

# AISPED

## CONTINUIDADES Y CAMBIOS

# LOGROS

- **MASPODIPA:** Fortaleció las capacidades de los recursos humanos para una atención integral culturalmente adecuada a las poblaciones dispersas. Por el lado de la población usuaria acceden a un servicio de salud que puede dedicarles más tiempo para la atención. Un efecto importante del proceso fue el empoderamiento de la población y la participación social que se logró.
- **PACD:** Dio inicio a la búsqueda de alternativas para actuar sobre los determinantes con acciones de promoción de la salud que involucran a la comunidad, instituciones educativas, gobiernos locales, familias, ACS, autoridades locales, los CODECO, entre otros. Uno de sus productos, de un lado fueron los planes y proyectos comunales que se elaboraron y que se negociaron en Ferias de Proyectos, y de otro, los concursos de comunidades. Se practicó una sana competencia entre los equipos AISPED.
- **ELITES:** El Acceso de la población dispersa a los servicios de salud es quizá su principal logro, lo que se refleja en la “buena” demanda para la atención y en el incremento de coberturas. Aumentan los partos institucionales, se pone en funcionamiento un sistema de referencia y contra referencia comunal que contribuye a la continuidad de la atención y se logra una mayor articulación entre la oferta móvil / oferta fija y la comunidad.
- **JAMES:** Generaron una buena demanda de la población por tratarse de una atención a la que la población nunca tuvo acceso.
- **EISES:** Reconocen como logro la implementación al 100% del MAIS y el fortalecimiento de la oferta fija.
- Como resultado de todos estos procesos que articulaban salud y promoción del desarrollo se empoderan las autoridades comunales, muchos presidentes de los CODECOS acceden a cargos públicos electos (Alcaldes y regidores) en los gobiernos locales. Los Promotores de salud han pasado a cumplir un rol más de promoción del desarrollo (se han fortalecido sus capacidades para eso) ahora muchos trabajan para CUNAMAS

## SISTEMATIZACION

- **Contribuir desde las experiencias de los equipos itinerantes de la oferta móvil a la elaboración de un programa de atención integral en salud a familias dispersas y alejadas**

# LA EXPERIENCIA

- **los cambios hasta donde da la información reflejarían más una adaptación casi espontánea al escenario institucional antes que una estrategia de continuidad en la política de atención a comunidades dispersas.**
- **Sin duda todas las experiencias han sido esfuerzos valiosos en sí, pero que no tuvieron un marco de política regional de atención integral de salud del cual formen parte lo que habría debilitado sus condiciones para la sostenibilidad**



EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD A POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS

## ACTIVIDADES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS - CEDAP



Alfonso E Nino G



EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD A POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS

## ACTIVIDADES EN COORDINACION CON MUNICIPIO DE PARAS

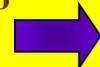


Alfonso E Nirro G



Alfonso E Nino G

Sra. Gualbertina  
30 años  
4 hijos  
Después de un año, se  
produjeron los  
siguientes cambios :  
-Ganancia de  
peso 2 Kg. promedio.  
-Hemoglobina de  
13 a 16 Hg. Promedio.  
-Mejora de su  
autoestima.  
-Contribuye con  
una alimentación y  
nutrición adecuada.  
-Pueden hacer  
gestos y sonreír con  
toda normalidad y sin  
taparse la  
boca con la mano



## Estandarización de la práctica



Alfonso E Nino G

## Articulación, coordinación

- No se cuenta con una relación orgánica con los diversos actores que trabajan con la población excluida y dispersa.
- Los programas sociales no se articulan a salud y viceversa.
- No hay complementariedad de trabajo con los gobiernos locales
- El proceso se ha perdido.
- El programa Juntos con el pago condicionado hizo que la población buscara relacionarse con los establecimientos de salud, cambiando la situación anterior que dio origen a la oferta con equipos itinerantes.
- No se prioriza la articulación interinstitucional.
- Falta de compromiso por parte de Gobiernos Locales.
- Débil involucramiento de actores sociales.

# Recursos Humanos

- **Dificultades para conseguir personal, especialmente médicos, por las difíciles condiciones para trabajar, eso genera mucha rotación de personal lo que debilita el servicio.**
- **El personal no cuenta con seguro de vida ni continuidad del contrato lo cual genera incertidumbre, desánimo y, en muchos casos, deserción.**
- **Personal capacitado no permanece en el nivel local.**
- **Faltan más recursos humanos. No hay personal suficiente.**
- **El personal nuevo no ha asumido la promoción de la salud. No entra en este proceso. Faltan pasantías.**
- **Alta rotación del personal de salud.**
- **Inexistencia de un Programa de Educación Permanente dirigida a AISPED.**
- **Falta de continuidad en los miembros del equipo AISPED.**
- **No existe una inducción y capacitación a los Equipos AISPED, por ejemplo para mejorar el manejo del idioma quechua, la religión y las costumbres de la población.**
- **Celos de parte del personal de la Oferta Fija (al parecer originados por las diferencias en las remuneraciones favorables a los equipos itinerantes en las experiencias iniciales).**



Alfonso E Nino G

# Planificación, evaluación y monitoreo

- La evaluación de la Oferta Móvil es igual al de la Oferta Fija, por producción, lo cual los obliga a una intervención más recuperativa. No resulta motivador hacer promoción porque eso requiere más tiempo.
- Según señalan algunos miembros de los AISPED no se puede medir la producción de la OM por que no tienen código. Registran las atenciones por personas.
- Además no todas sus actividades tienen código HIS ni SIS. Eso genera rechazos a la hora de la cobertura de la atención por el SIS.
- Falta de objetivos precisos, de metas, sólo se responde a la demanda.
- Dificultades para medir todas las actividades que realizan los equipos AISPED.
- Rutas sanitarias mal establecidas.

# Conceptuales, de enfoque

- El enfoque biomédico predominante en el Sector.
- Hegemonía del conocimiento científico sobre el conocimiento previo de la comunidad.
- Ausencia del enfoque de Promoción de la Salud.
- Muchos no apuntan a la promoción. Muy pocos (personal de salud) apuntan a la salud pública.
- Falta profundizar, comprender, asimilar la cultura de la comunidad intervenida.
- Escasa articulación de medicina científica y tradicional.
- 
- **Financiamiento**
- Descoordinación en el financiamiento: MINSA, PSBPT, Juntos, otros.
- NO CONTINUIDAD, PRESUPUESTOS DIFERENCIADOS POR UE

# Dificultades generales

- **Normativas**

- La norma técnica actual referida a AISPED ha sido rebasada.
- Se carece de orientación sobre la articulación del sistema de salud por lo que cada Región está enfrentando el tema de manera diferente.
- Predominancia y resistencia al cambio por parte de los Programas Verticales.

- **Administrativas y logísticas**

- Muchas limitaciones para prestar el servicio, no se llega a cubrir a toda la población y cuando se llega, no siempre es con la calidad deseada.
- Existen problemas con la programación y entrega de indumentaria a las brigadas y También con el abastecimiento de insumos y medicinas.
- La dependencia técnica, administrativa y presupuestal de los AISPED de las redes y no de la DIRESA ha debilitado la coherencia de la gestión y orientación regional de los AISPED.
- Deficiencias logísticas. Para los medicamentos hubo que coordinar con las redes.
- Los procesos administrativos no se adecuan a la Oferta Móvil.
- La programación presupuestal solo con una visión a la oferta fija y no a la oferta móvil.
- La logística no siempre respondió a las necesidades de los equipos móviles según lo opinado por los informantes.

## En el 2013:

- Se generó una competencia tensa entre la oferta fija y móvil y una duplicidad de atenciones.
- Se pierden recursos humanos por la renuncia continua de los profesionales por no tener sueldo diferenciado y trabajar en zonas de difícil acceso y con duras condiciones de vida
- Retiro de profesionales por la búsqueda de mejoras salariales lo que se añade a los cambios continuos en el personal de salud.
- Limitados recursos financieros y medicamentos.
- Falta de programación presupuestal para las AISPED y en casos no se ejecuta el presupuesto previsto.
- Trabajo no articulado con la oferta fija.
- En la actualidad no se cuenta con presupuesto para equipamiento y sueldos. Tampoco se cuenta con equipo completo.
- Perdida de interés de autoridades a esta estrategia
- Por el lado de la población una dificultad es el cambio continuo de autoridades locales



PERÚ

Ministerio  
de Salud



RED DE SALUD SANFRANCISCO

Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas – AISPED



Alfonso E Nino G

- ***“La politización, el clientelismo y el populismo han distorsionado cualquier tipo de intervención social del Estado y han fragmentado la oferta de servicios y generación de oportunidades, lo que agrava la inequidad y exclusión de los pobres”.***

• *Marcos Cueto.*

- Cueto Marcos, El regreso de las epidemias, IEP ediciones, Lima 2000



**Pobreza exclusión**



**indiferencia**





PERÚ

Ministerio  
de Salud

# PROGRAMA REGIONAL DE ATENCIÓN A FAMILIAS DE COMUNIDADES ALEJADAS

ALFONSO E NINO



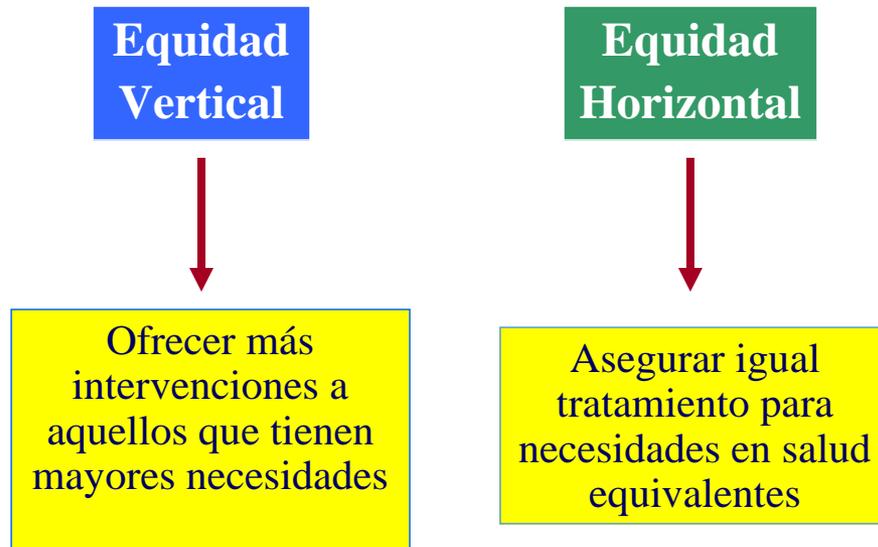
# PROPOSITO

- **El presente Programa de intervención se hace en este marco de reforma de salud y basado en la sistematización de la experiencia en el Gobierno Regional de Ayacucho en las últimas dos décadas y la realizada en el marco de la elaboración de este programa; tiene el propósito de convertirse en una propuesta concreta e innovadora para mejorar la vida de las familias que viven en zonas dispersas y alejadas**

# JUSTIFICACION

- 1. avanzar hacia un Sistema de Salud centrado en el ciudadano.**
- 2. cerrar las brechas de infraestructura, de recursos humanos y de gestión.**
- 3. En pleno siglo XXI un alto porcentaje de la población peruana que vive en zonas rurales de sierra y selva, con limitaciones en la comunicación y acceso que los limitan para contar con servicios básicos.**
- 4. Pobreza la Exclusión social, 505 comunidades,5000 familias**
- 5. Indicadores de salud negativos. DCI, anemia,salud materna**

## Salud y Equidad - Solo es posible en un contexto de salud como derecho



Chang, 2002



PERÚ

Ministerio  
de Salud

## EL DERECHO A LA SALUD...

...significa que los gobiernos deben **crear / mejorar las condiciones** para que todas las personas **vivan lo más saludable posible**.



vivienda educación  
asequible aceptable  
nutritivos adecuada atención  
alimentos calidad sanitaria  
trabajo oportuna  
seguro información



## BASE CONCEPTUAL

- *“El principal desafío que enfrenta la región al iniciarse el nuevo siglo es el de construir sociedades más equitativas” CEPAL, 2000*

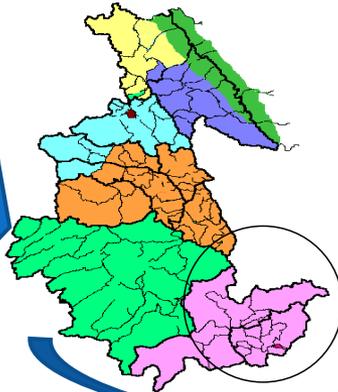
# BASE CONCEPTUAL

- **EQUIPOS ITINERANTES DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADAS (EISES)**
- El equipo móvil para atención especializada viene a ser un equipo de médicos especialistas y otros profesionales de la salud, que garantiza la provisión de un paquete de servicios de salud de mayor complejidad (capa compleja). Estará conformado por personal tanto del nivel nacional como el nivel Regional.
- **RED INTEGRADA DE CUIDADO DE LA SALUD**
- “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” .OPS, Redes integradas de salud 2009.

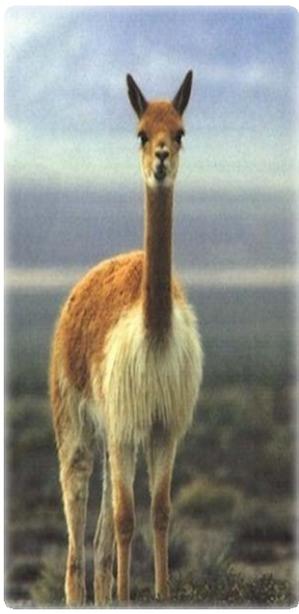
## MAPA DEL PERU



## DEPARTAMENTO DE AYACUCHO



## UBICACIÓN DEL AISPED CORACORA



Alfonso E Nino G

## MAPA DE COMUNIDADES DISPERSAS



# MANDATO DE LA SISTEMATIZACION

- Para que la atención en salud a familias que habitan en centros poblados dispersos y alejados tengan mejores posibilidades de superar dificultades como las de falta de continuidad / sostenibilidad, carencias presupuestarias y competencias no deseadas, entre otras, **debe formar parte de una política regional orientada hacia la atención Integral en salud que complemente la oferta fija y la oferta móvil.**
- Con el fin de **generar sinergias con los programas sociales y evitar que se compita por una misma población,** que no se superpongan acciones y se evite la contradicción en los enfoques que dificultan el trabajo de promoción de la salud es recomendable estrechar la coordinación con los responsables regionales y locales de implementar los diversos programas sociales.
- La experiencia muestra la importancia del **fortalecimiento de la articulación intersectorial, es necesario lograr el compromiso de los Gobiernos Locales para una intervención coordinada con la Gerencia de Desarrollo Municipal y de otros sectores** como los de educación, vivienda y agricultura, entre otros para abordar de manera integral la problemática sanitaria de las poblaciones que habitan en centros poblados dispersos y alejados.
- Línea de base

# MANDATO DE LA SISTEMATIZACION

- Es importante que la atención en centros poblados dispersos y alejados tenga un enfoque prioritario de prevención de la enfermedad y promoción de la salud teniendo como unidad de trabajo a la persona en el contexto de la familia y la comunidad.
- Trabajar con las familias, con sus prioridades (Plan Familiar) considerando además que las familias son más estables que las dirigencias comunales.
- Involucramiento de la población que necesita los servicios, en grupos organizados.
- Considerar tres momentos para la intervención sanitaria en comunidades dispersas, una etapa previa a la intervención o de preparación, la intervención en sí misma y el proceso posterior al proceso de intervención que implica una evaluación y realimentación permanente al proceso.
- La estrategia de intervención deben considerar: La extensión y fortalecimiento de la Oferta Fija, la atención en la comunidad a través de la Oferta Móvil, y el acceso a la tecnología de los pobres y excluidos.
- La intervención desde una perspectiva intercultural que respete las costumbres y creencias de la población, teniendo en cuenta la privacidad, el afecto y el respeto en

# OBJETIVO

- Proporcionar cuidados y atención permanente, sostenida de prevención de la enfermedad, atención en salud a las familias que viven en poblaciones geográficamente dispersas y de difícil acceso garantizando la resolutiveidad y la continuidad de la atención de acuerdo a sus necesidades hasta la solución de su problema con un enfoque de pertinencia intercultural y un abordaje multisectorial de los determinantes sociales de la salud (familia comunidad – con enfoque de derechos género) pertinencia intercultural

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

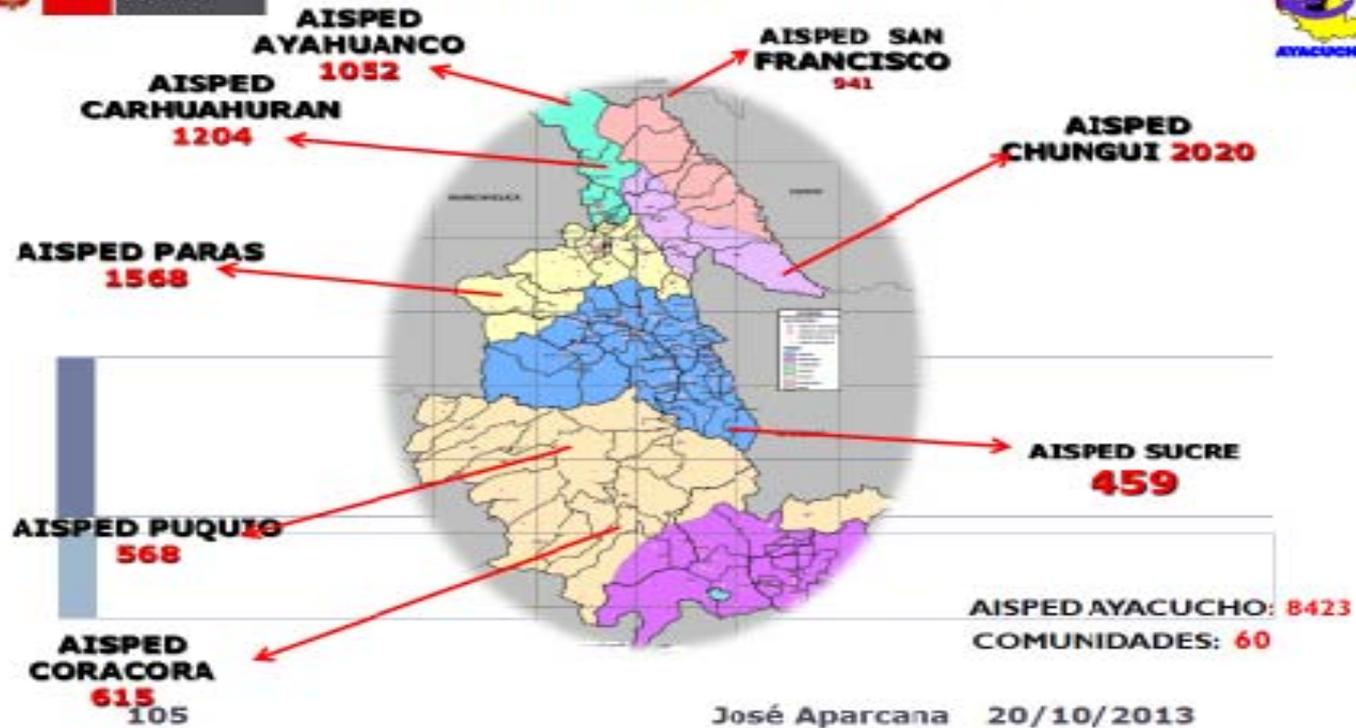
1. Garantizar que las familias que viven en poblaciones dispersas y alejadas en el territorio de la Región Ayacucho tengan acceso a una atención de salud equitativa, oportuna, continua y con calidad, contando con recursos humanos capacitados, con sensibilidad intercultural y respeto a la diversidad.
2. Ampliar la cobertura de atención a las comunidades sin acceso a servicios de salud y mejorar y fortalecer la capacidad resolutive de estos de establecimientos de manera que garantice el acceso a una atención de salud de calidad y de acuerdo al desarrollo tecnológico, disponiendo y aprovechando los medios y recursos que da la modernidad.
3. Promover la participación social multisectorial y ciudadana para el autocuidado de la salud individual al interior de la familia, basado en la prevención, control de riesgos y atención oportuna de enfermedades, además de promover y mejorar estilos de vida saludables en las personas, las familias y comunidades respetando su cultura e identidad.
4. Promover la articulación con los Gobiernos locales y con los programas sociales relacionados con la protección social que implementa el Estado a través del MIDIS buscando complementariedad y sinergias operativas que garantice resultados en inclusión y desarrollo social.

# METAS—5 AÑOS

1. Garantizar que el **80% de las familias** que viven en Centros poblados dispersos y alejados en el territorio de la Región Ayacucho tengan acceso a una atención de salud equitativa, oportuna, continua y con calidad.
2. Mejorar la capacidad de resolutive (mejora de infraestructura, equipamiento y recursos humanos suficientes y capacitados) **del 100% de establecimientos** de salud relacionados o responsables de las familias que viven en comunidades dispersas y articulando la atención en todos los niveles de atención necesarios.
3. **Promover la participación social y ciudadana en el 60%** de las comunidades involucradas en el programa, basado en la prevención, control de riesgos, promover y mejorar estilos de vida saludables en las personas, las familias y en la misma comunidad respetando su cultura e identidad.
4. Se han implementado o fortalecido por lo menos un espacio de concertación en cada distrito que abordan el problema de la atención a centros poblados alejados y dispersos.



### ZONAS DE INTERVENCION



# CARTERA DE SERVICIOS

- INDIVIDUAL
- POR ETAPA DE VIDA
- COLECTIVA DE SALUD PUBLICA
- PRESTACION Y PREVENCION
- CUIDADO FAMILIAR
- TRABAJO CON LA COMUNIDAD

# FINANCIAMIENTO

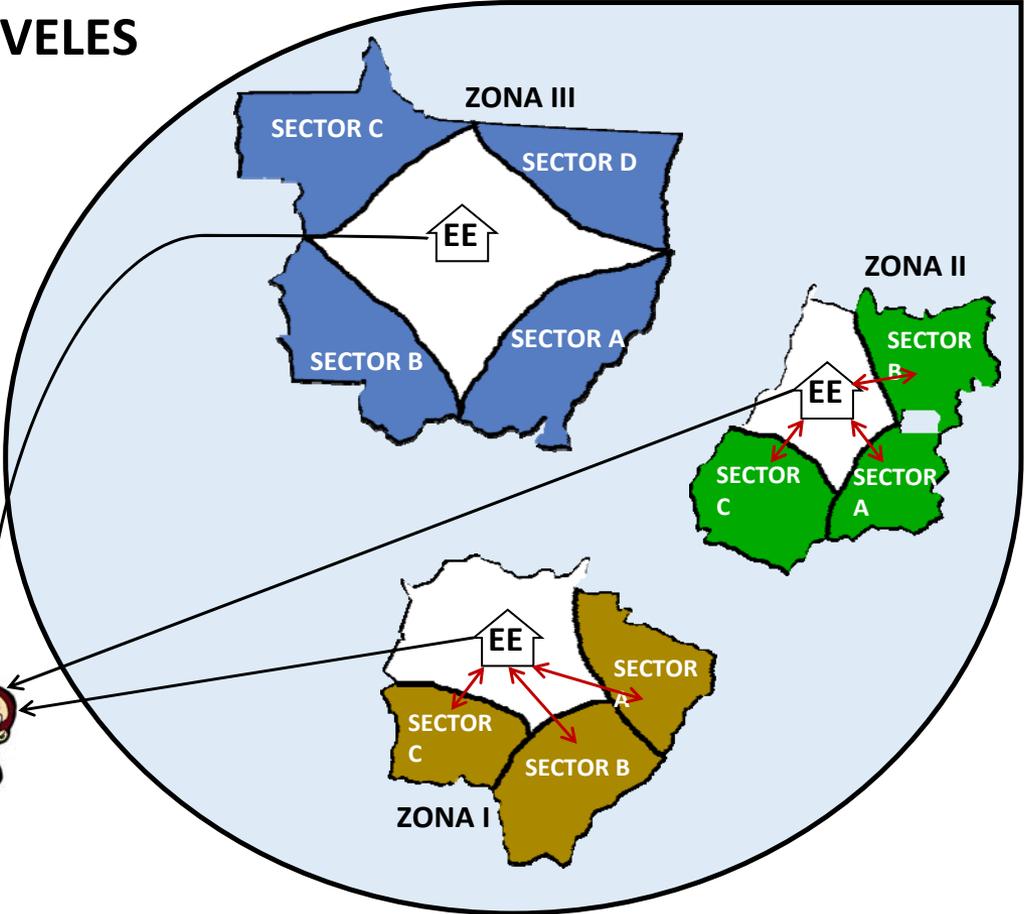
- CAPITADO ANTICIPADO
- DIFERENTE COSTO PERCAPITA
- UNA SOLA FUENTE
- INCENTIVOS PARA PERSONAS Y ESTABLECIMIENTOS, METAS RESULTADOS

## M&E

- **QUE MEDIR?**
- **RESOLUTIVIDAD**
- **PERSONAS SALUDABLES**
- **INCLUSION SANITARIA,ACCESO**
- **MEJORA DE LAS FAMILIAS,FAMILIAS SALUDABLES**
- **MEJORA DE LAS COMUNIDADES**
- **NO SOLO ATENCIONES Y COBERTURA**
- **Que permite la normatividad y la realidad?**



# ACCESO A TODOS LOS NIVELES



# RETOS

- RECONOCER
- DIFUNDIR CONSOLIDAR EL PROGRAMA
- POSICIONAR EN TODOS LOS NIVELS
- DECISION POLITICA
- ADECUARSE A LA REFORMA
- PROGRAMAR ,PRESUPUESTAR
- EXTENDERSE MANCOMUNIDAD de Los Andes
- EVALUARSE Y MEJORARSE

Alfonso E Nino G



# Mancomunidad de los Andes



## c) ACCIONES ESTRATÉGICAS DE DIMENSIÓN SOCIAL

- Seguridad Alimentaria
- Atención a la gestante e infante
- Mejoramiento de los servicios de salud
- Mejoramiento de logros de aprendizaje
- Declaratoria de emergencia de la educación
- Promoción de entornos saludables
- Mejoramiento de viviendas rurales



Alfonso E Nino G



## EQUIPO AISPED 2013



**« LUCHANDO POR LA INCLUSION  
SOCIAL !!**

www.aisped.org