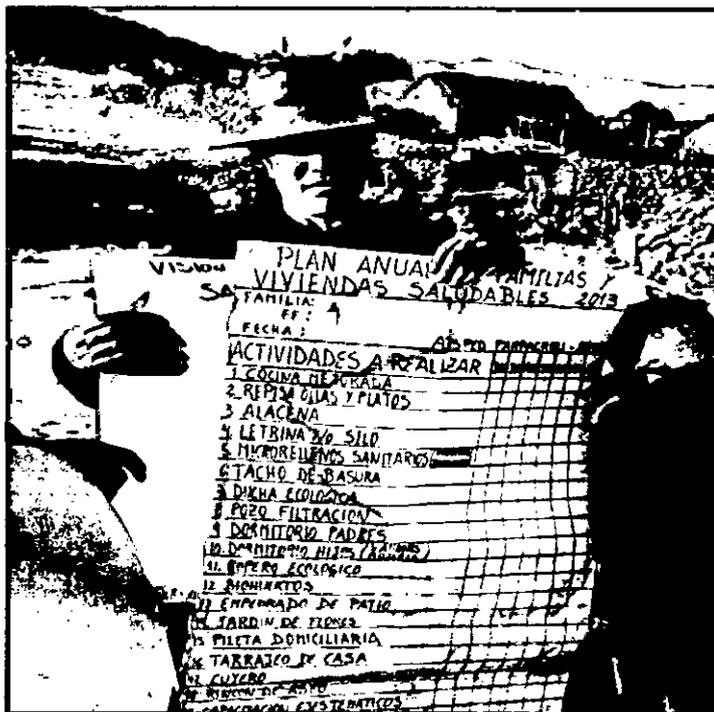


FUENTE: Elaboración Propia, 2017

ELABORACION PLAN ANUA COMUNAL



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LAS COMUNIDADES



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



Foto: <https://www.foto.com/imagenes/interior/interior-de-un-servicio-publico>



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017