



UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
ESCUELA DE POSTGRADO

TESIS

“PROPUESTA DE MODELO DE GESTION INTERCULTURAL PARA
MEJORAR LA ATENCION INTEGRAL DE SALUD BFC DE LOS
CENTROS DE SALUD I-3 DE LA PROVINCIA DE CONDORCANQUI
AMAZONAS 2016”

PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR
EN GESTIÓN PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD

AUTOR

MG. NORMA LENNY CRUZ VILCARROMERO.

ASESOR

DRA. ZULY CRISTINA MOLINA CARRASCO

LINEA DE INVESTIGACION

ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO

CHICLAYO – PERÚ

2017

PAGINA DEL JURADO

Dr. Felix Díaz Tamay
Presidente

Dra. Bertila Hernandez Fernandez
Secretario

Dra. Cristina Molina Carrasco
Vocal

DECLARACIÓN JURADA

Yo, **Norma LLenny Cruz Vilcarromero**, estudiante de la escuela académico profesional de Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad de la Escuela de Post grado de la Universidad César Vallejo, identificado con DNI N° 08595262, con la tesis titulada “**PROPUESTA DE MODELO DE GESTION INTERCULTURAL PARA MEJORAR LA ATENCION INTEGRAL DE SALUD BFC DE LOS CENTROS DE SALUD I-3 DE LA PROVINCIA DE CONDORCANQUI AMAZONAS 2016**”.

Declaro bajo juramento que:

1. La presente tesis es de mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis carece de plagio total o parcial.
3. La presente tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados; por tanto, los resultados que se presenten en la tesis constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que haya sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente en la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 25 de noviembre del 2017



NORMA LLENNY CRUZ VILCARROMERO

DNI N° 08595262

DEDICATORIA

A mis queridas hijas María Natividad y Noemy Nikolle, que con sus expresiones de ternura y solidaridad fueron el origen de mi superación, a pesar de quitarles un tiempo de estar al lado de ellas los fines de semana.

A mí querido esposo Nazario por su bello corazón y apoyo incondicional para superarme profesionalmente.

A mi mis padres que me dieron la vida y se esforzaron para darme mi profesión y a mis queridos hermanos que a pesar de estar distantes son la expresión del amor y la unión que mi madre nos encomendó.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Cristina Molina Carrasco, quien con su gran profesionalismo, agregando a ello el lado humano ha hecho posible que culmine este trabajo.

A la Dirección Regional de Salud Amazonas, por darme la oportunidad y el apoyo para poder desarrollar la investigación.

A mis compañeros de la DIRESA, de epidemiología, estadística y en especial a los profesionales de los EESS de Condorcanqui, que voluntariamente y con la sinceridad que los caracteriza, dieron a conocer desde sus experiencias de cómo es el desarrollo de sus labores cada día, de reconocer que hay muchos aspectos por mejorar en la atención en los servicios de salud así como de tantas cosas por conocer y valorar la riqueza ancestral de nuestros pueblos originarios.

PRESENTACION

Señores del Jurado.

El presente informe de investigación corresponde a la tesis intitulada: “Propuesta de Modelo de Gestión Intercultural para mejorar la Atención Integral BFC de los Centro de Salud I-3 de la Provincia de Condorcanqui Amazonas 2016” , con el objetivo de obtener el grado académico de doctor en Gestión Pública y Gobierno.

El trabajo de investigación es significativo pues tiene como objetivo, determinar la influencia del Modelo de Gestión Intercultural en la implementación de la Atención Integral de Salud BFC correspondiente al primer nivel de atención de Establecimientos de Salud I-3 de la provincia de Condorcanqui Amazonas 2016.

Del mismo modo, es la pretensión que al concluir el presente estudio y de acuerdo a las instrucciones establecidas en el reglamento para la preparación y sustentación de tesis en nuestra casa superior de estudios, pueda optar el grado académico de doctor en Gestión Pública y Gobierno.

Señores miembros del jurado espero su evaluación y que la misma merezca su aprobación.

La Autora.

ÍNDICE

PÁGINA DEL JURADO.....	ii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
PRESENTACIÓN.....	vi
ÍNDICE.....	vii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	xi
CAPITULO I.....	13
CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.1. Planteamiento del problema.....	14
1.2. Formulación del problema.....	27
1.3. Justificación.....	27
1.4. Limitaciones.....	30
1.5. Objetivos.....	31
1.5.1. General.....	31
1.5.2. Específicos.....	31
CAPITULO II.....	32
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	32
2.1. Antecedentes.....	33
2.2. Marco teórico.....	41
2.3. Marco conceptual.....	49
CAPITULO III.....	58
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	58
3.1. Tipo de estudio.....	59
3.2. Diseño de estudio.....	59
3.3. Hipótesis.....	60
3.4. Variables.....	60
3.4.1. Definición conceptual.....	61
3.4.2. Operacionalización.....	61

3.5. Población y muestra.....	65
3.6. Método de investigación.....	65
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	66
3.8. Métodos de análisis de datos.....	68
CAPITULO IV.....	72
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	72
4.1. Análisis de resultados.....	73
4.2. Discusión de resultados.....	79
4.3. Organización del modelo y fundamentación.....	80
CAPITULO V.....	97
CAPITULO V: CONCLUSIONES, SUGERENCIAS.....	97
Conclusiones.....	98
Sugerencias.....	98
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
ANEXOS.....	105
Fichas de Validación instrumentos.....	145
Fichas de Validación del modelo por expertor.....	151
Fotografías.....	160

RESUMEN

La presente investigación titulada “Propuesta de Modelo de Gestión Intercultural para mejorar la Atención Integral BFC de los Centro de Salud I-3 de la Provincia de Condorcanqui Amazonas 2016” tuvo como objetivo Proponer un Modelo de Gestión Intercultural para mejorar la atención integral de salud BFC de los Centros de Salud I-3 de la Provincia de Condorcanqui 2016, la investigación fue descriptiva prospectiva, porque parte de un diagnóstico para determinar el avance en la implementación de la AISBFC comúnmente conocido como MAIS en los E.S I-3, considerando al 100% de esta categoría, además porque estos establecimientos tienen equipo básico de salud, considerando además la recolección de información mediante el uso de un instrumento validado en campo por sus autores así como validado por expertos “ Herramienta para ,medir la implementación del MAIS BCF” . Para el análisis de datos se utilizó el reporteador de esta herramienta así como se hizo uso del software SPSS.

Los resultado obtenidos indican que los C.S. I-3 de la Provincia de Condorcanqui Departamento de Amazonas, se encuentran en avance por debajo del 40% considerando este porcentaje que aún la AIS BFC no está institucionalizado.

Asimismo, se concluye que con la aplicación de instrumento para evaluar la variable independiente donde se considera como dimensiones la política de interculturalidad en salud se ha podido determinar que los E.S. I-3 de la provincia de Condorcanqui en su consolidado global indica un 58.3% en etapa inicial y el 41.7% en proceso.

Finalmente, se recomienda que para implementar la propuesta de gestión en interculturalidad para el desarrollo del MAIS BFC, se debe considerar el fortalecimiento de capacidades del recurso humano en interculturalidad en salud, una meta que tanto la DIRESA Amazonas como la Red de Salud de Condorcanqui deba programar y garantizar su cumplimiento dentro del marco de presupuestos por resultados y .

Palabras clave: calidad, eficiencia y justicia.

ABSTRACT

The present research entitled "Proposal of a Model of Intercultural Management to improve Comprehensive Care BFC of the Health Center I-3 of the Province of Condorcanqui Amazonas 2016" aims to propose an Intercultural Management Model to improve comprehensive health care BFC Of the I-3 Health Centers of the Province of Condorcanqui, 2016, the investigation was descriptive prospective, because part of a diagnosis to determine the progress in the implementation of AISBF commonly known as MAIS in ES I-3, considering the 100% of this category level, considering that these establishments have basic health equipment, the data collection was done using a validated instrument in the field "Herrameinat to measure the implementation of the MAF BCF". SPSS software was used for data analysis.

The result is that the C.S. I-3 of the Province of Condorcanqui Department of Amazonas, are in progress below 40% considering that it is not yet institutionalized.

Likewise, it is concluded that With the application of an instrument where the policy of interculturality in health is considered as dimensions, it has been possible to determine that in the US I-3 of the province of Condorcanqui in its global consolidated is 58.3% in the initial stage and 41.7% in process.

Finally, it is recommended that in order to implement the intercultural management proposal for the implementation of the MAIS BFC, it is the strengthening of the capacities of the human resource in interculturality in health, a goal that both DIRESA Amazonas and the Condorcanqui Health Network must program and Ensure compliance within the results-based budgeting framework.

Key words: quality, efficiency and justice.

INTRODUCCION

El desarrollo de un país, no solo se ve reflejado en el crecimiento económico y la reducción de la pobreza; si no a través del tiempo en este mundo globalizado se va visibilizando otras situaciones que no fue valorado y que tanto desde fuera como desde los servicios públicos principalmente se pensaba como un obstáculo para el desarrollo y ahora se incorpora como parte del desarrollo humano además como el respeto a la diversidad, es el reconocimiento a la cultura, de cómo las personas viven, se comunican, sus concepciones sobre el mundo la vida y el bienestar (cosmovisión) que no se puede dejar de lado para cualquier intervención. A pesar que en los últimos años en nuestro país, se ha evidenciado avances legales en el componente de derechos de los pueblos indígenas como de los afrodescendientes; sin embargo, muchos indicadores sanitarios, nos reflejan su situación de vulnerabilidad y su exclusión, agregado a ello la existencia de una brecha de acceso a servicios básicos dentro de ellos a la salud.

La inequidad sanitaria es un tema que afecta a muchos países, en la que influyen los sistemas económicos y políticos, existiendo una distribución desigual del poder, de los bienes, ingresos y los servicios que finalmente afecta a las personas.

Se generan normas, propuestas de políticas, sin embargo muchas de ellas no se pueden implementar porque pensamos en un país homogéneo y este trabajo de investigación busca determinar algunas propuestas valorando nuestra diversidad cultural así como el de garantizar los derechos de nuestros pueblos originarios buscando dotar herramientas prácticas para la gestión de los servicios con pertinencia intercultural.

Por tanto esta investigación tiene por objetivo proponer un Modelo de Gestión Intercultural para mejorar la atención integral de salud BFC de los EESS categoría I-3 de la Provincia de Condorcanqui.

La estructura de la investigación está dividida en cinco capítulos, el primero se refiere al planteamiento el problema de investigación, el segundo capítulo se refiere al planteamiento del marco teórico, además en el III

capítulo se da a conocer del marco metodológico, en el IV capítulo, se presentan los resultados, seguidamente en el V capítulo se da a conocer las conclusiones y recomendaciones.

Al final del trabajo encontramos los anexos, instrumentos, la validación de expertos, fotos.

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En este capítulo describimos el problema de investigación, el mismo que nos permite determinar la realidad problemática a nivel internacional, nacional y regional, así como también se presenta la formulación del problema, la justificación teórica metodológica y práctica, los antecedentes relacionados al tema y los objetivos de la investigación.

1.1. Planteamiento del Problema.

1.1.1. A nivel internacional.

En relación a la Atención Integral se ha encontrado varios informes y estudios uno de ellos del país vecino de Chile en la cual nos da a conocer que el enfoque de la atención integral en su país se inició en los años de 1958 a 1973, con algunos pilotos, después de 15 años se amplió y fortalecieron principalmente con el incremento de recurso humano dando una jornadas de trabajo compartidas pero otorgando asignaciones especiales en sus remuneraciones al personal de salud, porque además colocaban a personal de dedicación exclusiva esta estrategia nos relata que ha sido muy efectiva porque sus coberturas de atenciones llegaban a ser óptimas.

Sus datos muestran en el primer año, 1967 sus atenciones en sus EESS alcanzó el 66,2% en los menores de dos años y un 40,5% de los de entre 2 y 5 años. Al cabo de 5 años, a mediados de 1971, la cobertura de los menores de 2 años alcanzaba a un 100,8% y la de los preescolares a un 95,9%. Teniendo en escolares la menor atención 75,8% . (Riveros, 2007, pág. 7)

La concentración de Controles de Salud en menores de 2 años, fue en incremento de 5,1 en 1968 y de 5,9 en 1971, representando el 48,7% del total de consultas médicas el primer año y el 53,1% en el último año. (Riveros, 2007)

Fue importante en esta experiencia la continuidad en la atención, de organizar la atención de la consulta, de seguir a los pacientes si tenían que ser hospitalizados e incluso el seguimiento cuando estos salían de alta.

La evaluación del primer nivel de atención, reflejan nudos críticos que atraviesan los servicios de salud, lo cual repercute en la satisfacción de los usuarios y por ende de la calidad de la atención así nos da a conocer (Bernal, 2004) desde Cuba un país pionero en la atención integral con enfoque familiar y comunitario, desde la aplicación por parte de expertos de una matriz de salud familiar que los ha sido útil para el análisis de la situación con enfoque familiar, ventajoso para la planificación de intervenciones en la Atención Primaria de la Salud (APS).

Esta matriz midió sus dimensiones configurativas de la salud relacionadas al grupo familiar en su evaluación, que puso énfasis en tener una evaluación integral a la familia en su vivienda y reveló así la validez del modelo en la atención primaria. (Bernal, 2004)

También se ha investigado en el marco del primer nivel de atención en Cuba (Pérez, 2009, pág. 87), como se caracteriza la organización a nivel de dirección jefatural en los EESS, porque si considera su política en que los problemas de salud deben ser resueltos en un 80% en este nivel entonces determinar si están funcionando bien o no.

Se evalúa a 11 directores de policlínicos que hacían un total de 335 personas, participando solo 301, en la cual pudieron determinar que las condiciones organizacionales del Sistema de jefatura no eran las mejores, recomendando diseñar un plan de preparación en dirección, considerando ciertos perfiles y de contar con equipo de dirección adecuado, su planificación incluyendo horarios no son adecuadas, más del 80% están solo dedicados a la administración, en tener horarios de atención nocturna e incluso los fines de semana, determinar estrategias que respondan a las necesidades de cada puesto de dirección que estaba afectando de alguna forma la prestación del servicio en el primer nivel.

De esto se concluye que se tiene que poner énfasis en dar solución porque la atención en salud es fundamental en su política de gobierno por

considerar un componente principal para mejorar la calidad de vida y el desarrollo de la sociedad. (Pérez, 2009)

En el Ecuador, también se presenta una investigación que identifica la satisfacción del usuario frente a la aplicación del MAIS a nivel familiar, comunitario e intercultural, evaluando el impacto que genera en el usuario este modelo relacionando a su calidad de vida, cuyo fin fue de aplicar nuevas estrategias para mejorar el acceso a la salud de manera equitativa, este estudio fue realizado por (Nuñez, 2014) fue descriptivo y retrospectivo realizado con 32 familias en la Parroquia San Fernando, sector Tambaló, Ambato en el Ecuador, en la cual mediante la aplicación de las fichas familiares se ha identificado los diferentes riesgos para la salud, pero al mismo tiempo se determinó que el nivel de satisfacción del usuario frente al MAIS fue negativo al referirse al trato proveedor usuario como a la carencia de medicamentos, con personal de menos de 3 años de tiempo de servicio teniendo que el 56% de familias no estaban satisfechas en la atención.

Tenemos también a México haciendo relación al comportamiento de la mortalidad en la población, refiriéndose como era el comportamiento desde 1930; refiriéndose que esta se mantenía en los totales, sin embargo, menciona que existe una diferencia mayor de riesgo de morir por ser indígena, cuando compara con la población general. Menciona que a pesar que en los años siguientes hubo una disminución de la mortalidad datos en 1995 refleja que la esperanza de vida al nacer se calculaba en 69.5 años para población indígena, mientras que para el resto de la población era de 73.7 años” (Secretaría de Salud, 2014, pág. 84).

Como se observa la cifra refleja una mortalidad a un nivel de mortalidad del 30% superior en población indígena, afectando a hombres (25%) y a mujeres (36%) (Secretaría de Salud, 2014, pág. 84).

1.1.2. A nivel nacional.

Es de conocimiento que en nuestro país ya se están sistematizando experiencias exitosas que se van dando dentro de los servicios de salud del MINSA principalmente en población urbano marginales, andinas, mas no hay información de experiencias en poblaciones amazónicas.

Uno de los informes encontrados esta la realizada por (Bustamente & Jurado Vega, 2010), evaluando a partir de una experiencia docente asistencial, a partir de la implementación en el distrito de Ventanilla del Centro Piloto de Medicina Familiar.

Esta evaluación las realizó analizando cada componente del Modelo de Atención Integral (MAIS) uno de ellos el componente de organización, provisión, gestión y financiamiento (Bustamente & Jurado Vega, 2010). Que ante un trabajo de médicos de planta más residentes médicos, la presencia de especialistas de Salud Familiar y demás profesionales de la salud han podido demostrar que el Modelo de Atención Integral puede tener grandes resultados cuando existe todo un trabajo en equipo.

Asimismo se menciona que al hacer la prevención primaria y secundaria, se mejora la accesibilidad, superando las barreras geográficas, estructurales, haciendo un trabajo de referencia para los servicios como de consejería en el cuidado de la salud en sus propios domicilios, canalizando con mayor eficiencia la atención curativa, rehabilitación, incorporando el apoyo espiritual, logrado esto con el médico residente de cada sector que garantiza la continuidad de la atención incluyendo el trabajo con los miembros de la familia. (Bustamente & Jurado Vega, 2010).

A ello se ve como han podido incorporar otros escenarios, como son los centros educativos, sus autoridades locales generando otros vínculos de responsabilidad para el cuidado de la salud.

Algunas investigaciones realizadas evalúan los sistemas de salud específicamente en establecimientos del primer nivel en la que sus

resultados refleja la organización, la gestión de los servicios, uno de ellos son los estudios realizados por (UNICEF, 2010).

Desde los estudios sobre “dimensión cuantitativa y de los cuidados de la salud del recién nacido realizado en el área amazónica (Amazonas y andina Apurímac), se llega a determinar cómo está la capacidad resolutive de los establecimientos de salud para atender las funciones obstétricas y neonatales de acuerdo a su categoría, tomadas en el estudio según el lugar de ocurrencia de la mortalidad.

Los resultados demuestran diferencias grandes por ejemplo mientras que en población andina se registra una cobertura de parto institucional del 71.6% los cuales atendidos en puestos de salud y por profesionales de la salud que del 2002 era un 72% para el 2007 se incrementó en 99.2%. En cambio en Condorcanqui Amazonas nos presenta que a pesar que se reporta el parto institucional solo fue del 29.8% en el 2007, esto lo sustenta que se debe a problemas en el acceso , distancias entre las comunidades al EESS, el precio del transporte, la escasa adecuación cultural del parto y por ende la falta de confianza en el sistema de salud, diferencias culturales, que provocan esta situación. (UNICEF, 2010)

También esta investigación hace ver que a pesar que la atención por profesional de salud se ha incrementado de 34.1% en el 2002 a un 65.1% para el 2007, sin embargo se hace mención que existe en casi la mitad de EESS técnicos de enfermería lo que se califique como un riesgo para no poder atender eficientemente cuando exista complicaciones especialmente con la salud de la madre y el recién nacido. (UNICEF, 2010)

Mediante un informe se ha podido encontrar también el avance que está teniendo la Red de Salud de Churcampa en el Departamento de Huancavelica, zona con los mayores índices de pobreza en el Perú, a

pesar de este escenario negativo se ha venido desarrollando un interesante trabajo a nivel comunitario, experiencia iniciada desde el 2012 en un territorio de aproximadamente 50,000 habitantes. (Churcampa, DIRESA Huancavelica, Medicusmundi, & Salud sin limites Perú, 2013)

La experiencia refiere que existió diferentes etapas una tras de otra para hacerlo desde un inicio participativa desde la conformación de un comité técnico impulsor, la educación permanente en salud y la participación comunitaria que han hecho posible mejorar sus indicadores sanitarios y dando a conocer sus principales logros alcanzados como:

El uso de la ficha familiar como herramienta de diagnóstico y seguimiento, las diversas funciones del personal para buscar la integralidad en la atención, la incorporación de actores e instituciones para atender con casa de esperas, sin embargo reconoce que una de las limitaciones ha sido la frecuente rotación del personal de salud.

En nuestro país dentro del contexto de la atención primaria (Bustamente M. A., 2008), evalúa también dando respuesta a las políticas de formación de los recursos humanos en el sector frente al Modelo de Atención Integral (MAIS), si se ve o no reflejado en oportunidades concretas para la especialidad, analizar que desafíos pueden ser impostergables para lograr orientar la atención primaria basado en la medicina familiar, analizando que no solamente se debe pensar en la formación de estos especialistas sino de contar los servicios adecuados que se busque su certificación, evaluaciones de desempeño, esto significa que estos modelos deben ser analizados en toda su magnitud. (Bustamente M. A., 2008).

(Instituto Suramericano de Gobierno en Salud , 2014), encuentro en el primer trimestre en nuestro país que de un total de 1274 EE.SS entre

puestos y centro de salud (16,8% de 7,590 E.S del primer nivel) reportaron al MINSA que estaban en proceso de implementación además de referir que contaban con un mínimo de un equipo básico de salud, es por ello que el MAIS BFC y que contaban con EBS y tenían registradas fichas familiares cerca de 144,409 correspondientes a áreas priorizadas por vulnerabilidad socio-económica a nivel de las regiones del Perú (MINSAA, 2013).

Concluye: existe un “ desafío relevante el lograr expandir la actual cobertura del MAIS BFC que se va dar con la presencia de equipos básicos de salud, para lo cual se debe de obtener un mayor financiamiento para la sostenibilidad” (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud , 2014, pág. 42).

1.1.3. A nivel regional.

En la segunda fase del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II, su objetivo general fue: extender el uso de servicios para la salud de la madre y el niño materno infantiles buscando disminuir la mortalidad de los niños y niñas menores de tres años, esta intervención se dio en las regiones más pobres del Perú: dentro de los cuales consideró a Amazonas, desarrollando un componente denominado el Fortalecimiento de la Demanda, cuyo propósito fue “desarrollar adecuadas prácticas para el cuidado a niños menores de tres años a nivel de la familia, la comunidad, también a favor de las madres gestantes, lactantes (EPPES) (MINSAA PARSALUD II, 2015).

La EPPES estuvo basado en cambios importantes en las políticas públicas que promueven la corresponsabilidad y la intersectorialidad en el cuidado de la salud infantil: i) el proceso de descentralización del país, que transfiere responsabilidades y recursos a los gobiernos locales para salud, ii) el desarrollo de la atención integral en salud, iii) los instrumentos de gestión presupuestal, Programas Estratégicos y el Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal (PI) y iv) la política social del estado relacionado a la primera infancia. (MINSAA PARSALUD II, 2015)

En este marco, la EPPES se llevó a cabo desde un enfoque territorial, considerando el distrito como unidad de intervención, con la finalidad de impulsar procesos de articulación institucional para el cuidado de la salud infantil, que en nuestra región se realizó en 12 distritos siendo los tres distritos de Condorcanqui considerados en esta experiencia (Nieva, Cenepa y Galilea). (MINSALUD II, 2015)

Dentro de los aspectos positivos fue, de poder haber llegado a presentar a las autoridades y actores locales los problemas de salud de su comunidad para que se inicie en programar acciones, determinando plazos y tiempos en la solución de la misma; sin embargo mientras existía la presencia del consultor visitando cada 2 meses el comité impulsor y el personal de salud avanzaban de a pocos en realizar algunas actividades, observándose que los distritos del sur del departamento habían avanzado más , de ahí que las recomendaciones al final de este informe realizado por (MINSALUD II, 2015) son igual o similares para nuestra data regional.

Y si lo relacionamos al abordaje que se hizo dentro de la Atención Integral fueron:

- La constante rotación del recurso humano como de los funcionarios de gobiernos locales restan continuidad a los procesos de implementación de planes, estrategias y programas, en general, con significativas pérdidas de capital humano (experiencia y capacitación) imposibles de recuperar.
- El ingreso de programas sociales o de ONGs que han remunerado el trabajo de los agentes comunitarios que participan en ellos, han generado expectativas económicas que debilitaron el trabajo voluntario.
- La gestión territorial en salud promovida por la EPPES para lograr la articulación local entre las instituciones debe ser complementada, desde las instancias intermedias (DIRESA y redes), con acciones de seguimiento y acompañamiento, generación de normas y racionalización de los recursos y oferta de los servicios, de acuerdo

a las necesidades y mapas sanitarios distritales, considerando al territorio como el organizador de las intervenciones.

- Promover una organización del trabajo en el establecimiento de salud que favorezca la adecuada distribución de responsabilidades con la participación de todo el personal realizando actividades de promoción de la salud. Si bien se requiere definir un responsable de la EPPES, con conocimiento y experiencia en promoción de la salud, esta tarea debe ser compartida y ejecutada como equipo, incluyendo la participación activa del jefe del establecimiento.

1.1.4. A nivel Local.

Dentro del sector salud en este caso a nivel de la Dirección de Salud Amazonas (DIRESA), mediante la normatividad emitida por el nivel nacional en nuestro país a través del Ministerio de Salud (MINSA), se ha venido implementando pilotos, considerando estos que tenga la presencia de por lo menos un equipo básico de salud, de ahí que se consideró trabajar en los EESS del nivel I-3 que corresponden a C.S. Para el año 2015 cada red de salud propuso la priorización de E.S para impulsar la implementación del MAIS BFC, en la que paralelamente se organizó la capacitación dirigida al equipo básico del primer nivel.

En reuniones nacionales de evaluación, se hizo mención al avance significativo que va teniendo en Amazonas el Centro de Salud cabecera de microred ubicada en la provincia de Bagua distrito de Copallin en población mestiza, de un trabajo de inicio de más de tres años está teniendo resultados los cuales se reflejan en sus indicadores sanitarios, y lo más importante es que todo el personal está involucrado y las autoridades locales brindan el apoyo respectivo, promoviendo que en su población existan familias saludables, convirtiéndose así para la DIRESA en un E.S modelo en la implementación del MAIS BFC.

Dentro del departamento de Amazonas existe población originaria ubicada en la provincia de Bagua distrito de Imaza y Aramango y en la

provincia de Condorcanqui en sus distritos de Nieva y Cenepa con población awuaju y en el distrito del Río Santiago con población wampis y son los datos estadísticos que refleja la vulnerabilidad en la población especialmente de las mujeres y de los niños.

Así por ejemplo (OPS/OMS, 2012) nos da a conocer en su Informe Técnico como están algunos datos relacionados a la atención en los servicios de salud con la madre y el niño una investigación realizadas en ambas provincias, en la cual los datos muestran que la entrega de suplementos de hierro durante la gestación alcanzó en la población no indígena el 89,5%, y en la población indígena el 82,3%, del mismo modo la proporción de niños nacidos en el establecimiento de salud (E.S) fue mucho más baja (13,8%) en población indígena en relación a poblaciones no indígenas (61,0%). En relación al parto institucional estas se presentaron en los E.S del MINSA atendidos por profesional de obstetricia ofreciendo el parto vertical al 56,5% de las madres de la población indígena y al 40% de la población no indígena (OPS/OMS, 2012).

También nos presentan como fue los controles CRED (Crecimiento y Desarrollo del niño) y fue el control antropométrico que se hizo mayor frecuencia que el psicomotor. El reporte del control antropométrico de los niños de la población indígena fue del 44,2% y el 61,4% fue de la población no indígena, esta menor cobertura se relaciono con la distancia a los E.S. (OPS/OMS, 2012)

Por otro lado en relación a la protección con vacunas en población menor de 12 meses fueron mayores en la población no indígena (88,4%) versus población indígena (73%). (OPS/OMS, 2012).

Complementando tenemos la evaluación de algunos indicadores al 2015 en la cual nos indican de cómo indicadores sanitarios más negativos están presentes en nuestras poblaciones originarias las cuales están dentro de un informe de la Situación Epidemiológica de Daños y Eventos de la Región Amazonas (AMAZONAS, 2016) donde se da a conocer por ejemplo

la situación del VIH/SIDA que desde los años 1990 al 2015 se han notificado 637 caso de VIH siendo 235 los casos de SIDA siendo la población entre los años de 15 a 24 años de edad es la más afectada, lo que significa que estos jóvenes lo hayan adquirido en la adolescencia y solo para el 2015 se han notificado con diagnóstico de VIH 186 casos y con estadio SIDA 07 casos dentro de los cuales 100 casos proceden de la provincia de Condorcanqui, seguido de Bagua 63 casos, seguido de Utcubamba de 10 casos, demostrando que la población más afectada es nuestra población originaria, es decir la mayor cantidad de casos a nivel del departamento; si nos referimos a un indicador que refleja el desarrollo, la inclusión, la calidad de los servicios, con la mejora al acceso es el indicador de mortalidad materna que para el año 2015 se notificaron 13 muertes maternas en la que el mayor porcentaje de muertes se presentó durante la gestación y el parto siendo el 40% por causa de hemorragia, el 21% por hipertensión, en la que además mediante las fichas de investigación se indicó que estas gestantes no fueron identificadas durante el embarazo es decir no tuvieron ningún contacto previo con los servicios de salud teniendo que el 38% fallecieron en su domicilio, y determinando su ubicación estas muertes más del 80% pertenecen a la zona norte del departamento, en los distritos de la provincia de Condorcanqui seguido de Imaza en Bagua. (AMAZONAS, 2016)

Asimismo este informe nos da a conocer de un indicador importante de protección a los niños como es las inmunizaciones en la cual se observa que en relación a la protección de niños en vacuna antipoliomelítica para el periodo setiembre 2014 al año 2015 el 19% (704) niños a nivel regional presentaron deserción en la vacuna OPV(Vacuna Antipoliomelítica Oral), concentrándose que un 63% (444) niños en la provincia de Condorcanqui no completaron su esquema de vacunación, es decir su protección de tres dosis. Igual riesgo está relacionado en la protección a niños en vacuna Antisarampionosa en la cual los distritos de Cenepa y Rio Santiago están en rojo, porque existe el 20.9% y 15.2% al 2015 de deserción

respectivamente y en relación a coberturas de protección a niños menores de 1 año en pentavalente (vacuna que protege a las enfermedades de (Difteria, Tos Ferina, Tétano, Influenza (b),Hepatitis(b)) en 76% en Nieva 63% Rio Santiago muy por debajo de lo óptimo que es al 100% existiendo una deserción promedio a nivel de la provincia de Condorcanqui en un 20%. (AMAZONAS, 2016)

Dentro de la estructura funcional de la DIRESA Amazonas, la provincia de Condorcanqui corresponde al ámbito de la Red de Salud Condorcanqui que tiene 03 distritos que en la actualidad tiene 62 Establecimientos de Salud (EESS) de los cuales 61 son del primer nivel de atención (C.S. y P.S) y 01 del segundo nivel de atención(Hospital). A ello es importante mencionar que en los últimos años los EESS se ha ido fortaleciendo con recurso humano sin embargo estos aún son deficientes, en la actualidad en el Primer Nivel de Atención se cuenta con 224 trabajadores dentro de los cuales el 91% es personal asistencial de ellos el 59% son técnicos de Enfermería y el 41% son Administrativo.(Of.RRHH DIRESA 2016)

Durante los últimos años esta red de salud es la que más recursos financieros ha recibido, asimismo siempre ha sido priorizada para que el personal reciba todas las capacitaciones que programaba la DIRESA; a pesar de ello, se presentan mucha rotación de personal, que dificulta que muchas estrategias que se desean realizar para mejorar los servicios no sean sostenibles en el tiempo.

Con Resolución Ministerial N°729-2003/MINSA se oficializo el documento técnico “La Salud Integral Compromisos de Todos- Modelo de Atención Integral de Salud” que dentro del marco de la descentralización, del aseguramiento universal, condiciona a que los EESS puedan tener competencias en gestión, organización, mejore su capacidad resolutive, realizando además la articulación con los sectores, instituciones y la misma comunidad que de acuerdo a la demandas de la población responda con eficacia, eficiencia, equidad y calidad en la atención en salud, emitiéndose

luego la Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA incorporando al modelo de atención BFC a implementarse en los EESS del Primer Nivel de Atención. (MINISTERIO DE SALUD, 2011).

Sin embargo desde el 2011 aún se observa y se identifican problemas en los servicios de salud , las cuales están relacionados con la implementación adecuada de ,os mismos, de concer cuales son funciones, para buscar la articulación con otros setores y la comunidad y esto se corrobora con los diferentes indicadores que esta red los presenta, trayendo consigo la desconfianza de la población.

Agregado a ello marcados en evidencia están los informes que corrobora algunos problemas en los EESS que realiza la Defensoría del Pueblo cumpliendo su dispocison constitucional de defensa de los derechos primordiales y de supervisión de los s3ervicios públicos, la administración pública que cada año emite informes dando a reconocer los hallazgos y recomendaciones en tema de salud en poblaciones amazónicas, es así que en su Informe Defensorial N°169 recomienda: “que se considere el enfoque intercultural en los servicios de salud” que textualmente indica:

Una de las mayores preocupaciones de los pueblos indígenas es la vulnerabilidad en la que se encuentran, y nos hacen conocer que nuestro sistema de salud no ha tenido en consideración algunas necesidades propias para el lugar, es decir se han repetido algunos esquemas de zonas urbanas, sugiriendo la adecuación especialmente en las poblaciones indígenas respetando las tradiciones culturales en salud. (Defensoria del Pueblo, 2015) (p, 129).

Ademas colocan en su informe que la atención no se da porque además existe falta de recursos públicos, que impide la prestación del servicio de manera integral e integrada generando asi la instalación de un sistema de salud no acorde,sin adecuaci'ón a la

perspectiva cultural de estas poblaciones (Defensoria del Pueblo, 2015).

De ahí desde los equipos técnicos de salud se desea encontrar estrategias que guíen en como disminuir las brechas de acceso a los servicios de salud y de como mejorar la calidad de atención que haga posible que la población acuda y ejerza su derecho a la atención sanitaria y mejorar

Entonces existe un gran reto de determinar la percepción desde los usuarios como desde los propios proveedores para determinar como evalúan la entrega de los servicios del primer nivel de atención en este caso en población awuajun wampis buscando promover la organización de los servicios de salud , colocando indicadores que nos conduzcan a fortalecer los servicios de salud dentro de un abordaje de interculturalidad.

1.2. Formulación del problema

¿En qué medida el Modelo de Gestión Intercultural mejorará la Calidad de Atención Integral de Salud BFC en los Centros de Salud I-3 de la provincia de Condorcanqui Amazonas?.

1.3. Justificación.

Para la justificación la presente investigación considera como elementos claves lo siguiente:

a) Científica.

Hasta el momento todos los trabajos de investigación realizados en la provincia de Condorcanqui han sido relacionados a analizar los problemas de salud en la población indígena que han significado un espacio de reflexión y de comprender más de cerca el significado de salud y enfermedad y como es cuidado de la salud en la cosmovisión de la población.

Sin embargo aún existe muchos vacíos dentro de los cuales podemos evaluar algunas normas políticas dentro de la estructura o sistema sanitarios que se plantean desde un solo modelo para todo el país, y

pensamos que esta evaluación del MAIS BFC en población originaria nos pueda avizorar nuevas estrategias orientadas a mejorar la atención en los establecimientos de salud del PNA.

b) Práctica.

Este estudio nos brindará información desde el lado biomédico, pero al mismo tiempo tendremos una evaluación desde el lado ancestral histórico y moderno de la salud para la etnia awujun wampis de nuestra región, que mediante este abordaje intercultural podamos entender en los diferentes niveles la posibilidad de comprender como lo político normativo se expresa en la vivencia de comunidades indígenas como de este mismo sentido llevado al plano de lo administrativo y de lo técnico, nos pueda dar orientaciones claras para la aplicación de las políticas, estrategias, planes y programas relacionadas con la salud de los pueblos indígenas.

Finalmente, lo que se busca es crear planes, acciones necesarias que se desarrollen en forma permanente, lo que permitirá una mejor articulación, acercamiento entre la población y los proveedores del servicio lo que traerá un reducción significativa de indicadores negativos de salud.

c) Metodológica.

Los métodos a utilizar en el presente estudio para lograr tener un análisis tendrá en cuenta el uso de técnicas e instrumentos que me proporcionen información de lo general a lo específico, como de lo específico a lo universal o particular para lograr tener mayor información en esta investigación.

d) Legal.

Porque se está considerando el respeto a sus leyes de los pueblos indígenas la misma contemplada en el Artículo 25 de la OIT en la que se contempla:

1. Se contempla que los diversos gobiernos deben promover que se ponga a disposición de los pueblos originarios adecuados servicios de

salud, pero asimismo se debe proveer a dichos pueblos los medios necesarios que les permita participar en la organización de los servicios de salud, que se tengan además responsabilidad pero al mismo tiempo puedan gozar del mayor nivel posible de salud física y mental.

2. También se solicita que los servicios de salud deberían organizarse, para realizar actividades a nivel comunitario. Pero lo importante es que el personal de salud de los establecimientos hagan partícipes desde la planificación y ejecución de los mismos en una estrecha relación con los diferentes actores de la comunidad. La entrega de los servicios deben por tanto planificarse y administrarse en colaboración con los pueblos originarios teniendo el mensaje de que se considere las condiciones sociales, culturales, económicas, geográficas, así como sus saberes en la prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. (OIT, 1989).

También se debe hacer mención que nuestro país respetuoso de los compromisos firmados, y uno es de la Declaración de la Naciones Unidas en la cual en su artículo 24 menciona:

1. El respeto a los pueblos indígenas al acceso a los servicios sin discriminación en relación a su medicina tradicionales en la cual se deba de promover parte de su identidad, con la conservación de sus plantas, animales y minerales
2. El derechos de las personas indígenas es tener un nivel más alto posible de salud física y mental. (Naciones Unidas, 2006).

Agregado a ello está nuestra Constitución Política del Estado en la cual fundamenta:

Artículo 2°.- Derechos fundamentales de la persona

1. El derecho esta presente desde el concebido, que es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece, es así que toda persona tiene

derecho a la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física buscando su bienestar y libre desarrollo.

19. El Estado reconoce y protege la identidad étnica y cultural. la pluralidad étnica y cultural de la Nación.

Artículo 9°.- La Política Nacional de Salud, nos da a conocer que el Poder Ejecutivo da las normas, asimismo supervisa su cumplimiento para que las personas tengan el acceso equitativo a los servicios de salud. (Constitución Política del Perú, 1993).

Completando además con el cumplimiento de la implementación de la Política Sectorial de Salud Intercultural, que fundamenta el respeto de la dignidad de toda persona, por su estado de ser humano sin mirar raza, genero, etnia, teniendo por tanto los mismos derechos universales.(MINSA, 2016).

Teniendo esta normatividad, sin embargo estas no se cumplen en su plenitud, por lo que en el presente proyecto se buscará que sus resultados puedan orientar a plasmar en cambios de políticas, para mejorar los sistemas de salud, a través de directivas, ordenanzas, actas de compromisos y otros que pudieran garantizar el cumplimiento de nuevas normas locales.

1.4. Limitaciones

Durante el desarrollo de la presente investigación existieron algunos inconvenientes principalmente para aplicar los instrumentos de medición cuando no se encuentran laborando en sus EESS el equipo básico completo de salud, en la cual el personal de salud están con trabajo de campo o están en sus días libres lo que dilata la recolección de los datos como se incrementa los gastos de desplazamiento del investigador, agregado a ello la disponibilidad de tiempo entre el estudio, el trabajo o los problemas de salud.

1.5. Objetivos.

1.5.1. General.

Proponer un Modelo de Gestión Intercultural para mejorar la atención integral de salud BFC de los Centros de Salud I-3 de la Provincia de Condorcanqui.

1.5.2. Específicos

- Diagnosticar la situación actual de la atención integral de salud BFC de los centros de salud I-3 de la provincia de Condorcanqui-Amazonas.
- Identificar y analizar los fundamentos teóricos que fundamentan la propuesta de modelo de gestión intercultural.
- Elaborar la propuesta del Modelo de Gestión Intercultural en la implementación de la Atención Integral de Salud BFC de los Centros de Salud I-3 de la provincia de Condorcanqui Amazonas.
- Validar la propuesta del Modelo de Gestión Intercultural usando la técnica DELPHI.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Dentro del ámbito para la Atención Integral de salud se han encontrado varios trabajos con información muy específica a una atención de una determinada enfermedad y población no solo en el primer nivel de atención sino también en el segundo nivel de atención.

Por otro lado relacionado a la interculturalidad en salud, se está encontrando más en investigaciones presentadas en artículos, que desde investigaciones formuladas desde una tesis, dentro de los cuales podemos destacar los siguientes:

2.1.1. A nivel internacional.

(Moret, 2006), evalúa el sistema de atención de pacientes con VIH/SIDA en los servicios ambulatorios, dirigido específicamente en el área de salud del Municipio 10 de Octubre, en la Habana Cuba, se evalúa no solo a los usuarios externos sino a los usuarios internos para determinar cómo se sienten trabajando en sus servicios, esta evaluación de bienestar de los proveedores de servicios se consiguió por medio de la aplicación de un cuestionario de preguntas encontrando que el 76% estaban satisfechos, fundamentando otros que se les dificultaba el trabajo en algún momento cuando existía carencia de materiales y por deficientes condiciones estructurales en las instituciones. De forma general en este trabajo se analizó el sistema de salud y lo mide desde 03 dimensiones como es de estructura, proceso y resultado, que al final utilizando en cada uno de ellos algunos criterios que concluye con los siguientes:

Que la atención de consulta externa brindada a pacientes de VIH/SIDA del municipio "10 de Octubre" durante el año 2006 fue calificada como de Mala Calidad, porque no se cumplió las tres dimensiones evaluadas. (Moret, 2006)

Una de las causas que califica la estructura de No Adecuada estaba relacionada al déficit de profesionales médicos y enfermeras para brindar atención a pacientes VHI en consultorios, así como de Programas de Prevención y Control del SIDA, de materiales y de recursos humanos, preparados para laborar en el Sistema de Atención Ambulatoria (SAA). (Moret, 2006).

(Masuet, 2010) mide la “Calidad de la Atención Médica Ambulatoria en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús de la Ciudad de Córdoba”, en la cual se observaron 381 casos; en la que los componentes mejor evaluados fueron dadas por los padres acompañantes de pacientes las cuales influyeron en su satisfacción una de ellas reconocida fue la competencia del médico que inspiró confianza por su buen trato.

Otras variables que fueron negativas en la satisfacción la señalización dentro del hospital, la limpieza de los sanitarios y su estado de aseo en general, lo que fueron indicadores válidos para evaluar la calidad de atención. Por tanto la satisfacción del paciente en una atención tiene la valoración de la calidad como de bondad en una atención, expresando así en “satisfacción” o “insatisfacción”.

De la misma manera el autor pone énfasis que los usuarios en general tienen poca información para comprender y evaluar la tecnología de la atención en los servicios médicos de manera que sus juicios en relación con estos aspectos pueden ser deficientes. (Masuet, 2010)

Es así que al evaluar programas que son modelos dirigidos al PNA como es el caso de Guatemala (Mack, Lucrecia María Fernández, 2003) en “Programas para la atención Integral en el primer nivel de atención en salud “ nos da a conocer en sus resultados de investigación el desarrollo de los programas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) analizándose tiene dificultades de coordinación entre sí, no existe integración entre los procesos de planificación, ejecución y

evaluación, y que existe más acciones curativas, por la concepción biomédica que tiene el personal de salud, en la cual las acciones de prevención y promoción quedan a un lado.

En la actualidad, también surge nuevas propuestas para evaluar los servicios de salud, que busca mediación /Coordinador intercultural propuesta desde su investigación (Martin, 2009) “La mediación Intercultural en el Sistema de Salud de Cataluña” donde se plantea la gran necesidad de analizar y posicionarse ante las nuevas tendencias, interpretaciones y modelos en los sistemas de salud, y plantea considerar nuevos escenarios que intentan captar nuevas miradas conceptuales y márgenes de actuación hacia dónde dirigir la mediación intercultural en salud orientadas principalmente para mejorar las prestaciones sanitarias.

Los resultados demuestran que la presencia de las mediadoras han facilitado la cooperación entre profesionales y usuarios como resultado de una mejora en la comunicación en el 91.9% entre los profesionales y usuarios así como se resolvieron situaciones de conflicto en un 77.6% un 82.3% de los profesionales manifiestan que en muchas ocasiones la calidad en la atención dispensada ha mejorado (p.373).

Refiriendo y complementando (Martinez, 2009) afirma en su investigación “El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural. Mediación intercultural en salud mental”, estudios de caso en Bélgica y España”. Que los esfuerzos para una mejora en el disfrute a la salud no se pueden reducir solo al acceso sanitario este tiene una relevancia principal. En este sentido revela de importante que en materia del acceso a los cuidados, las modalidades y configuraciones de la atención sanitaria biomédica, deba ser sensible, con el fin de no incurrir en reduccionismos excluyentes y poco operativos, a estas dimensiones en bio/psico/sociales, características, que están presente en la salud de las personas como presentes en los aspectos relativos a las culturas del terapeuta y del paciente, que con frecuencia adquieren un carácter

conflictivo manifestándose y visibilizándose en contradicciones de un sistema sanitario excesivamente rígoroso, enfrentando los profesionales dificultades en su relación permanente con los usuarios.

(Martinez, 2009) también determina que un logro importante de la mediación intercultural en los servicios de salud lo constituye la presencia de los mediadores porque faciliten el intercambio de información correcta y detallada entre el personal sanitario y los pacientes” (Martinez, 2009, pág. 242).

Este progreso en la comunicación implica, para el personal de salud la ampliación de su capacidad para identificar y distinguir entre distintos diagnósticos posibles (por ejemplo para hallar pistas que les permitan discernir si una continua sensación de malestar viene dada por problemas somáticos o psico/sociales)” (Martinez, 2009, pág. 246).

2.1.2. A nivel nacional.-

La mayoría de trabajos de investigación miden la calidad de los servicios de salud desde las encuestas que se realiza a los usuarios, mas no miden aspectos relacionados a los programas que se dan dentro del sistema de salud o hacen listas de chequeos, para evaluar la gestión desde las funciones que cumplen los funcionarios o los trabajadores de salud en un establecimiento del primer nivel de atención.

Sin embargo el tener investigaciones desde la evaluación de los usuarios nos brinda en parte de cómo están desde su percepción la prestación del servicio.

Encontramos así la medición de la percepción y expectativa en la calidad de atención de usuarios del C.S. Delicias de Villa Chorrillos, (Miranda, 2013) de 192 pacientes encuestados en el C.S. se determinó que el 55% de los usuarios encuestados estaban insatisfecho relacionados esta insatisfacción con la dimensión de la capacidad de respuesta que brinda el establecimiento, así como con los aspectos tangibles del mismo.

(Ramos, 2007), identifica las evaluaciones de los establecimientos de salud desde la percepción que tienen directivos desde las sedes regionales, hospitales como los C.S. del P.N.A, la misma que se ha realizado para medir al Modelo de Atención Integral mediante una comprensión holística y constructiva del modelo la misma realizada en la región Ica esta investigación fue realizada por en la cual nos da a conocer un resultado totalmente diferente para cada nivel de atención y se tiene diferente respuesta, por cada grupo en este caso que si solo vemos las respuestas a nivel de Centro de Salud, para ellos lo más importante que refieren al Modelo de Atención Integral (MAIS) es que identifica la falta del recurso humano y la mejora en la infraestructura, respuestas que indica del porque no se implementen bien el MAIS.

Algo complementario al evaluar la atención en los EESS, con un abordaje de intercultural se ha realizado en la provincia de Jaén en Cajamarca en el servicio de salud materna con usuarios del Seguro Integral, la misma que fue para evaluar todo el proceso de atención del parto en el Hospital General del distrito, (Corcuera, 2012), cuyo objetivo era identificar si en el proceso existente durante el parto existe o no una atención con enfoque de interculturalidad de pacientes del SIS, concluyendo que esta atención se esta dando sin pertinencia, porque la infraestructura, mobiliario, materiales y equipos, no estuvieron de acuerdo a la norma técnica del parto vertical que reconmienda la adecuación intercultural.

Asimismo, se halló que el personal de salud en su mayoría no se encuentra capacitado para la atención del parto con enfoque intercultural,

Por otro lado se descubrió que la información que manejan las gestantes respecto a sus derechos como beneficiarias del SIS son errónea no conocen claramente cuáles son los beneficios que otorga el SIS, generando por tanto la insatisfacción de las gestantes respecto a la atención recibida. (Corcuera, 2012)

Un trabajo importante fue realizado en tres regiones Amazonas, Cajamarca y Huánuco que con la finalidad de poder identificar un diagnóstico de prácticas saludables en el cuidado de la salud de los niños para que a partir de ello se pueda realizar toda una propuesta comunicacional como para mejorar las actividades preventivo promocionales que deben realizar los EESS del primer nivel de atención.

Este estudio etnográfico a cargo de (IIN-A.S. Kallpa, 2011) realizado por el consorcio Instituto de Investigación Nutricional (INN) y Asociación Kallpa, dentro de un proyecto “Implementación de un Modelo de Intervención participativa para mejorar la Nutrición Infantil” FONDAM, fue un resultado muy importante para toma de decisiones, porque nos da a conocer dentro de sus resultados como está la organización de los servicios, encontrando lo siguiente:

La relación del personal de salud con las autoridades comunales es variada entre las regiones y dentro de cada región. Algunas autoridades califican esta relación como lejana o casi inexistente, donde el personal de salud no llega a la comunidad en años, o aunque esté cerca físicamente no se da un intercambio entre ellos, ni de información.

“Aunque hay puesto de salud, creo que los de las postas ni siquiera nos dan información, nada, ni a las autoridades” (Chetilla)

“¿Ud. tiene algún tipo de acercamiento con el puesto de salud allá en Obas? Casi no. ¿Sabe si se coordina a nivel de las autoridades de la comunidad con el personal de salud de Obas? Eso tampoco. ¿No se coordina, no se trabaja en conjunto cuando ellos llegan? No, no hay coordinación...Entonces, ¿cómo es su relación con ellos? De distancia. ¿Ellos vienen a la comunidad, el personal de salud?

¿Vienen a la comunidad a hacer chequeos, a hacer algún tipo de trabajo? No, no (AC 4, Huánuco)”

Otros califican su situación de medianamente aceptable, una relación regular en la que se dan ciertas coordinaciones y apoyos. Pero se mantiene una crítica referida al poco trabajo con la población. (IIN-A.S. Kallpa, 2011).

2.1.3. A nivel regional.

En los últimos años se están desarrollando algunos trabajos de investigación buscando conocer específicamente desde el lado de los usuarios las percepciones, conductas, respuestas frente o en relación a una determinada enfermedad y/o mortalidad, dentro de los cuales se logra identificar además algunas características de la oferta es decir de los servicios de salud la cual se está principalmente desarrollando en la provincia de Condorcanqui.

(Medina Ibañez, 2009) con el propósito de determinar cómo las casas de espera ubicadas en la Amazonía en población indígena no seguían siendo fortalecidas más aún estas se deterioraban o terminaba dándose otro uso, cuyo objetivo era acercar a las gestantes para poder estar cerca de un EESS para evitar las complicaciones y la muerte para lo cual era estratégico contar con ellas, sin embargo es la investigación promovida por el MINSA, el resultado fue que desde su decisión en la construcción y la poca participación de la población se construyó pero nadie sabía quién se iba hacer cargo de su mantenimiento además las gestantes hacían uso en el momento del parto mas no veían como casa de espera cómo si era funcional en la sierra.

Esta información es importante porque la experiencia que pueden ser positivas en la sierra no siempre puedes ser igual en la selva y como algunas estrategias sanitarias o políticas que se dan en salud tienen que tener otro abordaje. (Medina Ibañez, 2009)

(Felix, 2015) en un trabajo de investigación en su primera fase realizado por el INS el 2015, "Evaluación de la Adherencia al TARGA en población Indígena de Awajun de la Red de Salud Condorcanqui Amazonas" cuyos resultados nos refiere que uno de los grandes problemas a que los pacientes no tengan el medicamento o su atención de evaluación periódica que deben de tener no lo haga por el principal problema económico, los lugares donde radican son muy distantes y los costos de traslado son altos, de ahí manifestaba el personal de salud encuestado que muchos no van porque no pueden ir solos e ir con un familiar los costos se incrementan, a ello manifiesta el personal de salud, de una alimentación inadecuada el medicamento que reciben les produce gastritis, produciendo abandono del tratamiento.

Esto hace generar una reflexión de pensar que cualquier intervención sanitaria en población originaria tenga que realizarse buscando acciones integrales para resolver los problemas sanitarios.

Si nos referimos al MAI BFC en nuestro lugar de estudio, no ha existido aun un informe técnico que nos dé a conocer su avance, solamente contamos con información de datos que se va registrando en el sistema HIS MIS de la DIRESA, cuyos reportes están relacionados a las visitas familiares que realiza el personal de salud, así como del número de actividades educativas, sesiones demostrativas que viene realizando el personal de salud indicando los escenarios y la cantidad de beneficiarios, la misma que aún no refleja algunos cambios significativos, se está diseñando algunas propuestas desde la elaboración de planes de mejora continua de la calidad relacionadas por ejemplo a mejorar el Control CRED en los niños, que se espera que sea integral para mejorar el acceso y en un mediano o corto tiempo se tenga resultados.

2.2. Marco Teorico.

En el presente estudio de investigación se tendrá en consideración las teorías según las variables que a continuación se detalla

2.2.1. Modelo de Gestión Intercultural

2.2.1.1. Teorías.

El enfoque intercultural en el sistema de salud , se realaciona a la transversalización del enfoque intercultural en todos los procesos, promoviendo la re-construcción del sistema, en este caso rekacionado a salud, de reconocer la diversidad en diferentes escenarios, como es, pacientes, conocimientos, formas de curar.

Para poder tratarlas siendo esta de carácter cultural, social no se puede dejar de analizar sin dejar de relacionarlo con la etica, epistemología, para determinar como se va tratar en los servicios de salud. Para esto, se propone introducir tres planos transversales, en la generación de las políticas de salud como en los procesos de atención” (Secretaria de Salud, 2014, pág. 47)

Plano ético: relacionado a formar personas preparadas para edificar sus diferentes identidades personales y colectivas, capaces de reconocer, aceptar otras identidades, de sentir solidaridad, (Secretaria de Salud, 2014).

Plano lingüístico: relacionado a brindar un servicio en la lengua materna, lenguas que conviven en el mismo espacio, las que corresponde encontrarse en equilibrio (Secretaria de Salud, 2014).

Plano epistemológico: es tener una visión holística del conocimiento, es construir el conocimiento desde otras lógicas del pensamiento y que podría equipararse, teniendo presente estas nuevas lógicas. (Secretaria de Salud, 2014).

Enfoque antropológico. Parte de la premisa que las relaciones entre culturas son siempre relaciones interculturales, en la cual la interculturalidad debe ser analizada desde una dimensión de la cultura.

Desde la dimensión social considerando las relaciones sociales que se presentan dentro de un contexto multicultural, en la que el análisis de la identidad evoca la historicidad de los distintivos que las mismas personas eligen, esta relacionado a ser reconocidos como pertenecientes a un grupo o comunidad, incorporando la noción de diferencia como de desigualdad. (Gomez & Guadalupe Hernández , 2010, pág. 20).

La cultura tiene una estrecha unión antropológica incuestionable, sus diferentes conceptualizaciones teóricas, metodológicas como derivaciones ideológicas son elementos fundamentales para comprender los actuales planteamientos sobre la diversidad, el multiculturalismo y la interculturalidad (Gomez & Guadalupe Hernández , 2010, pág. 3).

Quien estudia a la humanidad es la antropología de los pueblos antiguos y modernos, que analiza sus estilos de vida, que por su gran complejidad se relaciona a los distintos aspectos y dimensiones de la experiencia y el que hacer humano (Quico, 2014, pág. 11).

Ofrece una visión integral de la acción humana en una sociedad y a través del tiempo, considerando que esta historia no es una memoria colectiva es lo que la gente aprendió de los curas, maestros, autores de libros, televisión, (Quico, 2014).

Es por consiguiente darle la importancia a la antropología de considerar un análisis multidimensional, amplio, comparativo y global, en la que los fenómenos humanos no pueden y no deben ser estudiados de la misma manera en la que los científicos estudian los fenómenos naturales. (Quico, 2014, pág. 13).

Enfoque Social. Esta relacionado al estudio de la sociedad en un nivel muy alto de generalización, contemplación de la naturaleza , en la que la sociedad es un conjunto de seres humanos en interdependencia, pero que le interesa saber lo que ocurre cuando los hombres se reúnen, cuando forman grupos, masas, cuando se persuaden, luchan, se dominan unos a otros, o se imitan, desarrollan o destruyen la cultura. (Quico, 2014, pág. 16).

En esta relación social de grupos y en la naturaleza de los límites, surge la agenda de entender las variaciones y cambios culturales, el entorno actual de constante intercambio tanto del contexto social como de los propios individuos que se ven sometidos a proyectos culturales ajenos.

Actualmente nuestra sociedad se caracteriza por un constante movimiento de grupos y personas que llevan su idioma su lengua y su cultura a otras latitudes, esta situación que caracteriza al mundo actual, la debemos poner la debida atención para no pensar que en el sedentarismo es la clave de la continuidad, "[Barth, 1976].

Bajo este contexto no debemos estar dando opiniones en las cuales se piensa que las distancias geográficas condicionan a conservar la diversidad cultural. (Gomez & Guadalupe Hernández , 2010, pág. 11)

El enfoque igualitarista. Define a la salud como un derecho social y al mismo tiempo político cuyo pilar es la equidad y de la justicia sanitaria, así como el acto de solidaridad." (Girardo, 2012).

Enfatiza como un valor bueno en si mismo a la justicia sanitaria y destaca el desarrollo humano como el norte de la política pública. Este enfoque plantea eliminar desigualdades cuando esta primero el estado de salud de la población.

En este modelo político, ideológico, la inversión pública mejores resultados debería de lograr cuando exista la igualdad y la equidad en el acceso a los beneficios” (Girardo, 2012).

Interculturalidad desde el concepto Salud-Enfermedad. Es un proceso comprendido como un hecho universal, que se desarrolla de forma diferente y particular en cada cultura y en cada sociedad y. Todas las culturas han desarrollado, y vienen desarrollando modelos médicos, a partir de los cuales buscan entender y enfrentar a la enfermedad como lo relacionado a la recuperación de la salud” (Narvaez, 2012).

La antropología, basada en la investigación transcultural, ha sido una disciplina fundadora en el momento de estudiar y difundir términos que permitieron explicar la idea de enfermedad, bienestar, dolencia, de salud, , y muerte en las diversas culturas (Guerrero, 2004) .

La cosmovisión de los pueblos indígenas se basa en la relación armónica y holística de todos los elementos de la naturaleza, dentro de ella pertenece el ser humano , esta relación parte en el uso respetuoso de los recursos naturales que busca el bienestar de toda la comunidad., en la que la percepción es holística de atención a problemas de salud, no es curación del síntoma, si no de restauración del equilibrio con la naturaleza (Guerrero, 2004) .

2.2.2. Atención Integral de Salud BFC.

2.2.2.1. Teorías.

Concepción de Salud.

Es la definición que nos da la OMS, “estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad o disminución” ; definición evidentemente ideal, porque dicho estado de salud es imposible conseguirlo pensando en toda una población; sin embargo es una definición útil, pues sirve de horizonte para

desarrollar actividades sanitarias que atiendan siempre sobre estados parciales de salud física, psíquica o social (*Moragas, 1976*).

Enfoque de Salud Pública

La salud se fundamenta en el bienestar y la relación salud-vida, en la garantía de realización de potencialidades y en el acceso a oportunidades y recursos económicos y tecnológicos, que buscan la satisfacción de las necesidades. Más allá del debate jurídico de la salud como derecho fundamental o ligado a la dignidad humana y a la persona como fin en sí mismo, es o será insostenible sin un mínimo de salud (de situaciones salubres y de mejor oferta de los servicios (Giraldo, 2012).

De hecho considera tres niveles de acción y aplicación: mejorar las condiciones de salubridad y de los servicios de salud (de responsabilidad del estado); la garantía de derechos, no solo el derecho a la salud, sino también los derechos sociales en general (eficacia y oportunidad) ; y el acceso, la opción de hacer uso de los servicios (derecho a la atención en salud) (Giraldo, 2012) .

De acuerdo con Breilh (34), se puede concluir que los temas en salud pública deben referirse a una teoría de la necesidad; a los derechos humanos, a los normas y mecanismos de la seguridad humana; relacionados a las diversas formas de interpretar la calidad de vida y sus determinantes; a cuestiones étnicas, raciales, de género y sociales de inequidad y poder que deben estar en el corazón de una transformación del sistema de salud (Girardo, 2012).

Enfoque de Atención Primaria de Salud, según la Declaración de la Salud Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de setiembre de 1978 en la Conferencia Internacional sobre Cuidados Primarios establece:

“La salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, no simplemente la ausencia de enfermedad o mal es un derecho humano fundamental”.

Hablar de atención primaria de salud, incorpora además del sector salud, a todos los demás sectores porque existen aspectos que tienen que ver con el desarrollo nacional y comunitario, y que al mismo tiempo están en relación con la salud, por ejemplo la producción de alimentos, la agricultura, ganadería, industria, educación, vivienda, comunicaciones, obras públicas, entre otros; para lo cual tiene que preverse los cuidados esenciales para las personas; considerando tecnologías apropiadas y aceptadas socialmente; también de acuerdo a las necesidades se debe dirigir acciones a los principales problemas de salud de la comunidad, brindando servicios de protección, tratamiento y rehabilitación; además debe garantizar que todas las personas y familias de la comunidad accedan mediante su participación activa plena a un costo que el estado debe asumir .

El primer nivel representa el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema de salud, la cual debe acercar la atención lo más que se pueda al lugar donde viven las personas; es el primer componente de un proceso permanente de asistencia sanitaria, donde se “incluye, como mínimo, la educación, en lo que se refiere a problemas prevalentes de salud y a los métodos para su prevención y control, promoción de la distribución de alimentos y de una apropiada nutrición, previsión adecuada de agua de buena calidad y saneamiento básico, cuidados de salud materno-infantil e inclusive planificación familiar, inmunización contra las principales infecciones, prevención y control de males localmente endémicos, tratamiento apropiado de dolencias y lesiones comunes y suministro de medicamentos básicos”; por tanto debe posar en sistemas integrados de referencia que conlleven progresivamente a mejora la atención integral de salud para todos y todas, con prioridad a los más necesitados (Declaración Alma-Ata, 1978).

Teoría de la Atención integral ; parte del significado de promoción de la salud, que ha alcanzado su máximo desarrollo en Canadá,

Europa occidental y Estados Unidos y se viene enunciando desde casi principios de siglo, pero no fue hasta los años setenta en el marco de la salud pública que su teoría y práctica empezaron a ocupar un lugar importante. En este sentido ejercieron una influencia decisiva en la Declaración de Alma Ata (1978) (María T. C., 1996).

La Carta de Ottawa produjo en 1986 un cambio de dirección fundamental en el campo de la salud pública en América Latina y el Caribe, en muchos encuentros y documentos fueron creados a partir de ella, varios por iniciativa de la OPS, que resaltaron la importancia de la promoción de la salud la que llevo a ocupar un primer plano, conjuntamente con la atención primaria, consideradas como estrategias de salud pública de nuestra época. Desde entonces la mayoría de los países han reevaluado el alcance curativo de la medicina tradicional y han encaminado sus esfuerzos a desarrollar y fortalecer sus sistemas locales de salud (SILOS) fomentando la participación comunitaria en las actividades de la atención primaria (María T. C., 1996).

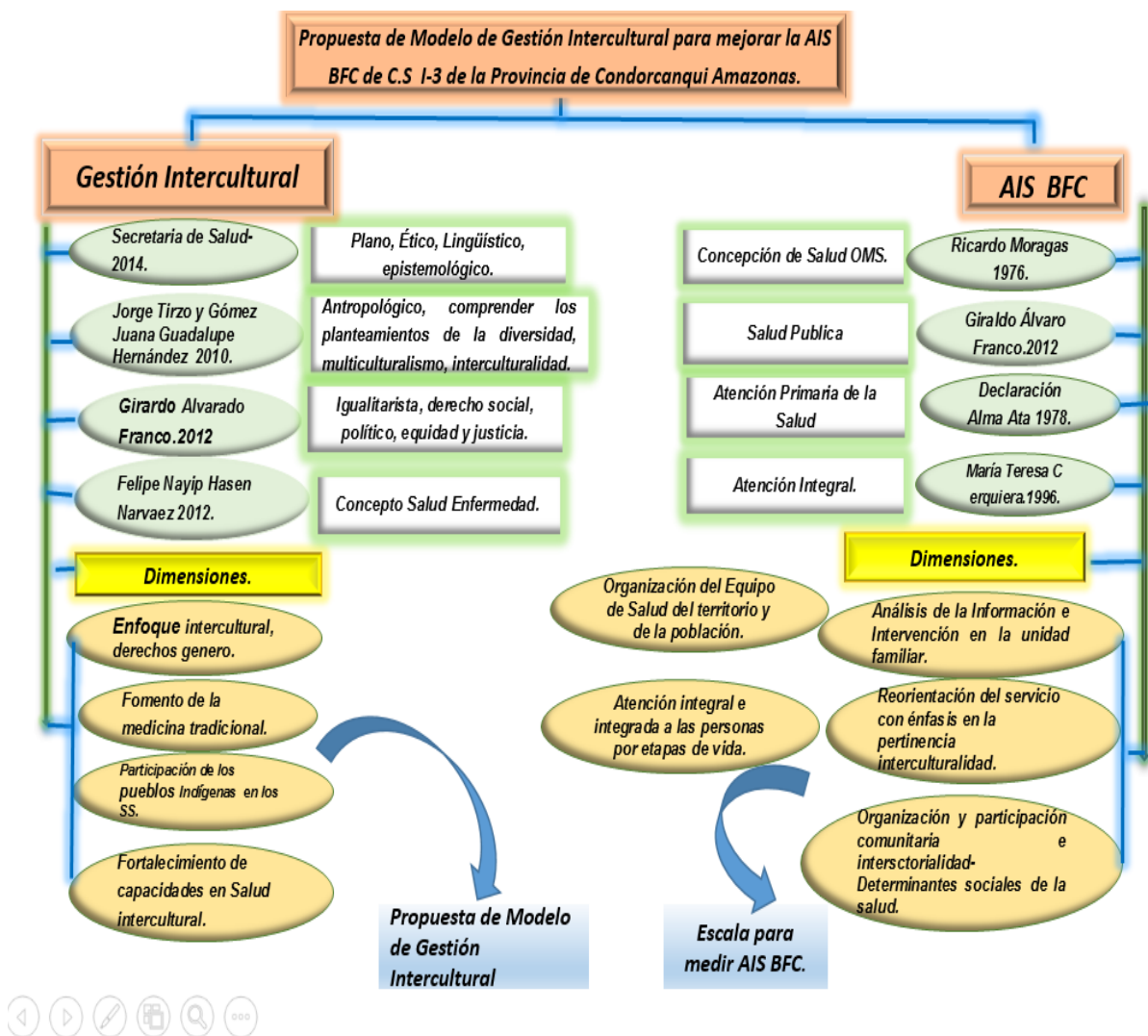
El sistema de salud al tener un mandato de acción que le otorga una teoría científica de la justicia con equidad debe ser el promotor de sociedades más justas que den importancia a valores morales, la equidad y la eficiencia social.

Por lo tanto, lo que se propone es un cambio total de paradigma de la salud, superando de un papel pasivo hacia un papel protagónico en la lucha contra la pobreza, la desigualdad, construyendo sociedades justas a través de la atención de los conocimientos acumulados.

Este nuevo paradigma basado en la equidad en salud se convierte en la responsabilidad del sector salud de identificar las inequidades y formular estrategias para reducirlas a través de sus propios recursos así como ejerciendo un liderazgo positivo en la promoción y aplicación de políticas públicas hacia la equidad y de iniciativa intersectorial que

se ocupen de favorecer la salud pública con equidad tomando conciencia de sus potencialidades como elemento de justicia (María P. J., 2000).

Síntesis Teórica Gráfica.



2.3. Marco Conceptual.

En el presente estudio se tendrá el marco conceptual acordes a variables en estudio que se detalle a continuación.

Gestión. Proceso orientado a administrar o también a hacer diligencia para conseguir algo ; el cual puede ser un producto, un bien o un servicio. (MINSA, 2011, pág. 20).

Cultura. La cultura puede ser ilustrada de diversas maneras, no obstante que se agrupan en dos grandes definiciones. Por un lado, hace referencia al modo de vida de una comunidad, sostenido en las cosmovisiones, creencias, costumbres, símbolos y prácticas que se han acumulado en la estructuran de la vida de una comunidad. Por otro lado, cultura también se refiere a un conjunto de prácticas y objetos, a expresiones artísticas u obras de arte o en general, que han obtenido valor simbólico y material. La cultura desde la primera definición se traduce en un indicador de una forma de vida, vale decir, se refiere a las prácticas cotidianas que se han consolidado en las personas. Desde una segunda definición, son culturales también las practicas como objetos que son producto de la creatividad humana y que han concedido sentido con imágenes, sonidos y significados en la vida personal como colectiva. (INS MINSA, 2014).

Interculturalidad. Se refiere a la interacción entre culturas, que se debe de dar de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, concibiendo que ningún grupo cultural esté por encima del otro, beneficiando en todo momento la integración y convivencia armónica de ambas partes. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y a la ganancia mutua; sin embargo no es un proceso libre de conflictos, estos se resuelven mediante la escucha mutua, el respeto, el diálogo, la sinergia y la concertación (Secretaria de Salud, 2014).

La Cosmovisión. Es el modo de ver o interpretar el mundo, comprende el sentido o el entendimiento que cada cultura tiene en relación a la vida y de

las cosas que la rodea. En relación a salud conocer la cosmovisión es importante para:

- Conseguir el establecimiento de relaciones interculturales deseadas.
- Dar sentido y comprender las prácticas y actitudes que componen la medicina tradicional y popular.
- El entendimiento de la cosmovisión admite valorar y atender mejor la medicina tradicional y popular (INS MINSA, 2014).

Salud Intercultural. Es el proceso de articulación de diferentes enfoques conceptuales de la atención de la salud existentes en un determinado lugar o espacio social, la que se brinda de una forma horizontal y respetuosa entre ellos, establecida en el intercambio y discusión de ideas, habilidades y experiencias (INS MINSA, 2014).

Tiene objetivo de establecer estrategias de atención conjunta para abordar la enfermedad y la salud dentro del fundamento del derecho a la vida y la salud. Implica por tanto reducir las barreras culturales existentes para la atención de la salud:

- De entender como el sistema oficial de atención de salud y la población conciben la salud, la enfermedad y la vida, los tratamientos y formas de prevención, entre otros.
- El análisis del acceso a la salud debido a normas como a valores culturales de la población.
- La manera de informar sobre los síntomas, o aceptar tratamientos, entre otros.
- Diferencias presentes en el idioma como del conocimiento.

Lo que se busca es que no se prive a dichas poblaciones al derecho a acceder a la información y al conocimiento del progreso científico actual así como de favorecerse de prácticas en especial si se trata de recobrar la salud o de salvar la vida. A si determina que la relación intercultural se consolide en una relación sin discriminación, que en ninguna de las partes exista relaciones de poder o coerción.

Por tanto la salud intercultural busca para las partes en entender, explicar, consensuar y actuar pero respetando nunca imponiendo (INS MINSA, 2014).

Medicina Tradicional. Es el conjunto de enfoques, prácticas, conocimientos, diversas creencias sanitarias que incorporan medicinas basadas en plantas, minerales y/o animales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o combinadas para mantener el bienestar, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

Además, se debe tener presente que la medicina tradicional une elementos del ritual y de la cosmovisión propia, los cuales operan en forma integral, tomando diversas dimensiones de la vida en el continuo proceso de salud - enfermedad (INS MINSA, 2014).

La medicina tradicional implica un conjunto de elementos o disposiciones que conforman cierta manera de concebir la salud y enfermedad, organizar su cuidado y desarrollar criterios de legitimación y reconocimiento de sus procedimientos, conocimientos y agentes, asociadas a las culturas ancestrales implica:

- Explicar la salud y la enfermedad desde formas particulares.
- Reconocer la existencia de repertorios, agentes de salud y recursos terapéuticos propios.
- Reconocimiento de otros conocimientos, agentes de salud, procedimientos y determinados itinerarios terapéuticos.

Los conocimientos tradicionales en general se transmiten de generación en generación a través de procesos complicados, cuya transmisión es de carácter esencialmente oral. Su reconocimiento es evaluado a través de elementos que la misma comunidad instituye. (INS MINSA, 2014).

Diálogo Intercultural. Es un proceso comunicacional de intercambio abierto y respetuoso de acuerdos, opiniones entre personas y grupos con diferentes orígenes étnicos, costumbres, religiones y lenguas, en un ánimo

de búsqueda de entendimiento y respeto mutuo. Son elementos indispensables la libertad y la capacidad para expresarse, pero también la buena voluntad de escuchar las opiniones de los demás. El diálogo intercultural ayuda a la integración social, económica, cultural, y política, así como a la unión de sociedades culturalmente diversas. Promueve cumplir objetivos comunes, además de crear una comprensión de las diversas prácticas y visiones del mundo; reforzar la colaboración y la participación permitiendo que las personas se desarrollen, de practicar la tolerancia como del respeto el respeto a los demás (INS MINSA, 2014).

Diálogo Intercultural en Salud (DIS). Es una metodología que busca facilitar la articulación y el acuerdo entre representantes del sistema de salud occidental o biomédico con la medicina tradicional o popular admitiendo un aprendizaje mutuo, principalmente con los pueblos indígenas. También busca desarrollar formas de participación culturalmente pertinentes, como de facilitar el análisis de los determinantes socioculturales de la salud (INS MINSA, 2014).

Este diálogo está basado en valores y principios de derechos, solidaridad equidad, respeto a la diversidad cultural. Para la construcción del diálogo intercultural se debe mantener una interacción respetuosa, que permita lograr el entendimiento y la comprensión de la manera de decir, pensar y hacer de los interlocutores. Para ello se requerirá atender principalmente los siguientes aspectos:

- Respeto, a todos porque cada uno puede provenir de un entorno cultural diferente.
- Actitud, para aprender de uno y otro entorno a su cultura.
- Amplitud de pensamiento y buena voluntad para no imponer nuestras creencias o ideas sobre los demás.
- Disposición para quitarse de prejuicios, para lograr un mejor entendimiento de la vida y del mundo (cosmovisión).

Género en Salud. Es un elemento de las relaciones sociales, establecidas en las diferencias sexuales y una forma primaria de relaciones significativas de poder. Distingue cuatro elementos principales del género: los conceptos normativos y/o doctrinas, los símbolos y mitos, las instituciones y organizaciones sociales (como el sistema de parentesco y la familia) y la identidad grupal e individual. Por tanto el género estructura la percepción y la organización concreta y simbólica de toda la vida social, tanto de hombres como de las mujeres (MINSA, 2006).

Derechos en salud. La búsqueda de equidad en salud implica reducir las desventajas sociales o sus efectos sobre la salud especialmente entre los grupos mas desprotegidos, es decir desfavorecidos desde el punto de vista social, económico o político. Que demanda prestar atención especial a dichos grupos, de ahí que las leyes internacionales de derechos humanos reconocen las medidas de acción positiva para asegurar la igualdad fidedigna en la práctica, para que todas las personas puedan ejercer en igualdad de condiciones su derecho a la salud y tener las mismas posibilidades de una vida saludable, reforzando el principio de equidad (MINSA, 2006).

Ejes de la política intercultural en salud. Están referidas a la Política Sectorial de Salud Intercultural aprobado con D.S N° 016-2016-SA, la cual se estructura en base a cuatro (4) ejes elementales, respecto de los cuales se establecen las líneas de acción de la política orientados a alcanzar el bienestar general de la población, las que serán consideradas en esta investigación como las dimensiones a medir.

Enfoques: intercultural, derechos, género. Se relaciona a garantizar el derecho a la salud desde los enfoque de interculturalidad, de derechos, de género e inclusión social en la prestación de los servicios de salud para los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos, así como para la población afroperuana.

Fomento de la medicina tradicional. Se refiere a fomentar la articulación de la medicina convencional con la medicina tradicional.

Fortalecer capacidades de los recursos humanos.

Relacionado específicamente a mejorar las capacidades en salud intercultural.

Participación de los pueblos indígenas. Busca fortalecer la identidad cultural y la participación de los pueblos indígenas u originarios, andinos, amazónicos o afroperuana en los servicios de salud.

La Atención Primaria de la Salud. Surge a partir de la conferencia internacional de Atención Primaria de la Salud ALMA.ATA del 06 al 12 de setiembre 1978 en la cual se instituyó a la Atención Primaria de la Salud como la mejor estrategia de desarrollo para alcanzar mejores niveles de salud, orientado al logro de una meta de "Salud para todos en el año 2000" puntualizando para los servicios de salud como el primer nivel de contacto de los los individuos, la familia y la comunidad, acercando los servicios de salud lo mas cerca posible hasta donde las personas viven, constituyendo así el primer elemento de un proceso continuo de atención a la salud.

Planteandose: "Forma parte integral del sistema de salud del país y del desarrollo social y económico de la comunidad, la atención esencial de salud basada en métodos prácticos, científicamente comprobados y socialmente aceptables, de contar con la tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias en la comunidad a través de su participación activa y a un costo que la comunidad y el país pueden mantener... (Organización Panamericana de la Salud. , 2007).

Asimismo lo promovido por la Organización Panamericana de la Salud en el marco de la AP renovada afirma que es importante:

"La transformación de los sistemas de salud, de modo que puedan hacer de la AP su fundamento... reajustando los servicios de salud hacia la promoción y la prevención..., de la integración de los servicios de salud pública y la atención personal, del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades, y de la creación de un marco Institucional que incentive la mejoría de la

calidad de los servicios” (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

El primer nivel de atención. Es determinado como la puerta de entrada al sistema de salud, tiene una estructura de recursos disponibles conforme a su nivel de categorización de establecimiento y desarrolla capacidad de gestión local y financiera así como la organización para las prestaciones de salud con calidad, eficiencia y equidad de acuerdo a las demandas y necesidades de salud de la población.

Tipos de establecimientos del primer nivel de atención. El Primer Nivel de Atención, comprende establecimientos con categoría de I-1 al I-4, estructuralmente organizados en redes, que atienden el 70-80% de la demanda del sistema. Aquí la severidad de los problemas de salud plantean una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y con menor especialización y tecnificación de sus recursos: En este nivel se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes. (MINSA, 2010).

Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.

En 1946, la carta de constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió salud como "... el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." Esta definición de carácter holístico consideraba que había buena salud solo si todas las necesidades fundamentales de las personas estuviesen cubiertas: las afectivas, nutricionales, sanitarias, sociales y culturales. Ello se complementa con el modelo conceptual de salud-enfermedad denominado "triada ecológica de la salud" que dominó durante gran parte del siglo XX y según el cual la salud era el resultado del equilibrio entre el agente, el huésped y el medio ambiente", Este patrón explicaba por

qué se enferma una persona, en términos de la combinación de diversas condiciones, muchas de ellas previsibles (MINISTERIO DE SALUD, 2011).

Ejes de intervención del MAIS-BFC. Son 2 ejes (Eje de atención de las necesidades y eje de los determinantes sociales de la salud) las que se implementan en la práctica a través de cuatro componentes que tienen como actores las instancias de gobierno de los niveles nacional, regional y local: las instancias de gestión de las organizaciones prestadoras de servicios de salud; los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos y los actores de la sociedad civil (MINISTERIO DE SALUD, 2011).

Principios y Valores de la Atención Integral de Salud. Los principios de la Atención Integral se basan en la Integralidad, universalidad al acceso, equidad, calidad, corresponsabilidad, equidad, solidaridad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, participación, promoción de la ciudadanía, y descentralización (SALUD, 2011).

Configuración de la Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS- BFC). Está relacionado a las diferentes intervenciones de atención de salud en función a paquetes de acciones dirigidas a las personas, la familia y la comunidad, donde se establece que sus necesidades de salud pueden ser sentidas o no, las cuales deben ser atendidas por el equipo básico de salud mediante los llamados paquetes de atención integral. (MINISTERIO DE SALUD, 2011, pág. 38)

Las dimensiones de abordaje son la dimensión del sector (representado por la gestión de programas, planes y políticas a cargo de los niveles nacional, regional y local) y la dimensión operativa (representada por los establecimientos de salud, las dependencias públicas y privadas así como dependencias de las organizaciones sociales) (MINISTERIO DE SALUD, 2011, pág. 38).

Componentes del MAIS. Los componentes del MAIS que hacen viable la operatividad y desarrollo del mismo son los siguientes: Organización,

Financiamiento, Provisión, Gestión, no existe fórmula única para lograr implementar y/o mantener el Modelo de Atención Integral. Su logro dependerá de la disposición política como de la capacidad de gestión nacional, regional y local en relación a los componentes ya mencionados (MINISTERIO DE SALUD, 2011).

CAPITULO III.
MARCO METODOLOGICO

Este capítulo, describe la metodología, el tipo de estudio, así como los instrumentos de recojo de información, los mismos que fueron validados a través de juicio de expertos mediante el índice de validez de contenido (IVC) planteado por Lawshe (1975) y para determinar la confiabilidad del instrumento se realizó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.

3.1. Tipo de estudio

Se trata de una investigación descriptiva propositiva, el cual busca realizar un estudio de tipo teórico, práctico, debido a que se planteara una propuesta que permita solucionar los problemas de una atención en salud que tenga criterios mínimos de calidad en la atención agregado a ello la pertinencia intercultural enmarcados en la reforma del sector.

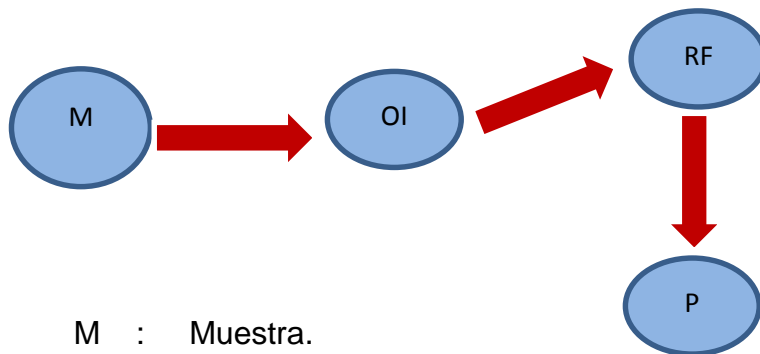
3.2. Diseño de estudio

El presente estudio está enmarcado en un enfoque cuantitativo, que corresponde a un tipo de investigación Transversal – No experimental. , que permite hacer un análisis profundo y propone un modelo permitirá solucionar la problemática de una atención con los criterios de calidad y pertinencia intercultural en la población usuaria de los usuarios de la jurisdicción de los establecimientos de salud I-3 de la provincia de Condorcanqui.

Para ello se realizara un diagnóstico preciso de las necesidades, el análisis en el marco de la normatividad del sector, los procesos explicativos o generadores involucrados y las predisposiciones futuras, es decir contando como base en los resultados del proceso investigador.

La propuesta está cimentada en un proceso sistemático de indagación que requiere de la comparación, la descripción, análisis, la explicación, el estudio predictivo que permitirá identificar tendencias futuras, posibilidades y limitaciones.

Se utilizará el siguiente diseño:



M : Muestra.
OI : Observación Inicial.
RT : Revisión Teórica.
P : Propuesta.

3.3. Hipótesis.

Si, se aplica el Modelo de Gestión Intercultural de manera pertinente y con criterios de calidad **ENTONCES** se mejorará la Atención Integral de Salud BFC de los Centros de Salud I-3 de la provincia de Condorcanqui Amazonas.

3.4. Variables

3.4.1. Definición Conceptual según variables:

3.4.1.1. Variable Independiente :

Modelo Gestión Intercultural.- Significa que se debe incorporar en los servicios de salud la adecuación cultural y la comunicación intercultural, como sustento del proceso de atención primaria en una población multiétnica.

Que facilite la interacción entre sistema médico y tradicional, en la que se establezca la comunicación intercultural, como sustento del proceso de atención a la población. (Almeida Vera & Almeida Vera , 2014).

3.4.1.2. Variable dependiente:

Atención Integral de Salud BFC.- Un sistema basado en un enfoque biopsicosocial, organizado mediante practicas, las cuales se brinda a la población sana y enferma, en la que se icorpora con especial énfasis la prevención y promoción de la salud y la participación comunitaria. (MINISTERIO DE SALUD, 2011).

3.4.2. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
VI: Gestión Intercultural	Incorporar en los servicios de salud la adecuación cultural y la comunicación intercultural, como sustento del proceso de atención primaria en un población multiétnica	Lograr desarrollar un modelo de prestación de servicios de salud que incluya las dimensiones de acceso físico (pertinencia cultural, sistema de referencia y contra referencia), Financiamiento y conectividad.	Enfoques: intercultural, derechos, género	Nº de informes de trabajos realizados en interculturalidad derecho y género.	Instrumento para medir la interculturalidad en los servicios de salud
			Fomento de la medicina tradicional	Nº de pacientes atendidos con medicina tradicional.	
			Fortalecimiento de capacidades en salud intercultural.	Nº de personal de salud capacitado y con competencias.	
			Participación en los servicios de salud de los pueblos indígenas	Nº de actas donde se evidencia la participación.	
VD: Atención Integral de Salud BFC	Un sistema basado en un enfoque biopsicosocial, organizado mediante practicas, las cuales se brinda a la población sana y enferma, en la que se incorpora con especial énfasis la prevención y promoción de la salud y la participación comunitaria.	Lograr ,medir el avance en el fortalecimiento del primer nivel de atención de los E.S. I-3 considerando 05 dimensiones.	Organización del equipo de salud del territorio y de la población.	<ul style="list-style-type: none"> - Acta de la última sesión EPS. - Libro de actas de las reuniones EPS. - Mapa de sectorización publicado en el EESS y en la comunidad. - Ficha familiar llenada correctamente. - SISFAC instalada en una PC exclusiva y muchas fichas familiares ingresadas. - Reporte de base de datos de respaldo y de consolidación. - Carpetas familiares organizadas en admisión. - Viviendas identificadas con rótulos y UBIGEO. 	Herramienta para medir el avance de la implementación de la AIS BFC.
			Análisis de la Información en la intervención de la Unidad Familiar.	<ul style="list-style-type: none"> - Archivo digital de reportes generados y reporte PAIFAM en carpeta familiar. - Información de familias y comunidades en sala situacional del EE.SS y si es posible en el municipio. - PAIFAM implementado en las familias. - PAIFAM con seguimiento y monitoreo - SyM. - Visión y plan de salud en las familias. - PSF con seguimiento y monitoreo – SyM - Historial en SISFAC. - Factores protectores logrados. Ficha familiar en el SISFAC. - Factores protectores logrados. Foto PSF sección de SyM. 	

			<p>Organización y participación comunitaria e intersectorialidad para el abordaje de determinantes sociales de la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Registro a ACS y las capacitaciones a dichos ACS. - Actas de conformación de CONDECOS. - Visión, diagnóstico y plan de trabajo de cada CONDECO. - Resolución de alcaldía y RUOS del CONDECO. - Plan de trabajo de CONDECO evaluado. - Acta de reunión con el CONEI. - Diagnóstico del CONEI. - Plan de trabajo del CONEI en base a 5 componentes de la matriz de desarrollo sostenible. - Plan de trabajo del CONEI evaluado. - Ordenanza municipal de constitución del CMS. - Diagnóstico y Plan de trabajo del CMS. - Actas de revisión, evaluación y/o mejora de la ejecución del PdT anual del CMS. % de avances. 	
			<p>Reorientación del servicios de salud con énfasis en la pertinencia intercultural.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cartel, tablero o mural del Establecimiento de Salud. - Cartera de servicios ubicado en el exterior del EESS. - Flujograma de la atención individual, familiar y comunitaria ubicado en el interior del EESS. - Foto de cada uno de los ambientes (interno) donde se brinda PAIS por etapa de vida. - Correcta identificación de cada uno de los ambientes (en su exterior) donde se brinda AIS por EdV. - Asientos con pellejos o mantas y equipos de audio y video con documentales de la zona. - Sala situacional con todo lo señalado e información de no más de un mes de antigüedad. - Archivo Excel del POA del EESS. - Registro de prestaciones o intervenciones por perfil profesional. - Programación mensual; contrastar lo programado y ejecutado. - Registro de ACS en el directorio del EESS. - Libro de actas o EPS. - Registro de plantas publicado en el EESS. - Parcela con plantas medicinales en el EESS. - Potes o sobres con plantas medicinales deshidratadas en el EESS. - De tres HCL tomadas al azar al menos una tiene la prescripción de plantas. - Registro de TT en el directorio del EESS. 	

				<ul style="list-style-type: none"> - Registro de síndromes culturales en EESS. - De tres HCL tomadas al azar al menos una tiene el registro de síndromes culturales. - Testimonio del personal de salud sobre trabajo articulado con TT. - Registro de atención de síndromes culturales. - Registro de personas alojadas en casa materna (I-3 y I-4). - Ambiente físico de la sala de parto implementado y código 080 en el HIS (I-3 y I-4). - Archivo del plan y/o proyecto de mejora continua de calidad, y registro de las mejoras implementadas. - Registros de referencias y contrareferencias coherentes entre el EESS y/o los ACS, los CONDECOS y los TT. 	
			Atención integral e integrada a las personas por etapas de vida.	<ul style="list-style-type: none"> - De tres carpetas familiares con niños/as, tomadas al azar, al menos dos tienen la HCL y Plan de atención integral de salud correctamente llenados. - De tres carpetas familiares con adolescentes, tomadas al azar, al menos dos tienen la HCL y Plan de atención integral de salud correctamente llenados. - De tres carpetas familiares con jóvenes, tomadas al azar, al menos dos tienen la HCL y Plan de atención integral de salud correctamente llenados. - De tres carpetas familiares con adulto mayor, tomadas al azar, al menos dos tienen la HCL y Plan de atención integral de salud correctamente llenados. - De tres carpetas familiares con adulto mayor, tomadas al azar, al menos dos tienen la HCL y Plan de atención integral de salud correctamente llenados. - De tres carpetas familiares con gestantes, tomadas al azar, al menos dos tienen la HCL y Plan de atención integral de salud correctamente llenados. 	

3.1. Población y Muestra

La población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Selltiz, Jahoda, Deutsch, & Cook, 1976). (Hernández, 2006), dice: Una vez que se ha definido cuál será la unidad de análisis, se procede a delimitar la población que va ser estudiada y sobre la cual se pretende generalizar los resultados.(p.169)

La población en esta investigación está formada por los cuatros centros de salud I-3 de la provincia de Condorcanqui, representando al 100% de los Establecimientos de Salud I-3. Considerando la participación del equipo básico de salud conformado por (Medico, Obstetra, Enfermero, Técnico), lo que nos representa un total de 12 personal asistencial entrevistados.

3.2. Método de Investigación

Los métodos a utilizar en el presente trabajo de investigación son los siguientes:

A) Método Inductivo

Es un razonamiento que parte de lo particular a lo general, analiza una porción de un todo; va de lo individual a lo universal (Muñoz, 1998, p 190); fue el mismo que se utilizó a lo largo de todo el trabajo de investigación y de manera especial en la aplicación de las sesiones de aprendizaje y en la elaboración de las conclusiones.

B) Método Deductivo

“Es lo inverso del método Inductivo porque parte de un marco de referencia hacía en algo en particular. Este método se utiliza para inferir de lo universal a lo individual de lo general a lo específico ” (Muñoz, 1998, p. 191).

C) Método de análisis.

Consiste en la separación de un todo en sus partes consecutivas cuyo propósito es de estudiarlas por separado, así como las relaciones que los unen". (Muñoz, 1998 p. 193). Atraves de este método analizamos la información relevante relacionado con el marco teórico, asimismo sirvió para procesar la información recolectada posterior a la aplicación de los instrumentos de trabajo de campo y nos permitió formular las conclusiones finales de la investigación.

D) Método de Síntesis.

Reunión racional de los elementos dispersos de un todo para estudiarlos en su totalidad". (Muñoz, 1998, p. 191). Este método nos permite encontrar e identificar las características del fenómeno observado, siguiendo un método similar al del análisis.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Las técnicas e instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos de la presente investigación fueron las técnicas de campo.

3.3.1. Técnicas de campo

En esta investigación se utilizaron técnicas de campo tales como la encuesta dirigida a los proveedores de los servicios de salud para recoger información de los servicios desde una mirada intercultural, la cual consta de 39 ítems. Cuyo propósito fue medir el grado del avance dentro de la ejecución de la política de interculturalidad en salud en la Región Amazonas, Provincia de Condorcanqui.

También para recoger información se utilizó la observación mediante el cual se revisaban documentos, informes,

proporcionados en el mismo establecimiento de salud, con la finalidad de medir como esta la organización y otros relacionados a la AI BFC.

Asimismo para recolectar la información en esta investigación se utilizó dos instrumentos diseñados por el investigador. El primer instrumento se categorizo en 5 dimensiones este instrumento nos serviría para medir el avance de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad". El segundo instrumento consta de un cuestionario tipo escala LICKERT, con 39 ítems, el cual según Hernández (1997), "consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administre". Para lo cual se contaron con las siguientes opciones de respuestas: Nunca, A veces, Siempre, este instrumento mide el grado del avance dentro del desarrollo de la política de interculturalidad en salud en la Región Amazonas, provincia de Condorcanqui.

3.3.2. Instrumentos

Para la recolección de información en esta investigación se utilizó dos instrumentos utilizados por el investigador. El primer instrumento denominado "Herramienta para medir el avance del Modelo de Bsado en Familias y Comunidad" validada en campo por Medicusmundi en la DIRESA Huancavelica , la misma que considera 5 dimensiones, cada una con sus respectivos indicadores de verificación.

El segundo instrumento consta de un cuestionario tipo escala LICKERT, con 39 ítems, el cual según Hernández (1997), "consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se

les administre". Para lo cual se contaron con las siguientes opciones de respuestas: Nunca, A veces, Siempre, este instrumento mide el grado del avance dentro del desarrollo de la política de interculturalidad en salud en la Región Amazonas, provincia de Condorcanqui.

El nivel de confiabilidad se obtuvo aplicando la prueba alfa de Cronbach la cual puede tomar valores entre 0 y 1. Donde 0 significa confiabilidad nula y 1 representa confiabilidad total.

3.4. Métodos de análisis de datos

Para el procesamiento de los datos se efectuaron las siguientes acciones:

La Codificación: A través de la codificación fue posible organizar y ordenarlos con criterio, los datos y los ítems, de acuerdo al procedimiento estadístico de la tabulación empleada, que nos permitió la agrupación de los mismos.

La Tabulación: Mediante esta técnica se pudo elaborar la matriz de datos y los cuadros estadísticos a través de la tabla de frecuencia. Los cuadros se muestran de manera clara y específica los resultados, tomando en cuenta las alternativas de cada ítem, la frecuencia observada y el porcentaje respectivo.

Análisis e Interpretación de Datos: Los datos fueron sometidos a un análisis y a un estudio sistemático, así como a su interpretación pertinente, teniendo en cuenta los indicadores que fueron contrastados. El análisis de la información se realizó con el software estadístico SPSS versión 23 en español, el cual se tabuló y validó previamente el instrumento con el Alpha de Cronbach, utilizando el tamaño muestral, luego se elaboró las tablas y gráficos correspondientes dando respuesta a los objetivos planteados en la presente investigación.

Escalas de medición: Por el tipo de variable se utilizó la escala ordinal; que distinguen los diferentes valores de la variable jerarquizándolos simplemente de acuerdo a un rango. Establece que existe un orden entre uno y otro valor de tal modo que cualquiera de ellos es mayor que el precedente y menor que el que sigue a continuación. Quezada (2010: 132).

Para sistematizar la información de acuerdo a la formulación del problema y el logro de los objetivos se procesaron los datos estadísticamente teniendo en cuenta.

Tabulación de datos: resumen de los datos estadísticos tablas y figuras acorde a las variables. Los datos se procesaron y tabularon en tablas estadísticas utilizando el software estadístico SPSS V23, el análisis e interpretación y se realizó en función a las medidas de resumen estadísticos descriptivos.

Confiabilidad de instrumento.

El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach logra estimar la fiabilidad de un instrumento de medida, la misma que es a través de un conjunto de ítems, que logra medir la dimensión teórica. La validez de un instrumento se refiere al valor en que el instrumento mide a aquello que pretende medir.

La fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se mide con el alfa de Cronbach, se asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente armonizados (Welch & Comer, 1988).

Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 01, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

Asimismo la fiabilidad de la escala debe lograrse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra

concreta de la investigación.

Valoraciones de los autores:

- 1) Nunnally (1967, p. 226): en las primeras fases de la investigación un valor de fiabilidad de 0.6 o 0.5 puede ser suficiente. Con investigación básica se necesita al menos 0.8 y en investigación aplicada entre 0.9 y 0.95.
- 2) Nunnally (1978, p.245-246): dentro de un análisis exploratorio estándar, el valor de fiabilidad en torno a 0.7 es adecuado.
- 3) Kaplan & Saccuzzo (1982, p. 106): el valor de fiabilidad para la investigación básica entre 0.7 y 0.8; en investigación aplicada sobre 0.95.
- 4) Loo (2001, p. 223): el valor de consistencia que se considera adecuado es de 0.8 o más.
- 5) Gliem & Gliem (2003): un valor de alfa de 0.8 es probablemente una meta razonable.
- 6) Huh, Delorme & Reid (2006): el valor de fiabilidad en investigación exploratoria debe ser igual o mayor a 0.6; en estudios confirmatorios debe estar entre 0.7 y 0.8.

“La confiabilidad es una propiedad de las puntuaciones obtenidas cuando se administra la prueba a un grupo particular de personas en una ocasión particular y bajo condiciones específicas“, señalado por Thompson (1994) en Guzmán, Trabuco, Urzúa, Leyva & Garrido, 2014).

Para determinar la confiabilidad de un instrumento existen varios métodos dentro de los cuales se encuentra el coeficiente Alfa de Cronbach, el mismo que:

Requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1. Donde el coeficiente 0 significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad. Entre más cerca a cero hay mayor error de medición (Hernández, et al 2006, p.199).

Para el análisis de los resultados del coeficiente Alfa de Cronbach, se utilizó el paquete estadístico SPSS Versión 23.0

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_x^2} \right]$$

Dónde:

S_i^2 =varianza de cada ítems.

S_x^2 =Varianza del total de filas

K=Numero de ítems del cuestionario.

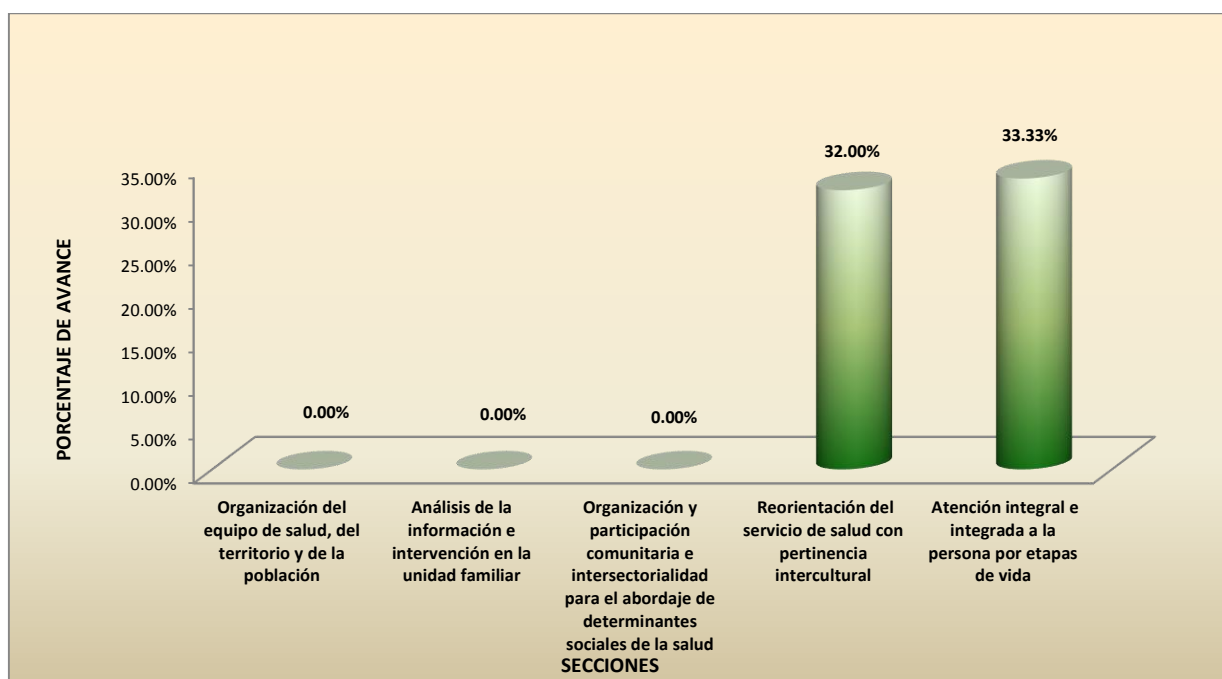
Valor Alfa de Cronbash	Apreciación
Mayor a 0.9	Excelente
Mayor a 0.8	Bueno
Mayor a 0.7	Aceptable
Mayor a 0.6	Cuestionable
Mayor a 0.5	Pobre
Menor a 0.5	Inaceptable

Fuente: Tomado de George & Mallery(2003)

CAPITULO IV
RESULTADOS, DISCUSION Y ORGANIZACIÓN DE LA
PROPUESTA

1.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

FIGURA 1: AVANCE DE OPERATIVIZACIÓN DEL MAIS - BFC EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD I-3, PROVINCIA DE CONDORCANQUI, 2016



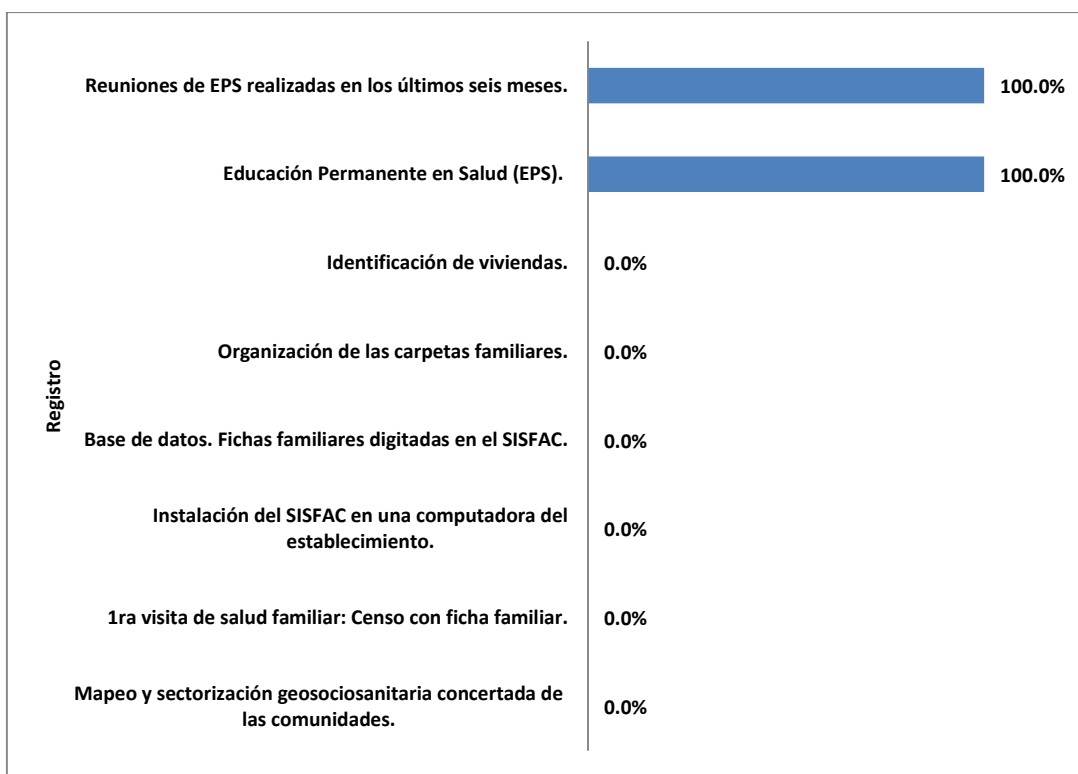
Fuente: Herramienta para medir: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

Interpretación:

En el gráfico y la Figura 1, se observa que en la medición de avance en la implementación del MAIS-BFC el consolidado total para los 04 C.S. I-3 que corresponden a la Provincia de Condorcanqui al año 2016, nos presenta en sus 05 componentes un avance por debajo del 40% en promedio lo que significaría que alcanzaría una calificación de **No institucionalizado** por estar en el rango de 0-39; a ello observando que en 03 componentes están con 0% de avance, la misma que está relacionado al componente de la organización y participación comunitaria

intersctorialidad para el abordaje de determinantes sociales de la salud; organización del equipo de salud; del análisis de la información e intervención en la unidad familiar y solo los componentes de reorientación del servicio de salud con pertinencia intercultural, como de atención integral e integrada por etapas de vida tienen un pequeño avance.

FIGURA 2: DIMENSIÓN 1: AVANCE EN LA ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD, DEL TERRITORIO Y DE LA POBLACIÓN.



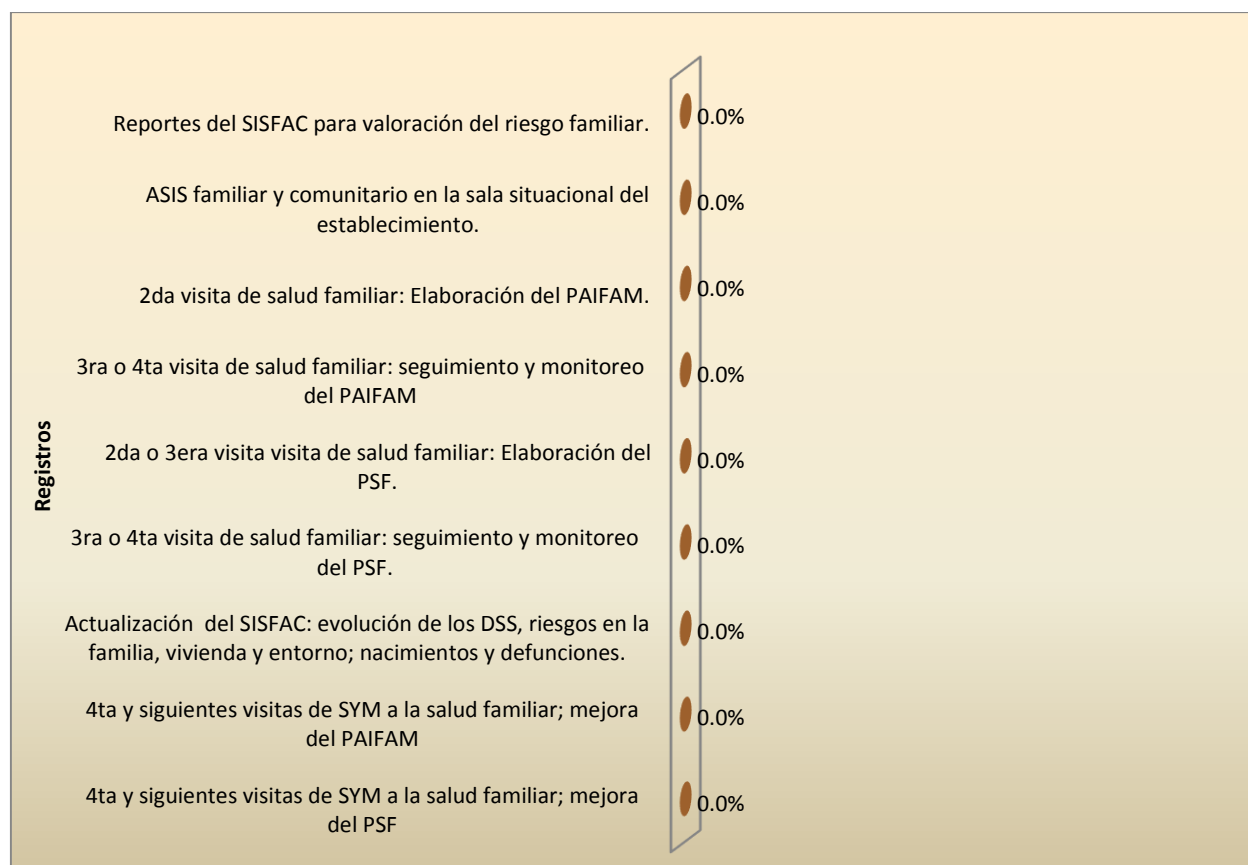
Fuente: Herramienta para medir: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

Interpretación:

En el Figura 2, desagregando cada dimensión en sus líneas de acciones, como en el componente de la organización del equipo de salud, del territorio y de la población, se observa que la organización dentro del establecimiento de salud es

deficiente en estos E.S. , si bien se observa 02 actividades de haber llegado hasta más del 100%, refleja a que se haya hecho en un escenario como en las I.E, que no representa un trabajo planificado organizado dirigido a la EPS a las familias de mayor riesgo porque el primer paso para ello de hacer la primera visita para recoger información mediante el censo con la ficha familiar que no se ha realizado.

FIGURA 3: DIMENSIÓN 2: AVANCE EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN E INTERVENCIÓN EN LA UNIDAD FAMILIAR.



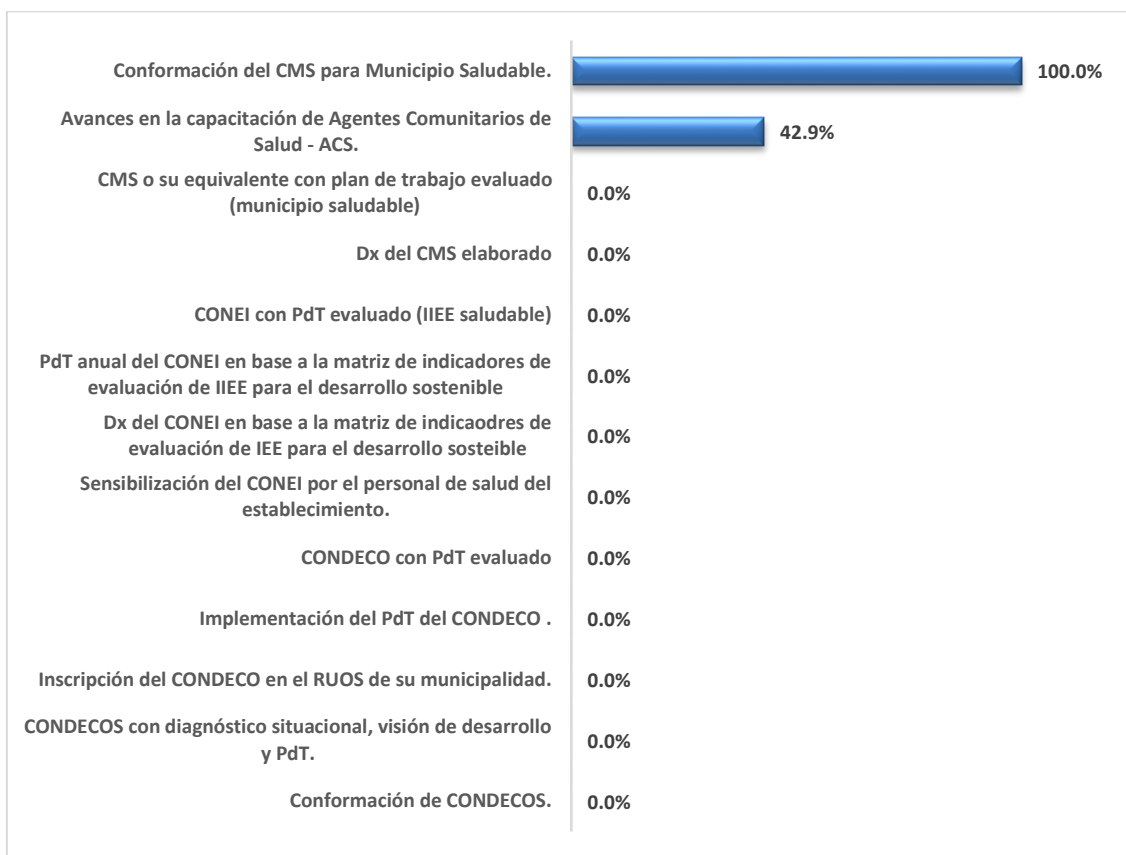
Fuente: Herramienta para medir: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

Interpretación:

En la figura 3, de la dimensión de Avance en el análisis de la información e intervenciones en la unidad familiar, complementa el análisis del cuadro anterior,

observándose que el trabajo con las familias en los C.S. I-3 es deficiente porque están en 0%, significando una gran preocupación porque a pesar que se han realizado algunos cursos de capacitación al personal de salud, no puede realizar esta actividad.

FIGURA 4: DIMENSIÓN 3: AVANCE EN LA ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA E INTERSECTORIALIDAD PARA EL ABORDAJE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

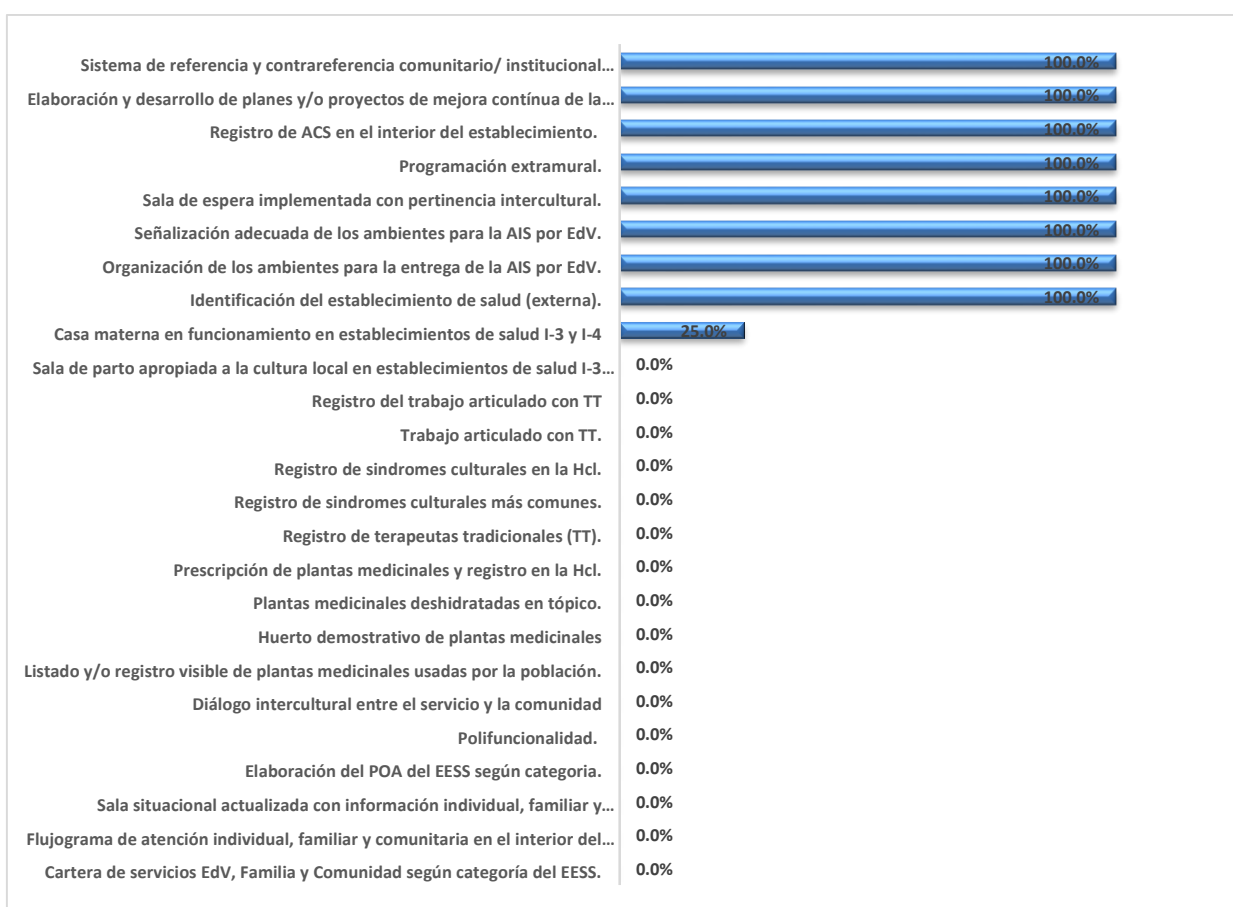


Fuente: Herramienta para medir: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

Interpretación:

En la figura 4, la dimensión de organización y participación comunitaria e intersectorial para el abordaje de determinantes sociales de salud de sus 12 acciones solamente 02 están de alguna forma realizándose, las mismas como la Conformación de los Comités Multisectoriales de salud que se necesite que estas estén operativas, de igual manera se ha tenido a menos de la mitad el trabajo con ACS, que como aliados estratégicos que corresponde tener no solo 01 capacitación sino debe darse en forma continua.

FIGURA 5: DIMENSIÓN 4: AVANCE EN LA REORIENTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD CON PERTINENCIA INTERCULTURAL

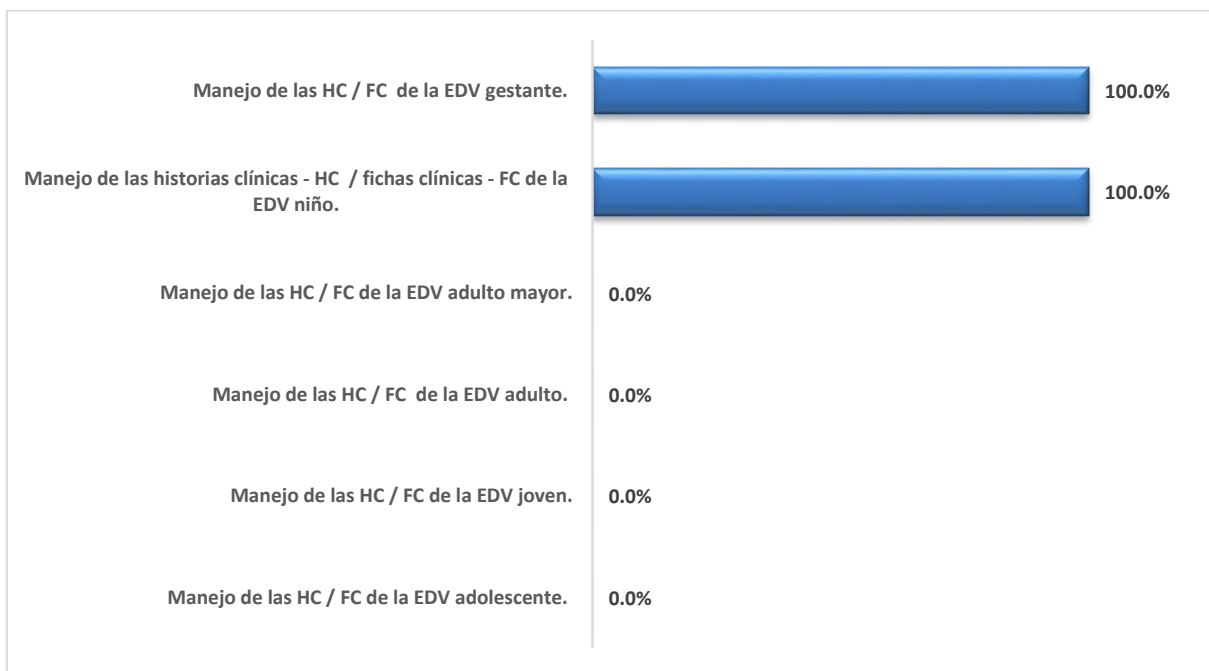


Fuente: Herramienta para medir: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad"

Interpretación:

En la figura 5, de la dimensión de Avance en la Reorientación del Servicio de Salud con énfasis en la pertinencia intercultural, se observa que de las 25 líneas de acción solo 10 se han podido realizar y que estas han sido desarrolladas desde el lado de la oferta desde el servicio sin considerar en muchas de ellas la opinión de los usuarios como en la identificación, señalización y sala de espera de los servicios de salud; pero si es importante rescatar que en la atención materna se ha avanzado como es en la atención del parto, para lo cual el acondicionamiento en estos C.S está presente, evidenciándose que aún es deficiente la incorporación del uso de la medicina tradicional, del trabajo articulado con los terapeutas tradicionales, como de mejorar el registro, la información de acciones relacionadas a la interculturalidad en salud.

FIGURA 6: DIMENSIÓN 5: AVANCE EN LA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA PERSONA POR ETAPAS DE VIDA



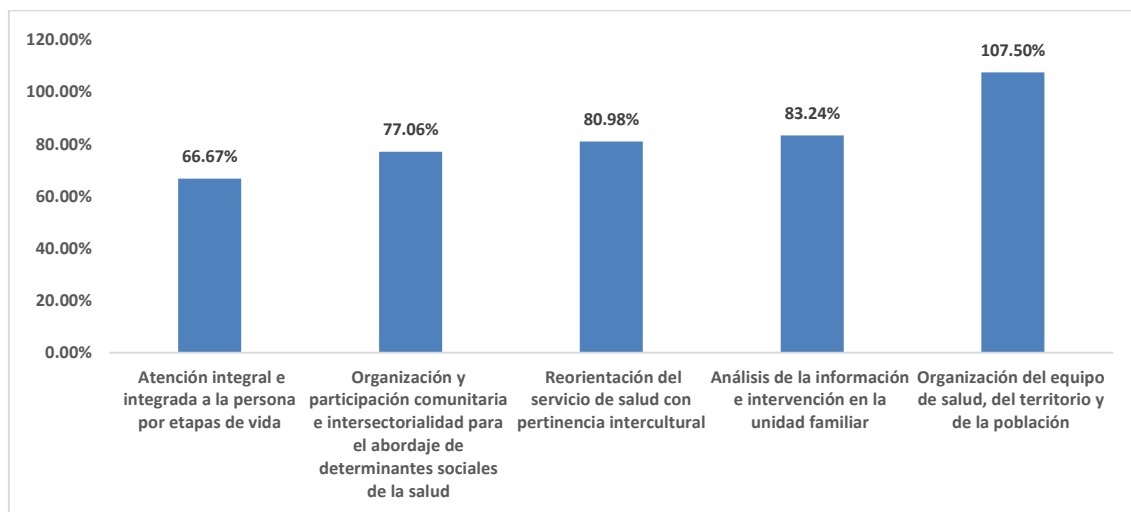
Fuente: Herramienta para medir: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

Interpretación:

En la figura 6, de la dimensión de avances en la atención integral e integrada a la persona por etapas de vida, el grafico nos muestra que la priorización está dada en la madre y el niño faltando brindar la atención para las otras etapas de vida como son los adolescentes, jóvenes adultos y adultos mayores que no esta presente .

1.2. Discusion de Resultados.

FIGURA 7: AVANCE DE OPERATIVIZACIÓN DEL MAIS - BFC EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1er Nivel de ATENCION DIRESA HUANCVELICA, 2016



Fuente: Herramienta para medir: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad DIRESA.H.

En el país, el departamento con mayor avance en la implementación del MAIS BFC, es en el Departamento de Huancavelica, en el presente gráfico que nos presenta los resultados en sus 05 dimensiones se observa los porcentajes sobre el 66.67%, en la cual podríamos colocarlo como un avance significativo calificando como en proceso de Institucionalización y en la dimensión de Organización del equipo de salud, del territorio y de la población ha superado el 100% considerando en esta dimensión

institucionalizado es decir que todos sus procesos y programaciones se están cumpliendo con mucha responsabilidad. En comparación con nuestros E.S. de estudio en la que en la misma dimensión se ha obtenido el 0% las dimensiones que llegamos al 33.33% y 32% respectivamente son en la dimensión de reorientación de los servicios de salud con pertinencia intercultural y Atención Integral a la persona por etapas de vida y se ha llegado a esta cobertura porque por lo menos se enfatiza y se está avanzando en la atención principalmente de los niños y de las madres gestantes, en nuestra provincia.

Importante es ver resultados en la región de sierra, siendo una propuesta de reforma nacional sin embargo verificamos las grandes brechas que existe en la entrega de los servicios de salud en el primer nivel de atención, las mismas ubicadas en población originaria, por lo que un aspecto importante a partir de estos diagnósticos es promover estrategias propias para la región que busque mejorar el acceso, la calidad de la atención pero considerando que dentro de la planificación se enfatice la interculturalidad dentro de los servicios de salud.

1.3. Organización del modelo y fundamentación

PROPUESTA DE MODELO DE GESTION INTERCULTURAL PARA MEJORAR LA ATENCION INTEGRAL BFC.

1.3.1. Representación Gráfica del Modelo

Esta propuesta de modelo de gestión de intercultural, nace teniendo presente como a partir de propuestas de modelos nacionales dentro de los sistemas de salud, se pueda mejorarlo teniendo algunas iniciativas que a nivel regional puedan ser, sin buscar complejidades sino más bien hacer planes, modelos desde los niveles operativos, participativos para

que las políticas se implementen de mejor forma en beneficio de la población.



I. INTRODUCCION

En el 2003 el Ministerio de Salud presento el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), buscando impulsar algunos cambios en la organización y la operatividad de los servicios, sin embargo durante los últimos años

dada la incorporación de reformas como el aseguramiento, el proceso de descentralización, presupuesto por resultados, se sigue impulsando el fortalecimiento del primer nivel de atención con prioridad en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud, incorporando el 2011 a trabajar con un nuevo enfoque de familia y comunidad.

Sin embargo dentro de los diversos indicadores sanitarios que son los que reflejan la situación de salud en una determinada población, estas indican que los indicadores más negativos se encuentran en nuestras poblaciones originarias.

Han pasado varios años y desde el año 2015 y 2016 que se han emitido Decretos Supremos promovidos desde el Ministerio de Cultura como del Ministerio de Salud, en la cual se da pautas para que los sectores públicos organicen sus actividades utilizando la transversalización del Enfoque de Interculturalidad D.S. N° 003-2015-MC y de la Política Sectorial de Salud Intercultural D.S. 016-2016-SA, emitido con el propósito de normar adecuadamente la atención de los servicios con acciones de salud intercultural en el ámbito nacional.

Desde la DIRESA Amazonas existe la necesidad de que muchas propuestas a partir de políticas nacionales, deben ser analizadas con la finalidad de que estas puedan aterrizar bajo el contexto de nuestra realidad, con el objetivo primordial de mejorar la salud de la población, de ahí la gran importancia de la presente investigación “Propuesta de Modelo de Gestión Interculturalidad, para mejorar la Atención Integral BFC, en la Provincia de Condorcanqui” refleja en sus resultados de proponer acciones para lograr reducir las brechas en el acceso a los servicios de salud, mejorar indicadores sanitarios, incorporar la participación de la comunidad y sus actores y mejorar las competencias interculturales del personal de salud.

Estos objetivos se pretende alcanzar con estrategias para reducir brechas entre la población indígena y los proveedores de salud, proponiendo acciones de salud intercultural con el objetivo de lograr una atención de salud como un derecho humano, con equidad e inclusión, haciendo participe además a las organizaciones de los pueblos indígenas.

Teniendo en la actualidad un proceso de modernización del estado en la cual se busca mejorar procesos para poder brindar servicios de calidad pero además dando respuesta a las necesidades de la población, de ahí que se tiene que reconocer la incorporación del enfoque de interculturalidad en la gestión de los servicios públicos.

El presente modelo pretende que los pueblos originarios tenga un sistema de salud acorde a su realidad, con un sistema de salud participativo acercando mediante una relación horizontal entre la oferta y la demanda con criterios de calidad para mejorar el bienestar de las personas en sus diferentes etapas de vida, generando espacios de confianza que den lugar a la complementariedad, responsabilidades para buscar el buen vivir de la población.

II. OBJETIVOS Y / O PROPOSITO

OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la Atención Integral en la población basada en familia y comunidad de la provincia de Condorcanqui con enfoque de interculturalidad.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Mejorar el acceso a los servicios de salud con pertinencia cultural.
- Mejorar los indicadores sanitarios.

- Obtener una planificación coherente orientada a mejorar la prestación de los servicios en los EESS I-3 de población indígena con la participación de la comunidad y sus actores.
- Promover desde los tomadores de decisiones la incorporación de políticas sectoriales con la finalidad de mejorar las competencias interculturales de los profesionales de salud.

III. TEORIAS.

Esta propuesta busca acercarnos más dentro del área de la salud a mejorar la atención primaria en población indígena, está relacionada fundamentalmente al enfoque de interculturalidad en el sistema de salud, considerando tres planos transversales.

Plano ético: procurar formar personas capaces de construir sus diferentes identidades personales y colectivas, capaces de reconocer y sentir realmente solidaridad y empatía con otras identidades (Secretaria de Salud, 2014, pág. 48).

Plano lingüístico: brindar el servicio en la lengua materna. Las lenguas que conviven en el mismo espacio, deben estar en equilibrio (Secretaria de Salud, 2014, pág. 48).

Plano epistemológico: es construir conocimiento desde otras lógicas del pensamiento y que podría verificarse desde otra lógica, a la visión holística del conocimiento (Secretaria de Salud, 2014, pág. 48).

IV. FUNDAMENTACIÓN

Antropologico

filosófico

Basado en la cosmovisión de nuestros pueblos originarios del buen vivir, así como de fortalecer y recuperar la identidad cultural en el ejercicio del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades, esta propuesta se sustenta teniendo en consideración dos aspectos importantes:

La bioética.

Considerando que en la actualidad ante el sorprendente desarrollo de la ciencia y la tecnología, que si bien extiende los horizontes de lo que puede hacerse con la vida, también da lugar a nuevos problemas y cuestionamientos éticos para el hombre son los que guían el comportamiento humano en la sociedad.

Ante estas situaciones surgen las aprobaciones o no desde modelos éticos tradicionales, para dar una respuesta sustentada sobre lo que se debe o no hacer en beneficio de la colectividad y la vida.

De hecho los problemas vitales son cada vez más complejos y diversos, lo que pone de realce la intersección de la ética con múltiples áreas del conocimiento, en este caso aspectos éticos relacionados a las ciencias de la vida (medicina y biología) para lo cual se hace necesario el diálogo entre las ciencias y las humanidades, con el propósito de proteger la salud y preservar la vida y su calidad en todas sus expresiones, bajo la premisa del respeto a los derechos humanos, la dignidad , sin exclusión buscando ser justos.

Sociológico.

Que busca desarrollar aproximaciones, para poder entender que no necesariamente el tema cultural puede ser un factor negativo o que sea un determinante causal ante un problema sanitario, tenemos que tener una mirada holística, en la cual podamos reconocer que existe en los problemas sanitarios otros determinantes sociales, que se relaciona por ejemplo con la pobreza, la situación económica, medios de comunicación, educación, etc.; teniendo por tanto que rescatar las limitaciones que tienen las poblaciones indígenas para acceder a los sistemas de salud; pero al mismo tiempo tenemos que reconocer que un componente de desarrollo social es el sistema de salud y al mismo tiempo es una valoración de justicia social, en la cual toda la población debe estar cubierta por lo menos con los servicios básicos de salud.

Entonces como las políticas de desarrollo deben contribuir a formar vínculos que fortalezcan lazo comunitarios, responsabilidades compartidas para afrontar las desigualdades sociales en busca de mejorar en forma conjunta la calidad de vida de las personas.

V. PILARES

Dentro del marco técnico nacional, esta actualización de la Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) con un abordaje de interculturalidad contenida en una lista de principios y valores como es:

Integralidad.

Considerado por ser un principio fundamental en salud para la atención a las personas por que la salud es considerada como multidimensional por la característica de ser seres que estamos desde el nacimiento hasta la muerte, en contacto con el entorno, pasamos por etapas de vida en la que en cada una tiene diferentes necesidades, riesgos y daños, pero al mismo tiempo viviendo un entorno político, social enfrentando las enfermedades, como la muerte; de ahí a la persona no podemos verlo sola, individualmente porque el entorno es la familia como su primer contacto para el cuidado en su sobrevivencia y que al mismo tiempo estas familias están en un entorno de relación con otras familias viviendo en un determinado lugar, formando comunidades con diversas características de convivencia, espacio, cultura que constituyen escenarios de interacción, en la cual tenemos que tener una mirada integradora para mejorar la salud.

Esta integralidad se relaciona además con intervenciones en la cual se incluye la prevención de la enfermedad la promoción de la salud, la recuperación y rehabilitación de los daños con una complementación intercultural, en la cual tenemos que garantizar la presencia de equipos

básicos de salud, para poder atender dentro de nuestro sistema desde un primer nivel de atención y conformando redes para una atención continua de mayor complejidad si así se requiere.

Igualdad y Equidad.

Considerando como principio a un derecho fundamental como es la salud para las personas en la que se busque garantizar ese derecho como individuo, familias o comunidad, para acceder a un sistema de salud expresado en servicios, vinculados con la promoción, prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, en la que sus necesidades se atiendan sin distinción de clase social, raza, etnia, genero u otra condición a fin de lograr una atención de salud como un derecho humano, que favorezca la inclusión, igualdad de oportunidades para los(as) ciudadanos(as) del país.

Agregando a ello que se debe de garantizar una apropiada y oportuna distribución de recursos y servicios, de tal forma que se pueda atender con justicia a las personas, familias y comunidades, en función a sus necesidades de salud.

Calidad y eficiencia.

La orientación de los esfuerzos institucionales para la obtención de un máximo beneficio para las personas, familia y comunidad; promueve el óptimo desempeño de la institución y la búsqueda permanente de la mejora continua de la atención en salud con pertinencia intercultural buscando la satisfacción del usuario.

Reconociendo que para atender las necesidades de salud se necesita recursos humanos, financieros, se necesita que las actividades o intervenciones deben orientarse a poblaciones más vulnerables o de mayor riesgo , para que el conjunto de gasto de los recursos tenga los mejores resultados, de ahí la gran importancia de los mecanismos y

procedimientos para asignar los recursos como, para asegurar su más alto rendimiento y que estos sean orientados a mejorar la situación sanitaria de la población.

VI. PRINCIPIOS

Teniendo en cuenta la propuesta de mejorar la gestión relacionada a la interculturalidad en los servicios de salud esta se rige por los principios definidos en nuestra Constitución Política del Estado Peruano, como las que están enmarcadas en la Política Nacional para la transversalización del Enfoque de Interculturalidad D.S. N° 003-2015-MC y de la Política Sectorial de Salud Intercultural D.S. 016-2016-SA.

Interculturalidad.

Reconociendo, aceptando y respetando los saberes, conocimientos y prácticas de los pueblos indígenas, donde las propuestas de mejorar la salud se desarrolle en base a un proceso permanente de diálogo entre diferentes grupos étnicos y culturales, para una buena convivencia, poniendo de relieve mecanismos democráticos, constructivos, de intercambio y aprendizaje entre diversas culturas en igualdad de condiciones y sin discriminación; buscando así erradicar las inequidades sin suprimir las identidades culturales particulares respetando la riqueza de la diversidad cultural.

Participación y concertación:

Ninguna política se implementa si no se base desde su diseño, planificación e implementación si en estos procesos no son participativos y concertados con igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos o afroperuana.

Además esta participación en la cual la salud de las personas está relacionado a determinantes sociales que afecta a la salud de hombres y

mujeres debe darse cumpliendo sus responsabilidades, respetando el campo de atribuciones y generando acciones prácticas de coordinación y complementación de sectores involucradas, a fin de evitar la duplicidad y sobre posición de intervenciones, en el marco de las leyes.

Sistemático.

Relacionado a la búsqueda de la integración de los procesos de gestión técnica, administrativa y financiera integrando los diferentes niveles nacional, regional y local, no solo sectorial, buscando la equidad, eficiencia, respetando la autonomía de decisión de los pueblos y comunidades, buscando que las intervenciones sanitarias tengan mayor aceptación, una mayor utilización de los servicios de salud, por parte de las poblaciones culturalmente diferenciadas, buscando mejorar los principales indicadores sanitarios que afectan a los pueblos indígenas u originarios.

VII. CARACTERISTICAS DEL MODELO.

El presente modelo considera aspectos fundamentales en la organización de los servicios del primer nivel de atención de establecimiento de salud I-3, cuyo objetivo es mejorar la atención integral basado en familia y comunidad.

Por tanto por tratarse de una propuesta a mejorar un servicio público, parte de la premisa de conocer primero la realidad, a partir de ello la propuesta de dos dimensiones, la dimensión de la política que tiene que darse adecuándose a la realidad y la dimensión técnica operativa, en la que se proponen componentes que se interrelacionan y que todas ellas van a intervenir en el escenario de la persona familia y comunidad, que si o si tienen que estar orientadas a dar una Atención Integral e integrada a la persona por etapas de vida, seguido por la Reorientación de los Servicios con Pertinencia Intercultural, también está la Organización y

Participación de la Comunidad e Intersectorial para el Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud.

Ante esta intervención existe un principio fundamental como es el fortalecimiento de la igualdad y la equidad como parte del derecho fundamental en el derecho humano como es la salud de las personas, la que busca una atención integral con calidad, para lo cual un aspecto importante que atraviesa todas estas dimensiones y su operatividad es que estas se den con Pertinencia Intercultural para lo cual un aspecto a tener siempre presente es el dialogo, medio para negociar ponerse de acuerdo para abordar y dar solución a los problemas de salud de la población.

Los criterios que miden como indicadores de logro se están considerando a que la población adquiere conocimiento de prácticas y entornos saludables, y también considerando encontrar servicios de salud con pertinencia intercultural.

Que finalmente toda esta articulación nos dará como resultado el lograr una mejor calidad de vida de toda la población.

VIII. CONTENIDOS

Considerando la política de interculturalidad en salud, los contenidos en la propuesta estarán sustentados en los 04 ejes principales que se menciona:

- Garantizar el derecho a la salud desde los enfoques intercultural, de derechos, de género e inclusión social en la prestación de los servicios de salud para los pueblos indígenas u originarios.
- Fomentar la medicina tradicional o ancestral y su articulación con la medicina convencional.

- Fortalecer capacidades y habilidades de los recursos humanos en salud intercultural.
- Fortalecer la identidad cultural y la participación de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana en los servicios de salud.

Acciones para lograr el modelo:

Actividades	Objetivo de la actividad.	Estrategia a desarrollar.	Recursos.	Responsables.	Instrumentos de evaluación.
Reunión con Organizaciones y líderes de los pueblos indígenas	Planificar mediante el diálogo intercultural una agenda para la atención de los principales problemas de salud de la población.	Involucramiento del Gob. Local para promover reunión de trabajo.	Material de escritorio alimentación.	DIRESA Red de Salud. Gov. Locales.	Plan de trabajo
Dialogo Intercultural en Salud	Adecuar con pertinencia cultural los servicios de salud.	Fortalecer y articular la medicina tradicional (registro de las plantas, uso de huerto dentro o fuera del EESS, etc.) mediante diálogos de saberes.	Pto. Para reuniones de encuentro de saberes: escritorio, alimentación, pasajes y viáticos.	DIRESA CENSI. Red de salud	Registro en las H.C.
		Buscar la participación de los ACS y AMT identificada y reconocida por la población y autoridades para organizarse y constituir en personal aliado para el seguimiento. Aceptación de traductor, incorporación o no del AMT en el servicio, referencia.	Material de escritorio, mobiliario.	DIRESA Red de Salud. Gov. Locales. Rep. Organizaciones.	Lista de Chequeo para evaluar incorporación de propuestas en procesos de atención como en los ambientes y sala de espera.
Organización y participación de la comunidad.	Constituir un comité de salud para el acompañamiento en diferentes procesos (planificación, monitoreo-supervisión y evaluación, planes de mejora continua de la calidad)	Capacitar a los ACS y realizar encuentro de saberes con los AMT e incorporarlos si así se decide en los SSSS.	Material de escritorio, alimentos, pasajes y viáticos.	DIRESA Red de Salud. Gov. Locales. Rep. Organizaciones.	Informes.
		Evaluar la satisfacción del usuario(a) (tiempo de atención, libre expresión, atención integral, buen trato, uso de lengua indígena)	Material de escritorio. Fotocopias de ficha de encuesta.	DIRESA, Red de salud.	Cuestionario-reportes, informes.

Actividades	Objetivo de la actividad	Estrategia a desarrollar.	Recursos	Responsables.	Instrumentos de evaluación.
Socialización de la Política de Interculturalidad al personal de salud.	Brindar información y difundir a todos los niveles de los EESS la norma.	Desarrollar reuniones informativas en cascada desde nivel de redes de Salud con EESS cabeceras de Microred y estas a EESS.	100 fotocopias de política para envío a redes.	ESPI DIRESA Redes de Salud	Actas de reuniones de socialización, Fotos. Informes.
		Editar un PPT con mensajes amigables para una buena comprensión.			Personal difunde política en asambleas.
Talleres de capacitación en Interculturalidad en Salud Modulo-1,2 y 3.	Conocer principales conceptos sobre la interculturalidad.	Coordinación con las redes de salud para programación y proveer el pto.	Pto para reproducción de material(separatas) viáticos y pasajes	DIRESA CENSI	Planes de capacitación Informes de capacitación. Certificación de participantes.
		Capacitar y formar facilitadores en Interculturalidad a nivel de la red de salud.			
Curso de aprendizaje del idioma awajun-wampis para el personal de salud.	Obtener una mejor comunicación para la atención de los usuarios por parte del personal de salud.	Generar un convenio con la UGEL de la provincia para que los docentes bilingües puedan enseñar el idioma al personal de salud.	Pto para reproducción guías-separatas.	DIRESA. Red de Salud.	Personal de salud se comunica con usuarios en su idioma.
Curso taller sobre el sistema de información con pertinencia étnica, registro en historias clínicas, HIS, sala situacional, síndromes culturales, plan de parto, SIEN, etc.	Elaborar y difundir información con pertinencia intercultural en los diferentes niveles.	Proponer la elaboración de una directiva para exigir el reporte de todos los indicadores con la variable étnica y género.	Pto para realizar talleres(alimentacion,pasajes y viáticos, fotocopia)	DIRESA, Red de Salud.	Reportes, informes.
Propuesta de instrumento de medición de competencias del RRHH	Contar con personal de salud con competencias en interculturalidad.	RRHH es promovido con cursos fuera de la región o pasantías.	Pto. Para desplazamiento.	DIRESA, Red de Salud.	Aprobación mediante una RD. De instrumento. Nº de RRHH con competencias.

IX. EVALUACIÓN

La implementación del presente modelo parte de un criterio fundamental que para la propuesta de una política, planes, proyectos se parta de conocer la realidad, y tratándose de una intervención en población indígena esta política debe ser con pertinencia cultural es decir desde su planificación- propuesta debe ser participativa donde los indicadores de evaluación de su implementación pueda ser involucrando no solo al personal de salud sino a actores de la comunidad.

Para cada línea de acción el periodo de evaluación será semestralmente y anualmente.

1. Avances de las metas logradas en relación a indicadores.
2. Servicios con pertinencia.
3. Comunidad organizada y operativa
4. Uso de Instrumento para medir evaluación de competencias del personal de salud.

1. Avances de las metas logradas en relación a indicadores.

Indicadores sanitarios relacionados a mejorar coberturas de atención principalmente materna infantil.

- Niños con CRED Completo.
- Niños menores de un año con vacunación completa.
- Niños menores de 3 años con suplementación.
- Madres gestantes controladas 6to control.
- Partos institucionales.

2. Servicios con pertinencia.

- Servicios con atención diferenciada.
- Horarios adecuados.

- Señalización de los ambientes con imágenes, texto, u otro en la que la población identifique claramente el lugar de los servicios conociendo que tipo de atención se brinda en cada una de ellas.
- Medición de la Satisfacción del usuario, para determinar la calidad y calidez en la atención, el buen trato.

3. Comunidad organizada y operativa.

- Presencia de un comité local de salud.
- Planificación de acciones mediante diálogos para la solución de un determinado problema de salud.
- Acompañamiento para el monitoreo, supervisión y evaluación por parte de actores.
- Formación de redes de apoyo con actores para la vigilancia y seguimiento de familias de alto riesgo para su salud.
- Designación y reconocimiento a los ACS y AMT.

4. Uso de Instrumento para medir evaluación de competencias del personal de salud.

Dentro de una iniciativa para determinar el avance en la política de interculturalidad en el país, se necesita contar con una propuesta de medir las competencias del RRHH, pilar fundamental para la implementación en el servicio.

- Personal de salud habla y entiende el idioma originario.
- Personal de salud capacitado en los módulos de interculturalidad en salud.
- Personal de salud realiza diálogos culturales en cada distrito de la provincia para abordar diferentes problemas sanitarios, entablar acuerdos y actividades, en pro de la salud de los pueblos indígenas.

- Personal de salud y/o EESS promueven el uso de las plantas medicinales.

X. VIGENCIA DEL MODELO

La vigencia del presente modelo debe estar considerado para un mínimo de 5 años de manera permanente, sostenible, con evaluación anual y posibilidad de ampliarse la propuesta por más años.

XI. RETOS QUE EXIGE EL MODELO

Los retos que persigue este modelo son:

- Lograr que los servicios de salud estén implementados para una atención con pertinencia intercultural en un 99%.
- Lograr que el 100% del personal de salud que labora en los EESS de población indígena logren competencias en interculturalidad.
- Revalorizar y consolidar los principios, valores, conocimientos y prácticas de la medicina tradicional en la población y en los servicios de salud, para garantizar el ejercicio del derecho a la salud intercultural.
- Lograr una satisfacción en el usuario en más del 90% de la población atendida en los servicios de salud.

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1. Conclusiones y sugerencias.

En la presente investigación, sobre la base de resultados generados se obtienen las siguientes conclusiones:

5.1.1. Conclusiones.

- El proceso de implementación de la Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad en los C.S. I-3 de la Provincia de Condorcanqui Departamento de Amazonas, se encuentran en avance por debajo del 40% considerando este resultado que aún no está institucionalizado.
- Con la aplicación del instrumento donde se considera como dimensiones la política de interculturalidad en salud se ha podido determinar que en los E.S. I-3 de la provincia de Condorcanqui en su consolidado global está en un 58.3% en etapa inicial y el 41.7% en proceso.
- Se logró elaborar una propuesta del Modelo de Gestión Intercultural para mejorar la implementación de la Atención Integral de Salud BFC de los Centros de Salud I-3 de la provincia de Condorcanqui Amazonas; validando esta propuesta mediante la técnica DELPHI.

5.1.2. Sugerencias.

- Un pilar fundamental para implementar la propuesta de gestión en interculturalidad para la implementación del MAIS BFC, debe partir por el fortalecimiento de capacidades del recurso humano en interculturalidad en salud, una meta que tanto la DIRESA Amazonas como la

Red de Salud de Condorcanqui debe programar y garantizar su cumplimiento dentro del marco de presupuestos por resultados.

- El sector salud debe de buscar aliados estratégicos para promover, la participación activa, el involucramiento de líderes de las organizaciones y demás actores sectoriales y de la sociedad civil, para emprender mediante el dialogo, la planificación conjunta de acciones a realizar para la solución de los problemas de salud de la población.
- Asimismo se debe de generar un instrumento para evaluación de competencias en interculturalidad para el personal de salud de los EESS del primer nivel de atención la misma que oriente a los tomadores de decisiones de orientar mejor los recursos para mejorar los servicios de salud con calidad, eficiencia y pertinencia cultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida Vera, L., & Almeida Vera, L. (2014). Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la Atención primaria de salud. *MEDISAN Cultura y Salud*.
- AMAZONAS, D. (2016). Situación Epidemiológica de Daños y Eventos Región Amazonas. *1era*, 161. (D. Amazonas, Ed.) Chachapoyas, Perú.
- Bernal, I. L. (Mayo de 2004). Matriz de Salud del Grupo Familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(3).
- Bustamente, M. A. (2008). La Medicina Familiar en el Perú: Evolución y Desafíos. *Revista Peruana Medicina Experimental Salud Publica*, 309-(15).
- Bustamente, M. S., & Jurado Vega, A. (15 de Mayo de 2010). Implementando la Atención Integral de Salud, Intervención en un Area Urbano Marginal Vulnerable de Lima Peru. *Revista MPA e-Journal MF & AP*, 33-54.
- Churcampa, R. d., DIRESA Huancavelica, Medicusmundi, & Salud sin limites Perú. (2013). *Primeros avances de la operativización del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad en la provincia de Churupampa Huancavelica Perú*. Publicación, Lima, Lima.
- Constitución Política del Perú. (1993). 43. Perú.
- Corcuera, L. C. (2012). *Estudio del Servicio de Salud Materna en el Hospital General del Distrito de Jaén, brindado a través del SIS, análisis desde el enfoque intercultural*. Tesis, Cajamarca, Jaen.
- Defensoria del Pueblo. (2015). *La defensa del derecho a los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural* (Primera edición ed.). Lima, Perú.
- Felix, V. O. (2015). *Informe Técnico "Evaluación de ña Adherencia TARGA en población Indígena Awajun de la Red de Salud Cndorcanqui ASmazonas"*. INS, lima.
- Giraldo, Á. F. (27 de Abril de 2012). Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. 28-42.
- Girardo, A. F. (2012). Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá*, 28-42.

- Gomez, J. T., & Guadalupe Hernández, J. (2010). Relaciones Interculturales, Interculturalidad y multiculturalismo, teorías, conceptos, actores y referencias. *Cuicuilco*, 24.
- Guerrero, R. F. (Mayo de 2004). Salud enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología Sociocultural. *Rev.Mad Departamebto de Antropologia Universidad de Chile*.(10), 1-8.
- IIN-A.S. Kallpa. (2011). *Consultas Interculturales de Comunicación Educativa*. Investigación formativa, Lima.
- INS MINSA. (2014). *Diálogo Intercultural en Salud*. Lima, Perú.
- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud . (Junio de 2014). Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud. Rio Janeiro.
- Mack, Lucrecia María Fernandez. (2003). *Programas para la Atención Inegral en el Primer Nivel de Atención*. Tesis, Guatemala.
- María, P. J. (2000). La Salud y la Equidad: Fundamentos conceptuales y definiciones propuestas de acción. *Trabajo presentado durante la Reunión de Ministros de Salud Iberoamericano*, (pág. 14). Panama .
- María, T. C. (1996). Promoción de la salud : evolución y nuevos rumbos. *Bol Oficina Sinit Panam*, 120(4), 342.
- Martin, M. A. (2009). *La Mediación Intercultural en el Sistema de Salud de Cataluña*. Tesis Doctoral, Universidad Rovira I Virgili, Tarragona España.
- Martinez, R. M. (2009). *El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural.Mediación Intercultural en el ámbito sanitario y terapias interculturales en salud mental Estudios de caso en Belgica y España*. Tesis Doctoral, Madrid.
- Masuet, A. M. (2010). *La Calidad de la Atención Medica Ambulatoria en el Hospital Pediátrico del Niño Jesus de la Ciudad de Cordoba*. Tesis, Cordoba España.
- Medina Ibañez, A. (2009). *Hallazgos de Estudios de casa de espera considerando las perspectivas de las usuarias y las organizaciones de mujeres indígenas*. Lima.
- MINISTERIO DE SALUD. (2011). *Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad*. Lima, Peru.

- MINSA . (2016). Política Sectoria de Salud Intercultural. *Decreto Supremo N° 016-S.A.* Lima, Perú.
- MINSA. (17 de Agosto de 2006). Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los DHH, Equidad de Género e Intedulturalidad. Lima, Perú.
- MINSA. (2010). *RM N° 520 / 2010.* Perú.
- MINSA. (2011). *Monitoreo del desempeño de la gestion de E.S. I,II,III Nivel de Atencion.* (1era edicion ed.). (E. d. Sanitaria., Ed.) Lima, Peru.
- MINSA PARSALUD II. (2015). *Sistematización de la experiencia de la imolementación de la estrategia de la promoción de práctica y entornos saludables(EPPES)* (Primera edición ed.). Lima, Perú.
- Miranda, D. L. (2013). *Percepción y expectativas de calidad de la atención de los servicios de salud del c.s. Villa Chorrillos.* Tesis, Lima.
- Moragas, R. (1976). Enfoque Sciologico de diversas concepciones de salud. *Papers: Revista de Sociologfa*, 5, 31-54.
- Moret, A. I. (2006). *Evaluación del Sistema de Atención Ambulatoria a pacientes con VIH/SIDA en áreas de Salud en el Municipio 10 de Octubre.* Tesis, Habana Cuba.
- Naciones Unidas. (2006). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechso de Iso Pueblos Indigenas.* 107 a sesión plenaria.
- Narvaez, F. N. (17 de 03 de 2012). *linterculturalidad en Salud : Competancias.* *Ciencia y Enfermerla XVIII*, 17-24.
- Núñez, L. A. (2014). *Nivel de Satisfacción del usuario fernte al MAIS Familiar y Comunitaria.* Tesis, Ambato-Ecuador.
- OIT. (1989). *Manual para los mandates tripartitos de la OIT.* Oficina Internacional del Trabajo. Comprender el Convenio sobre pueblos indigenas y tribales 1989 (num,169), Ginebra.
- OPS/OMS. (2012). Informe Técnico Estado de Salud y Nutrición de los Niños menores de 5 años perteneciente a la población Indigena y no Indigena de Bagua y Condorcanqui Región Amazonas. Perú.

- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Informe de la Conferencia Internacional Atención Primaria de la Salud ALMA-ATA-URSS, 6-12 set. 1978. citado el 15 de mayo 2009*. Informe de Conferencia .
- Organización Panamericana de la Salud. . (2007). *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Documento de posición de la Organización, Washinton DC.
- Pérez, A. M. (2009). Caracterización del Sistema de Dirección en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(4), 78-109.
- Quico, A. V. (2014). *Historia, Antropología y Sociología de la Salud Lecturas* (1ra Edición ed.). Arequipa, Per.
- Ramos, R. e. (2007). *Modelo de Atención Integral de Salud desde la percepción de los directivos de la Dirección Regional, Hospitales y C.S. del MINSA*. Tesis, Ica.
- Raul, F. B. (2004). *Reflexiones de Raul Fonet Betancour sobre el concepto de interculturalidad* (Primera edición ed.). Mexico.
- Riveros, M. I. (2007). Calidad y Atención Integral de Salud: dos conceptos inseparables. *Sociedad Médica Salubrista*, 1(47), 7.
- SALUD, M. D. (2011). RM N° 464-2011 Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad. Lima, Perú.
- Secretaria de Salud. (2014). *Interculturalidad en Salud* (Tercera edición ed.). Mexico.
- UNICEF. (2010). *Estudio sobre dimensiones cuantitativa y concepciones y cuidados comunitarios de la salud del R.N. area rural y andina del Perú*. (Primera Edición ed.). Lima, Perú.

ANEXOS

Con la finalidad de tener un mejor diagnostico para la propuesta de modelo de gestión intercultural se ha realizado la evaluación de la variable independiente, que a continuación se da a conocer el instrumento, su validación así como los resultados obtenidos.

7.1. Ficha Técnica Variable Independiente.

ENCUESTA DE PROVEEDORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA RECOGER INFORMACION DE LOS SERVICIOS DESDE UNA MIRADA INTERCULTURAL

Estimado personal de salud asistencial de EESS I-3, con la finalidad de formular nuevas propuestas relacionadas al enfoque intercultural en los servicios de salud en el primer nivel de atención deseamos que con sinceridad den respuesta a este cuestionario, la misma que guarda el anonimato y la confidencialidad del participante.

EESS:..... **Red de Salud:**..... **Fecha:**

1. Soltero(a) 2. Casado (a): 3.Conviviente
 4. Divorciado(a) 5. Viudo (a):
 6: Profesión: Marcar con (x)
 Medico:.... Obstetra:... Enfermera:....Tec. Sanitario:..... Otra profesión indique:.....

ITEMS	Nunc	A veces	Siem
Preguntas Dimensión de Enfoque: intercultural, derechos, género			
¿Se aplica criterios de pertinencia étnica en los registros oficiales de sector?			
¿El EESS elabora y difunde información estadística con pertinencia intercultural?			
¿Se ha elaborado una sala situacional con pertinencia intercultural de la salud?			
¿El EESS. ha desarrollado un estudio epidemiológico sociocultural participativo?			
¿El personal de salud pregunta si el usuario ha hecho abandono de tratamiento por creencia en daño o brujería?			
¿En la H.C. se encuentra registrado la cita del paciente?			
¿En los últimos 6 meses se contó con RRHH femenino para la atención de las mujeres?			

¿En los últimos 12 meses el EESS contó con personal de salud awuajun-wampis)?.			
¿El EESS incorpora especialistas Agentes de la medicina tradicional (AMT) awuajun-wampis en la atención de salud?			
¿Los letreros o imágenes que identifican los servicios de atención de EESS son de fácil entendimiento por los usuarios?			
¿El establecimiento elabora y difunde material informativo (grafico, audio, video, etc, en idioma local y diseño apropiado a la zona?.			
¿En su trabajo cotidiano el personal del establecimiento promociona prácticas de producción y consumo de alimentos locales?			
¿El personal de salud informa y promociona los derechos en salud de los pueblos indígenas en asambleas comunales?			
¿Permite el uso de la vestimenta local por parte de la gestante durante el parto?			
¿En la atención del parto se pregunta al familiar o paciente si desea llevar la placenta a su casa?.			
¿Personal del EESS habla idioma de los pueblos originarios de su ámbito?.			
El personal de salud para brindar la atención se acompaña de un traductor?			
Fomento de la medicina tradicional			
¿Registra en la historia clínica información etnomédica (técnicas saberes para curar) plantas medicinales, animales, otros) proporcionada por el usuario?			
¿La posición para la atención del parto es elegida por la usuaria?			
¿Permite la participación del esposo o familiares durante el parto?			
¿El EESS cuenta con huerto de plantas medicinales dentro o fuera del establecimiento?			
¿El EESS tiene registro de plantas medicinales?			
¿Durante la atención se recoge en la anamnesis los síndromes socioculturales?			
¿Durante la atención se registra los síndromes socioculturales en la H.C.?			
¿Incorpora detalles de la cultura en el plan del parto y puerperio (alimentación, destino de placenta, amarrados, frotaciones, mates, etc.)?			
¿El personal de salud oferta y entrega a los usuarios plantas medicinales aprobadas como tratamiento complementario?			
¿Durante la consulta se pregunta al paciente sobre la dieta antes de recibir el tratamiento?			
Fortalecimiento de capacidades en salud intercultural			
¿Durante el último año el personal de salud ha participado de talleres de buen trato?			
¿El personal del establecimiento participa de talleres de EPS (educación permanente en salud) sobre concepciones, prácticas y repertorios de la medicina indígena?- diálogos.			
¿Personal del EESS busca aprender el idioma con docentes locales bilingües u otro actor local?			
¿El EESS cuenta con personal de salud con capacitación en interculturalidad, género y derechos humanos?.			
Participación de los pueblos indígenas en los servicios de salud			
¿Se realiza referencias y contrareferencias con los especialistas awuajun-wampis de la salud?			

¿Se concerta con la comunidad la “adecuación” cultural del establecimiento?			
¿Se registra los acuerdos entre la comunidad y el establecimiento sobre la atención de salud?			
¿Se registra en documentos las acciones realizadas con la población para promover el buen vivir?			
¿Para la supervisión comunal de salud se integra a miembros del comité local?			
¿Se ha elabora planes de supervisión comunal de salud conjuntamente con la población?			
¿El EESS promueve la construcción y uso de la casa de espera?			
¿La partera atiende parto en EESS o domicilio en coordinación o conjuntamente con personal de salud?			

Gracias por su colaboración

ANALISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO POR DIMENSIONES.

El análisis de confiabilidad del instrumento fue ejecutado a través de la corrida del SPSS V23, con el coeficiente Alfa de Crombach, que es un coeficiente de 0 a 1, donde 0 significa nula confiabilidad y 1 una excelente confiabilidad, se considera como buen instrumento aquel que supera el 0.909.

La tabla 1 muestra el coeficiente alfa de Cronbash total del instrumento que fue 0.909 es excelente, el número de elementos corresponde al número de preguntas consideradas en el instrumento. Nunnally (1967, p.226): En las primeras fases de la investigación un valor de fiabilidad de 0.6 o 0.5 puede ser suficiente. Con Investigación básica se necesita al menos 0.8 y en investigación aplicada entre 0.9 a 0.95.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.969	0.977	39

La columna dos la media indica el índice de dificultad de cada pregunta con respecto a las opciones de respuesta estas oscilan entre 0.31 a 1.52. La desviación estándar mide el grado de dispersión de las observaciones individuales alrededor de su media (Webster, 2000), la pregunta 8 tiene la mayor desviación estándar de 0.923.

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
Item1	.72	.591	29
Item2	.55	.686	29
Item3	.41	.628	29
Item4	.31	.541	29
Item5	1.03	.566	29
Item6	1.48	.634	29
Item7	1.28	.751	29
Item8	1.07	.923	29
Item9	.45	.572	29
Item10	1.45	.572	29
Item11	1.24	.689	29
Item12	1.38	.494	29
Item13	.72	.649	29
Item14	1.31	.712	29
Item15	1.14	.833	29
Item16	1.07	.704	29
Item17	.90	.817	29
Item18	.28	.455	29
Item19	1.52	.688	29
Item20	1.45	.632	29
Item21	.24	.435	29
Item22	.21	.491	29
Item23	.66	.670	29
Item24	.62	.728	29
Item25	.83	.711	29
Item26	.31	.541	29
Item27	1.21	.620	29
Item28	.76	.689	29
Item29	.28	.528	29
Item30	.48	.634	29
Item31	.34	.484	29
Item32	.28	.455	29
Item33	.76	.739	29
Item34	.83	.711	29
Item35	.83	.711	29
Item36	.90	.817	29
Item37	.59	.568	29
Item38	.93	.704	29
Item39	1.14	.743	29

Se observa que La matriz de correlación es una matriz cuadrada que indica la relación de cada pregunta con las demás, y en sí misma en la diagonal. Muestra el coeficiente de correlación de Pearson (r) como: “medida de la fuerza de la relación lineal entre dos variables, varía de -1 a 1 , cercana a 0 indica poca asociación, cercano a 1 indica una asociación directa y cercano a -1 indica una asociación inversa, entre las variables.

Matriz de correlaciones entre elementos

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39
P1	1.000	.301	.030	.054	.029	-.204	-.064	.429	.167	-.255	.082	.004	.353	-.044	.225	.391	.382	.027	-.251	-.231	.129	-.042	.022	-.003	.138	.165	-.034	.444	.024	.368	.344	.027	.251	.053	-.032	-.209	-.246	.124	.008
P2	.301	1.000	.197	.099	.409	.187	-.098	.502	.439	.257	-.065	-.218	.354	.368	.549	.436	.424	.182	.358	.398	-.103	-.033	-.038	.148	.349	.388	.142	-.010	.058	.351	.267	.067	.272	.275	-.091	-.022	-.126	.008	.266
P3	.030	.197	1.000	.344	.159	.288	.204	.319	.062	.260	.174	.282	.290	.102	.297	.014	.156	.211	.148	.236	-.248	-.172	.522	.356	.566	.134	.047	.074	.074	.198	.101	.211	.223	.326	.166	.226	.097	-.095	.103
P4	.054	.099	.344	1.000	-.036	.381	.133	.170	.342	.342	.175	.078	.456	.112	.298	-.152	.317	.365	.225	.310	.125	.019	.601	.581	.423	.025	-.092	.304	.315	.172	-.014	.365	.372	.330	.423	.398	.432	.152	.245
P5	.029	.409	.159	-.036	1.000	.151	-.107	.405	.392	.061	-.205	.079	.221	.238	.520	.263	.472	.239	.411	.355	.400	.487	-.062	.206	.193	.430	.284	.022	.206	.450	.346	.239	.021	.282	.193	.240	.046	.275	.413
P6	-.204	.187	.288	.381	.151	1.000	.236	.185	.268	.564	.132	.421	.075	.368	.410	.003	.100	.141	.554	.600	-.049	.241	.406	.411	.429	.068	.464	.031	.122	.288	-.096	-.107	.258	.429	.271	.514	.376	.077	.309
P7	-.064	-.098	.204	.133	-.107	.236	1.000	-.234	.117	.117	.557	.093	-.278	.235	-.120	-.172	-.068	.083	.060	.031	.008	.033	.196	.068	-.309	.221	-.127	-.005	-.199	.085	.122	.083	-.004	-.042	-.108	-.010	-.225	.308	-.071
P8	.429	.502	.319	.170	.405	.185	-.234	1.000	.480	.007	-.027	.254	.748	.292	.591	.432	.531	.038	.504	.435	.046	-.033	.271	.306	.400	.170	.286	.195	.106	.674	.425	.208	.287	.345	.237	.199	.124	-.047	.559
P9	.167	.439	.062	.342	.392	.268	.117	.480	1.000	.019	-.103	.009	.537	.172	.315	.187	.485	.194	.388	.412	.267	.293	.138	.166	.109	.227	.132	.193	.285	.367	.325	.331	.265	.372	.197	.255	.261	.346	.605
P10	-.255	.257	.260	.342	.061	.564	.117	.007	.019	1.000	.350	.261	.056	.523	.465	.009	-.203	-.080	.479	.511	-.020	.039	.138	.080	.285	.227	.233	-.259	.049	.268	-.191	.057	.096	.197	.109	.255	.152	.080	.101
P11	.082	-.065	.174	.175	-.205	.132	.557	-.027	-.103	.350	1.000	.456	.074	.424	.313	.112	-.144	.008	.104	.153	-.082	-.258	.032	-.025	-.131	.079	-.037	.202	-.288	.214	.063	-.106	.188	-.058	-.131	-.017	-.192	.109	.142
P12	.004	-.218	.282	.078	.079	.421	.093	.254	.009	.261	.456	1.000	.227	.161	.476	.128	-.076	.154	.348	.351	.057	.107	.194	.117	.193	-.055	.435	.279	-.005	.307	.180	-.164	.064	.193	.295	.366	.325	-.128	.339
P13	.353	.354	.290	.456	.221	.075	-.278	.748	.537	.056	.074	.227	1.000	.115	.535	.278	.483	.146	.331	.400	.118	-.039	.349	.300	.513	.049	.147	.405	.206	.422	.314	.267	.377	.358	.358	.214	.261	.035	.674
P14	-.044	.368	.102	.112	.238	.368	.235	.292	.172	.523	.424	.161	.115	1.000	.527	.170	-.066	.057	.536	.474	.095	.218	-.067	.029	.109	.297	.335	-.133	-.046	.447	.093	.057	.147	.109	-.102	.057	-.113	-.027	.254
P15	.225	.549	.297	.298	.520	.410	-.120	.591	.315	.465	.313	.476	.535	.527	1.000	.288	.389	.179	.619	.692	.200	.189	.024	.148	.524	.377	.427	.184	.154	.478	.232	-.010	.288	.403	.223	.284	.200	.017	.545
P16	.391	.436	.014	-.152	.263	.003	-.172	.432	.187	.009	.112	.128	.278	.170	.288	1.000	.199	.050	.145	.089	-.173	-.249	-.024	.123	.096	.036	.212	.404	.043	.323	.347	.050	.376	.025	.025	.199	-.015	.154	.323
P17	.382	.424	.156	.317	.472	.100	-.068	.531	.485	-.203	-.144	-.076	.483	-.066	.389	.199	1.000	.272	.289	.370	.173	.055	.259	.412	.214	.317	-.027	.461	.234	.376	.365	.368	.312	.337	.214	.197	.135	.236	.377
P18	.027	.182	.211	.365	.239	.141	.083	.038	.194	-.080	.008	.154	.146	.057	.179	.050	.272	1.000	.098	.176	.193	.375	.324	.435	.263	.075	.170	.220	.267	.017	.364	.137	.099	.263	.263	.272	.319	-.162	.200
P19	-.251	.358	.148	.225	.411	.554	.060	.504	.388	.479	.104	.348	.331	.536	.619	.145	.289	.098	1.000	.845	.045	.200	.091	.192	.262	.225	.494	-.029	.085	.390	.196	.098	.044	.335	.189	.416	.293	.003	.555
P20	-.231	.398	.236	.310	.355	.600	.031	.435	.412	.511	.153	.351	.400	.474	.692	.089	.370	.176	.845	1.000	-.018	.151	.210	.228	.417	.101	.393	.011	.044	.243	.060	.051	.087	.337	.099	.301	.237	-.089	.549
P21	.129	-.103	-.248	.125	.400	-.049	.008	.046	.267	-.020	-.082	.057	.118	.095	.200	-.173	.173	.193	.045	-.018	1.000	.760	.051	-.039	-.207	.277	-.059	-.037	.166	.210	.269	.193	-.256	-.092	.139	-.028	.129	.406	.114
P22	-.042	-.033	-.172	.019	.487	.241	.033	-.033	.293	.039	-.258	.107	-.039	.218	.189	-.249	.055	.375	.200	.151	.760	1.000	.007	-.072	.004	.153	.206	-.164	.185	.127	.140	.055	-.251	.106	.106	.055	.190	.146	.115
P23	.022	-.038	.522	.601	-.062	.406	.196	.271	.138	.138	.032	.194	.349	-.067	.024	-.024	.259	.324	.091	.210	.051	.007	1.000	.675	.396	-.187	-.166	.123	.077	.238	.049	.324	.042	.021	.246	.259	.175	.024	.099
P24	-.003	.148	.356	.581	.206	.411	.068	.306	.166	.080	-.025	.117	.300	.029	.148	.123	.412	.435	.192	.228	-.039	-.072	.675	1.000	.352	.038	.101	.238	.096	.256	-.021	.112	.288	.214	.422	.412	.298	.087	.166
P25	.138	.349	.566	.423	.193	.429	-.309	.400	.109	.285	-.131	.193	.513	.109	.524	.096	.214	.263	.262	.417	-.207	.004	.396	.352	1.000	.051	.408	.131	.322	.112	-.029	.042	.258	.434	.363	.399	.259	-.239	.385
P26	.165	.388	.134	.025	.430	.068	.221	.170	.227	.227	.079	-.055	.049	.297	.377	.036	.317	.075	.225	.101	.277	.153	-.187	.038	.051	1.000	.228	.016	.440	.485	.395	.075	.194	.330	.330	.237	-.032	.433	.245
P27	-.034	.142	.047	-.092	.284	.464	-.127	.286	.132	.233	-.037	.435	.147	.335	.427	.212	-.027	.170	.494	.393	-.059	.206	-.166	.101	.408	.228	1.000	.037	.256	.191	.230	-.210	.113	.408	.327	.467	.353	-.130	.401
P28	.444	-.010	.074	.304	.022	.031	-.005	.195	.193	-.259	.202	.279	.405	-.133	.184	.404	.461	.220	-.029	.011	-.037	-.164	.123	.238	.131	.016	.037	1.000	.190	.113	.366	.106	.582	.204	.349	.335	.192	.185	.416
P29	.024	.058	.074	.315	.206	.122	-.199	.106	.285	.049	-.288	-.005	.230	-.046	.154	.043	.234	.267	.085	.044	.166	.185	.077	.096	.322	.440	.256	.190	1.000	.228	.174	.267	.268	.417	.512	.400	.514	.053	.264
P30	.368	.351	.198	.172	.450	.288	.085	.674	.367	.268	.214	.307	.422	.447	.478	.323	.376	.017	.390	.243	.210	.127	.238	.256	.112	.485	.191	.113	.228	1.000	.486	.265	.258	.350	.271	.238	-.021	.318	.385
P31	.344	.267	.101	-.014	.346	-.096	.122	.425	.325	-.191	.063	.180	.314	.093	.232	.347	.365	.364	.196	.060	.269	.140	.049	-.021	-.029	.395	.230	.366	.174	.486	1.000	.364	.141	.283	.283	.274	.018	.282	.459
P32	.027	.067	.211	.365	.239	-.107	.083	.208	.331	.057	-.106	-.164	.267	.057	-.010	.050	.368	.137	.098	.051	.193	.055	.324	.112	.042	.075	-.210	.106	.267	.265	.364	1.000	.099	.152	.263	.272	.181	.173	.200
P33	.251	.272	.223	.372	.021	.258	-.004	.287	.265	.096	.188	.064	.377	.147	.288	.376	.312	.099	.044	.087	-.256	-.251	.042	.288	.258	.194	.113	.582	.268	.258	.141	.099	1.000	.666	.530	.489	.434	.241	.388
P34	.053	.275	.326	.330	.282	.429	-.042	.345	.372	.197	-.058	.193	.358	.109	.403	.025	.337	.263	.335	.337	-.022	.106	.021	.214	.434	.330	.408	.204	.417	.350	.283	.152	.666	1.000	.646	.583	.613	.190	.453
P35	-.032	-.091	.166	.423	.193	.271	-.108	.237	.197	.109	-.131	.295	.358	-.102	.223	.025	.214	.263	.189	.099	.139	.106	.246	.422	.363	.330	.327	.349	.512	.271	.283	.263	.530	.646	1.000	.829	.702	.261	.520
P36	-.209	-.022	.226	.398	.240	.514	-.010	.199	.255	.255	-.017	.366	.214	.057	.284	.199	.197	.272	.416	.301	-.028	.055	.259	.412	.399	.237	.467	.335	.400	.238	.274	.272	.489	.583	.829				

Se muestra la matriz de covarianzas la cual “indica la forma en que las dos variables se mueven juntas. Si el valor es positivo las dos variables se encuentran directamente relacionadas, un valor negativo indica que están inversamente relacionadas, un valor de 0 indica que no tienen relación, las variables son independientes



	Matriz de covarianzas entre elementos																																							
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	
P1	.350	.122	.011	.017	.010	-.076	-.028	.234	.057	-.086	.033	.001	.135	-.018	.111	.163	.185	.007	-.102	-.086	.033	-.012	.009	-.001	.058	.053	-.012	.181	.007	.138	.099	.007	.110	.022	-.014	-.101	-.083	.052	.004	
P2	.122	.470	.085	.037	.159	.081	-.050	.318	.172	.101	-.031	-.074	.158	.180	.314	.211	.238	.057	.169	.172	-.031	-.011	-.017	.074	.170	.144	.060	-.005	.021	.153	.089	.021	.138	.134	-.044	-.012	-.049	.004	.135	
P3	.011	.085	.394	.117	.057	.115	.096	.185	.022	.094	.075	.087	.118	.046	.155	.006	.080	.060	.064	.094	-.068	-.053	.219	.163	.252	.046	.018	.032	.025	.079	.031	.060	.103	.145	.074	.116	.034	-.042	.048	
P4	.017	.037	.117	.293	-.011	.131	.054	.085	.106	.106	.065	.021	.160	.043	.134	-.058	.140	.090	.084	.106	.030	.005	.218	.229	.163	.007	-.031	.113	.090	.059	-.004	.090	.149	.127	.163	.176	.133	.058	.099	
P5	.010	.159	.057	-.011	.320	.054	-.046	.212	.127	.020	-.080	.022	.081	.096	.245	.105	.218	.062	.160	.127	.099	.135	-.023	.085	.078	.132	.100	.009	.062	.161	.095	.062	.009	.113	.078	.111	.015	.110	.174	
P6	-.076	.081	.115	.131	.054	.401	.112	.108	.097	.204	.058	.132	.031	.166	.217	.001	.052	.041	.241	.240	-.014	.075	.172	.190	.193	.023	.182	.014	.041	.116	-.030	-.031	.121	.193	.122	.266	.135	.034	.145	
P7	-.028	-.050	.096	.054	-.046	.112	.564	-.163	.050	.050	.288	.034	-.135	.126	-.075	-.091	-.042	.028	.031	.015	.002	.012	.099	.037	-.165	.090	-.059	-.002	-.079	.041	.044	.028	-.002	-.022	-.058	-.006	-.096	.163	-.039	
P8	.234	.318	.185	.085	.212	.108	-.163	.852	.254	.004	-.017	.116	.448	.192	.454	.281	.400	.016	.320	.254	.018	-.015	.167	.206	.262	.085	.164	.124	.052	.394	.190	.087	.196	.227	.155	.150	.065	-.031	.383	
P9	.057	.172	.022	.106	.127	.097	.050	.254	.328	.006	-.041	.002	.200	.070	.150	.075	.227	.050	.153	.149	.067	.083	.053	.069	.044	.070	.047	.076	.086	.133	.090	.086	.112	.151	.080	.119	.085	.139	.257	
P10	-.086	.101	.094	.106	.020	.204	.050	.004	.006	.328	.138	.074	.021	.213	.222	.004	-.095	-.021	.188	.185	-.005	.011	.053	.033	.116	.070	.083	-.102	.015	.097	-.053	.015	.041	.080	.044	.119	.049	.032	.043	
P11	.033	-.031	.075	.065	-.080	.058	.288	-.017	-.041	.138	.475	.155	.033	.208	.180	.054	-.081	.002	.049	.067	.012	-.025	-.087	.015	-.012	-.064	.030	-.016	.096	-.105	.094	.021	-.033	.096	-.028	-.064	-.010	-.075	.053	.073
P12	.001	-.074	.087	.021	.022	.132	.034	.116	.002	.074	.155	.244	.073	.057	.196	.044	-.031	.034	.118	.110	.012	.026	.064	.042	.068	-.015	.133	.095	-.001	.096	.043	-.037	.023	.068	.103	.148	.091	-.044	.124	
P13	.135	.158	.118	.160	.081	.031	-.135	.448	.200	.021	.033	.073	.421	.053	.289	.127	.256	.043	.148	.164	.033	-.012	.151	.142	.236	.017	.059	.181	.079	.174	.099	.079	.181	.165	.165	.113	.096	.016	.325	
P14	-.018	.180	.046	.043	.096	.166	.126	.192	.070	.213	.208	.057	.053	.507	.313	.085	-.038	.018	.262	.213	.030	.076	.032	.015	.055	.115	.148	-.065	-.017	.202	.032	.018	.078	.055	-.052	.033	-.046	-.014	.134	
P15	.111	.314	.155	.134	.245	.217	-.075	.454	.150	.222	.180	.196	.289	.313	.695	.169	.265	.068	.355	.365	.073	.078	.014	.090	.310	.170	.220	.106	.068	.252	.094	-.004	.177	.239	.132	.193	.095	.010	.337	
P16	.163	.211	.006	-.058	.105	.001	-.091	.281	.075	.004	.054	.044	.127	.085	.169	.495	.115	.016	.070	.039	-.053	-.086	-.011	.063	.048	.014	.092	.196	.016	.144	.118	.016	.196	.012	.012	.115	-.006	.076	.169	
P17	.185	.238	.080	.140	.218	.052	-.042	.400	.227	-.095	-.081	-.031	.256	-.038	.265	.115	.667	.101	.163	.191	.062	.022	.142	.245	.124	.140	-.014	.260	.101	.195	.144	.137	.188	.196	.124	.132	.063	.135	.229	
P18	.007	.057	.060	.090	.062	.041	.028	.016	.050	-.021	.002	.034	.043	.018	.068	.016	.101	.207	.031	.050	.038	.084	.099	.144	.085	.018	.048	.069	.064	.005	.080	.028	.033	.085	.085	.101	.083	-.052	.068	
P19	-.102	.169	.064	.084	.160	.241	.031	.320	.153	.188	.049	.118	.148	.262	.355	.070	.163	.031	.473	.367	.014	.068	.042	.096	.128	.084	.211	-.014	.031	.170	.065	.031	.022	.164	.092	.234	.115	.001	.283	
P20	-.086	.172	.094	.106	.127	.240	.015	.254	.149	.185	.067	.110	.164	.213	.365	.039	.191	.050	.367	.399	-.005	.047	.089	.105	.187	.034	.154	.005	.015	.097	.018	.015	.041	.151	.044	.155	.085	-.039	.257	
P21	.033	-.031	-.068	.030	.099	-.014	.002	.018	.067	-.005	-.025	.012	.033	.030	.073	-.053	.062	.038	.014	-.005	.190	.163	.015	-.012	-.064	.065	-.016	-.011	.038	.058	.057	.038	-.083	-.028	.043	-.010	.032	.124	.037	
P22	-.012	-.011	-.053	.005	.135	.075	.012	-.015	.083	.011	-.087	.026	-.012	.076	.078	-.086	.022	.084	.068	.047	.163	.241	.002	-.026	.001	.041	.063	-.055	.048	.039	.033	.012	-.091	.037	.037	.022	.053	.050	.042	
P23	.009	-.017	.219	.218	-.023	.172	.099	.167	.053	.053	.015	.064	.151	-.032	.014	-.011	.142	.099	.042	.089	.015	.002	.448	.329	.188	-.068	-.069	.057	.027	.101	.016	.099	.021	.010	.117	.142	.067	.011	.049	
P24	-.001	.074	.163	.229	.085	.190	.037	.206	.069	.033	-.012	.042	.142	.015	.090	.063	.245	.144	.096	.105	-.012	-.026	.329	.530	.182	.015	.046	.119	.037	.118	-.007	.037	.155	.111	.218	.245	.123	.044	.090	
P25	.058	.170	.252	.163	.078	.193	-.165	.262	.044	.116	-.064	.068	.236	.055	.310	.048	.124	.085	.128	.187	-.064	.001	.188	.182	.505	.020	.180	.064	.121	.050	-.010	.014	.135	.219	.183	.232	.105	-.119	.203	
P26	.053	.144	.046	.007	.132	.023	.090	.085	.070	.070	.030	-.015	.017	.115	.170	.014	.140	.018	.084	.034	.065	.041	-.068	.015	.020	.293	.076	.006	.126	.166	.103	.018	.078	.127	.127	.105	-.010	.165	.099	
P27	-.012	.060	.018	-.031	.100	.182	-.059	.164	.047	.083	-.016	.133	.059	.148	.220	.092	-.014	.048	.211	.154	-.016	.063	-.069	.046	.180	.076	.384	.016	.084	.075	.069	-.059	.052	.180	.144	.236	.124	-.057	.185	
P28	.181	-.005	.032	.113	.009	.014	-.002	.124	.076	-.102	.096	.095	.181	-.065	.106	.196	.260	.069	-.014	.005	-.011	-.055	.057	.119	.064	.006	.016	.475	.069	.049	.122	.033	.297	.100	.171	.188	.075	.090	.213	
P29	.007	.021	.025	.090	.062	.041	-.079	.052	.086	.015	-.105	-.001	.079	-.017	.068	.016	.101	.064	.031	.015	.038	.048	.027	.037	.121	.126	.084	.069	.278	.076	.044	.064	.105	.156	.192	.172	.154	.020	.103	
P30	.138	.153	.079	.059	.161	.116	.041	.394	.133	.097	.094	.096	.174	.202	.252	.144	.195	.005	.170	.097	.058	.039	.101	.118	.050	.166	.075	.049	.076	.401	.149	.076	.121	.158	.122	.123	-.007	.142	.181	
P31	.099	.089	.031	-.004	.095	-.030	.044	.190	.090	-.053	.021	.043	.099	.032	.094	.118	.144	.080	.065	.018	.057	.033	.016	-.007	-.010	.103	.069	.122	.044	.149	.234	.080	.050	.097	.097	.108	.005	.096	.165	
P32	.007	.021	.060	.090	.062	-.031	.028	.087	.086	.015	-.033	-.037	.079	.018	-.004	.016	.137	.028	.031	.015	.038	.012	.099	.037	.014	.018	-.059	.033	.064	.076	.080	.207	.033	.049	.085	.101	.047	.055	.068	
P33	.110	.138	.103	.149	.009	.121	-.002	.196	.112	.041	.096	.023	.181	.078	.177	.196	.188	.033	.022	.041	-.038	-.091	.021	.155	.135	.078	.052	.297	.105	.121	.050	.033	.547	.350	.278	.296	.182	.126	.213	
P34	.022	.134	.145	.127	.113	.193	-.022	.227	.151	.080	-.028	.068	.165	.055	.239	.012	.196	.085	.164	.151	-.028	.037	.010	.111	.219	.127	.180	.100	.156	.158	.097	.049	.350	.505	.326	.339	.248	.095	.239	
P35	-.014	-.044	.074	.163	.078	.122	-.058	.155	.080	.044	-.064	.103	.165	-.052	.132	.012	.124	.085	.092	.044	.043	.037	.117	.218	.183	.127	.144	.171	.192	.122	.097	.085	.278	.326	.505	.482	.283	.131	.275	
P36	-.101	-.012	.116	.176	.111	.266	-.006	.150	.119	.119	-.010	.148	.113	.033	.193	.115	.132	.101	.234	.155	-.010	.022	.142	.245	.232	.105	.236	.188	.172	.123	.108	.101	.296	.339	.482	.667	.313	.171	.372	
P37	-.083	-.0																																						

Estadísticas de elemento de resumen arrojados por el software, el primer renglón medias de los elementos muestra el promedio de todas las medias de todas las preguntas (tabla 3), es decir la suma de las medias 31.93 entre el total de preguntas 39, arroja un valor de 0.819, la media menor es 0.207, el promedio mayor es 1.517; su rango, diferencia entre el valor mayor y menor es de 1.310, la razón por división entre estos 2 valores es de 7.333 y su varianza de 0.163.

Estadísticas de elemento de resumen							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	0.819	0.207	1.517	1.31	7.333	0.163	39
Varianzas de elemento	0.427	0.19	0.852	0.663	4.494	0.022	39
Covarianzas entre elementos	0.087	-0.165	0.482	0.647	-2.918	0.009	39
Correlaciones entre elementos	0.2	-0.309	0.845	1.154	-2.732	0.04	39

La media de la escala si se elimina el elemento, indica el valor que tendría la media en el caso de eliminar uno de los elementos. Como podemos observar en la última ventana de Estadísticos de la escala, la media de la escala es de 31.93 si eliminamos la pregunta 1 la escala quedaría en 31.21.

La correlación elemento total corregida es el coeficiente de homogeneidad corregido. Si es cero o negativo se elimina.

Estadísticas de escala				
	Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
	31.93	145.638	12.068	39

ESTADÍSTICAS DE TOTAL DE ELEMENTO

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item1	31.21	142.813	0.175	0.91
Item2	31.38	138.387	0.42	0.907
Item3	31.52	139.544	0.384	0.907
Item4	31.62	138.744	0.518	0.906
Item5	30.9	138.882	0.483	0.906
Item6	30.45	137.328	0.533	0.905
Item7	30.66	144.591	0.027	0.913
Item8	30.86	131.623	0.621	0.904
Item9	31.48	137.759	0.562	0.905
Item10	30.48	140.973	0.319	0.908
Item11	30.69	142.936	0.135	0.911
Item12	30.55	140.97	0.377	0.907
Item13	31.21	135.813	0.622	0.904
Item14	30.62	139.03	0.363	0.908
Item15	30.79	131.384	0.71	0.902
Item16	30.86	140.052	0.306	0.908
Item17	31.03	135.034	0.523	0.905
Item18	31.66	141.591	0.355	0.908
Item19	30.41	135.751	0.587	0.905
Item20	30.48	136.687	0.579	0.905
Item21	31.69	143.936	0.145	0.909
Item22	31.72	143.564	0.156	0.91
Item23	31.28	139.921	0.333	0.908
Item24	31.31	137.436	0.45	0.906
Item25	31.1	137.025	0.487	0.906
Item26	31.62	140.172	0.403	0.907
Item27	30.72	139.421	0.398	0.907
Item28	31.17	139.219	0.365	0.908
Item29	31.66	140.948	0.352	0.908
Item30	31.45	136.042	0.622	0.904
Item31	31.59	140.323	0.443	0.907
Item32	31.66	142.377	0.281	0.908
Item33	31.17	136.433	0.501	0.906
Item34	31.1	134.953	0.617	0.904
Item35	31.1	136.025	0.55	0.905
Item36	31.03	133.392	0.614	0.904
Item37	31.34	139.877	0.405	0.907
Item38	31	141.286	0.231	0.909
Item39	30.79	133.027	0.704	0.903

El alfa de Cronbach si se elimina el elemento, equivale al valor Alfa si eliminamos cada uno de los ítems. Así podemos ver si eliminamos el ítem 07, Alfa (0.909) mejoraría ya que se pondría en 0.913, Asimismo si eliminaríamos el Ítem 22, Alfa (0.909) mejoraría ya que se pondría en 0.910

ESCALA DIMENSIÓN DE ENFOQUE INTERCULTURAL,DERECHOS,GENERO

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
.920	.917	17

La columna dos la media indica el índice de dificultad de cada pregunta con respecto a las opciones de respuesta estas oscilan entre 0.31 a 1.45. La desviación estándar mide el grado de dispersión de las observaciones individuales alrededor de su media (Webster, 2000), la pregunta 8 tiene la mayor desviación estándar de 0.923.

Estadísticas de elemento			
	Media	Desviación estándar	N
Items1	.72	.591	29
Items2	.55	.686	29
Items3	.41	.628	29
Items4	.31	.541	29
Items5	1.03	.566	29
Items6	1.48	.634	29
Items7	1.28	.751	29
Items8	1.07	.923	29
Items9	.45	.572	29
Items10	1.45	.572	29
Items11	1.24	.689	29
Items12	1.38	.494	29
Items13	.72	.649	29
Items14	1.31	.712	29
Items15	1.14	.833	29
Items16	1.07	.704	29
Items17	.90	.817	29

Se observa que La matriz de correlación es una matriz cuadrada que indica la relación de cada pregunta con las demás, y en sí misma en la diagonal. Muestra el coeficiente de correlación de Pearson (r) como: “medida de la fuerza de la relación lineal entre dos variables, varía de -1 a 1 , cercana a 0 indica poca asociación, cercano a 1 indica una asociación directa y cercana a -1 indica una asociación inversa, entre las variables.

Matriz de correlaciones entre elementos																	
	Items1	Items2	Items3	Items4	Items5	Items6	Items7	Items8	Items9	Items10	Items11	Items12	Items13	Items14	Items15	Items16	Items17
Items1	1.000	.301	.030	.054	.029	-.204	-.064	.429	.167	-.255	.082	.004	.353	-.044	.225	.391	.382
Items2	.301	1.000	.197	.099	.409	.187	-.098	.502	.439	.257	-.065	-.218	.354	.368	.549	.436	.424
Items3	.030	.197	1.000	.344	.159	.288	.204	.319	.062	.260	.174	.282	.290	.102	.297	.014	.156
Items4	.054	.099	.344	1.000	-.036	.381	.133	.170	.342	.342	.175	.078	.456	.112	.298	-.152	.317
Items5	.029	.409	.159	-.036	1.000	.151	-.107	.405	.392	.061	-.205	.079	.221	.238	.520	.263	.472
Items6	-.204	.187	.288	.381	.151	1.000	.236	.185	.268	.564	.132	.421	.075	.368	.410	.003	.100
Items7	-.064	-.098	.204	.133	-.107	.236	1.000	-.234	.117	.117	.557	.093	-.278	.235	-.120	-.172	-.068
Items8	.429	.502	.319	.170	.405	.185	-.234	1.000	.480	.007	-.027	.254	.748	.292	.591	.432	.531
Items9	.167	.439	.062	.342	.392	.268	.117	.480	1.000	.019	-.103	.009	.537	.172	.315	.187	.485
Items10	-.255	.257	.260	.342	.061	.564	.117	.007	.019	1.000	.350	.261	.056	.523	.465	.009	-.203
Items11	.082	-.065	.174	.175	-.205	.132	.557	-.027	-.103	.350	1.000	.456	.074	.424	.313	.112	-.144
Items12	.004	-.218	.282	.078	.079	.421	.093	.254	.009	.261	.456	1.000	.227	.161	.476	.128	-.076
Items13	.353	.354	.290	.456	.221	.075	-.278	.748	.537	.056	.074	.227	1.000	.115	.535	.278	.483
Items14	-.044	.368	.102	.112	.238	.368	.235	.292	.172	.523	.424	.161	.115	1.000	.527	.170	-.066
Items15	.225	.549	.297	.298	.520	.410	-.120	.591	.315	.465	.313	.476	.535	.527	1.000	.288	.389
Items16	.391	.436	.014	-.152	.263	.003	-.172	.432	.187	.009	.112	.128	.278	.170	.288	1.000	.199
Items17	.382	.424	.156	.317	.472	.100	-.068	.531	.485	-.203	-.144	-.076	.483	-.066	.389	.199	1.000

Se muestra la matriz de covarianzas la cual “indica la forma en que las dos variables se mueven juntas. Si el valor es positivo las dos variables se encuentran directamente relacionadas, un valor negativo indica que están inversamente relacionadas, un valor de 0 indica que no tienen relación, las variables son independientes.

Matriz de covarianzas entre elementos																	
	Items1	Items2	Items3	Items4	Items5	Items6	Items7	Items8	Items9	Items10	Items11	Items12	Items13	Items14	Items15	Items16	Items17
Items1	.350	.122	.011	.017	.010	-.076	-.028	.234	.057	-.086	.033	.001	.135	-.018	.111	.163	.185
Items2	.122	.470	.085	.037	.159	.081	-.050	.318	.172	.101	-.031	-.074	.158	.180	.314	.211	.238
Items3	.011	.085	.394	.117	.057	.115	.096	.185	.022	.094	.075	.087	.118	.046	.155	.006	.080
Items4	.017	.037	.117	.293	-.011	.131	.054	.085	.106	.106	.065	.021	.160	.043	.134	-.058	.140
Items5	.010	.159	.057	-.011	.320	.054	-.046	.212	.127	.020	-.080	.022	.081	.096	.245	.105	.218
Items6	-.076	.081	.115	.131	.054	.401	.112	.108	.097	.204	.058	.132	.031	.166	.217	.001	.052
Items7	-.028	-.050	.096	.054	-.046	.112	.564	-.163	.050	.050	.288	.034	-.135	.126	-.075	-.091	-.042
Items8	.234	.318	.185	.085	.212	.108	-.163	.852	.254	.004	-.017	.116	.448	.192	.454	.281	.400
Items9	.057	.172	.022	.106	.127	.097	.050	.254	.328	.006	-.041	.002	.200	.070	.150	.075	.227
Items10	-.086	.101	.094	.106	.020	.204	.050	.004	.006	.328	.138	.074	.021	.213	.222	.004	-.095
Items11	.033	-.031	.075	.065	-.080	.058	.288	-.017	-.041	.138	.475	.155	.033	.208	.180	.054	-.081
Items12	.001	-.074	.087	.021	.022	.132	.034	.116	.002	.074	.155	.244	.073	.057	.196	.044	-.031
Items13	.135	.158	.118	.160	.081	.031	-.135	.448	.200	.021	.033	.073	.421	.053	.289	.127	.256
Items14	-.018	.180	.046	.043	.096	.166	.126	.192	.070	.213	.208	.057	.053	.507	.313	.085	-.038
Items15	.111	.314	.155	.134	.245	.217	-.075	.454	.150	.222	.180	.196	.289	.313	.695	.169	.265
Items16	.163	.211	.006	-.058	.105	.001	-.091	.281	.075	.004	.054	.044	.127	.085	.169	.495	.115
Items17	.185	.238	.080	.140	.218	.052	-.042	.400	.227	-.095	-.081	-.031	.256	-.038	.265	.115	.667

Estadísticas de elemento de resumen arrojados por el software, el primer renglón medias de los elementos muestra el promedio de todas las medias de todas las preguntas, es decir la suma de las medias arroja un valor de 0.972, la media menor es 0.310, el promedio mayor es 1.483; su rango, diferencia entre el valor mayor y menor es de 1.172, la razón por división entre estos 2 valores es de 4.778 y su varianza de 0.145.

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	.972	.310	1.483	1.172	4.778	.145	17
Varianzas de elemento	.459	.244	.852	.608	3.495	.026	17
Covarianzas entre elementos	.097	-.163	.454	.617	-2.795	.013	17
Correlaciones entre elementos	.208	-.278	.748	1.026	-2.692	.047	17

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Items1	15.79	32.099	0.259	0.482	0.919
Items2	15.97	29.677	0.541	0.799	0.903
Items3	16.1	31.096	0.385	0.491	0.912
Items4	16.21	31.599	0.377	0.646	0.913
Items5	15.48	31.33	0.4	0.682	0.912
Items6	15.03	30.82	0.422	0.688	0.91
Items7	15.24	33.261	0.042	0.786	0.934
Items8	15.45	27.113	0.647	0.807	0.993
Items9	16.07	30.709	0.497	0.686	0.907
Items10	15.07	31.709	0.334	0.681	0.915
Items11	15.28	31.635	0.268	0.826	0.92
Items12	15.14	32.123	0.325	0.799	0.916
Items13	15.79	29.67	0.579	0.821	0.901
Items14	15.21	30.099	0.458	0.669	0.908
Items15	15.38	26.815	0.774	0.893	0.984
Items16	15.45	31.113	0.329	0.525	0.916
Items17	15.62	29.744	0.424	0.681	0.911

La Escala Fomento de la Medicina Tradicional muestra el coeficiente alfa de Cronbach total del instrumento que fue 0.962 es excelente, el número de elementos corresponde al número de preguntas consideradas en el instrumento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.962	0.965	15

La columna dos la media indica el índice de dificultad de cada pregunta con respecto a las opciones de respuesta estas oscilan entre 0.28 a 1.52. La desviación estándar mide el grado de dispersión de las observaciones individuales alrededor de su media (Webster, 2000), la pregunta 24 tiene la mayor desviación estándar de 0.728.

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
Items18	0.28	0.455	29
Items19	1.52	0.688	29
Items20	1.45	0.632	29
Items21	0.24	0.435	29
Items22	0.21	0.491	29
Items23	0.66	0.67	29
Items24	0.62	0.728	29
Items25	0.83	0.711	29
Items26	0.31	0.541	29
Items27	1.21	0.62	29
Items28	0.76	0.689	29
Items29	0.28	0.528	29
Items30	0.48	0.634	29
Items31	0.34	0.484	29
Items32	0.28	0.455	29

Se observa que La matriz de correlación es una matriz cuadrada que indica la relación de cada pregunta con las demás, y en sí misma en la diagonal. Muestra el coeficiente de correlación de Pearson (r) como: “medida de la fuerza de la relación lineal entre dos variables, varía de -1 a 1 , cercana a 0 indica poca asociación, cercano a 1 indica una asociación directa y cercano a -1 indica una asociación inversa, entre las variables.

Matriz de correlaciones entre elementos

	Items18	Items19	Items20	Items21	Items22	Items23	Items24	Items25	Items26	Items27	Items28	Items29	Items30	Items31	Items32
Items18	1	0.098	0.176	0.193	0.375	0.324	0.435	0.263	0.075	0.17	0.22	0.267	0.017	0.364	0.137
Items19	0.098	1	0.845	0.045	0.2	0.091	0.192	0.262	0.225	0.494	-0.029	0.085	0.39	0.196	0.098
Items20	0.176	0.845	1	-0.018	0.151	0.21	0.228	0.417	0.101	0.393	0.011	0.044	0.243	0.06	0.051
Items21	0.193	0.045	-0.018	1	0.76	0.051	-0.039	-0.207	0.277	-0.059	-0.037	0.166	0.21	0.269	0.193
Items22	0.375	0.2	0.151	0.76	1	0.007	-0.072	0.004	0.153	0.206	-0.164	0.185	0.127	0.14	0.055
Items23	0.324	0.091	0.21	0.051	0.007	1	0.675	0.396	-0.187	-0.166	0.123	0.077	0.238	0.049	0.324
Items24	0.435	0.192	0.228	-0.039	-0.072	0.675	1	0.352	0.038	0.101	0.238	0.096	0.256	-0.021	0.112
Items25	0.263	0.262	0.417	-0.207	0.004	0.396	0.352	1	0.051	0.408	0.131	0.322	0.112	-0.029	0.042
Items26	0.075	0.225	0.101	0.277	0.153	-0.187	0.038	0.051	1	0.228	0.016	0.44	0.485	0.395	0.075
Items27	0.17	0.494	0.393	-0.059	0.206	-0.166	0.101	0.408	0.228	1	0.037	0.256	0.191	0.23	-0.21
Items28	0.22	-0.029	0.011	-0.037	-0.164	0.123	0.238	0.131	0.016	0.037	1	0.19	0.113	0.366	0.106
Items29	0.267	0.085	0.044	0.166	0.185	0.077	0.096	0.322	0.44	0.256	0.19	1	0.228	0.174	0.267
Items30	0.017	0.39	0.243	0.21	0.127	0.238	0.256	0.112	0.485	0.191	0.113	0.228	1	0.486	0.265
Items31	0.364	0.196	0.06	0.269	0.14	0.049	-0.021	-0.029	0.395	0.23	0.366	0.174	0.486	1	0.364
Items32	0.137	0.098	0.051	0.193	0.055	0.324	0.112	0.042	0.075	-0.21	0.106	0.267	0.265	0.364	1

Se muestra la matriz de covarianzas la cual “indica la forma en que las dos variables se mueven juntas. Si el valor es positivo las dos variables se encuentran directamente relacionadas, un valor negativo indica que están inversamente relacionadas, un valor de 0 indica que no tienen relación, las variables son independientes

Matriz de covarianzas entre elementos															
	Items18	Items19	Items20	Items21	Items22	Items23	Items24	Items25	Items26	Items27	Items28	Items29	Items30	Items31	Items32
Items18	.207	.031	.050	.038	.084	.099	.144	.085	.018	.048	.069	.064	.005	.080	.028
Items19	.031	.473	.367	.014	.068	.042	.096	.128	.084	.211	-.014	.031	.170	.065	.031
Items20	.050	.367	.399	-.005	.047	.089	.105	.187	.034	.154	.005	.015	.097	.018	.015
Items21	.038	.014	-.005	.190	.163	.015	-.012	-.064	.065	-.016	-.011	.038	.058	.057	.038
Items22	.084	.068	.047	.163	.241	.002	-.026	.001	.041	.063	-.055	.048	.039	.033	.012
Items23	.099	.042	.089	.015	.002	.448	.329	.188	-.068	-.069	.057	.027	.101	.016	.099
Items24	.144	.096	.105	-.012	-.026	.329	.530	.182	.015	.046	.119	.037	.118	-.007	.037
Items25	.085	.128	.187	-.064	.001	.188	.182	.505	.020	.180	.064	.121	.050	-.010	.014
Items26	.018	.084	.034	.065	.041	-.068	.015	.020	.293	.076	.006	.126	.166	.103	.018
Items27	.048	.211	.154	-.016	.063	-.069	.046	.180	.076	.384	.016	.084	.075	.069	-.059
Items28	.069	-.014	.005	-.011	-.055	.057	.119	.064	.006	.016	.475	.069	.049	.122	.033
Items29	.064	.031	.015	.038	.048	.027	.037	.121	.126	.084	.069	.278	.076	.044	.064
Items30	.005	.170	.097	.058	.039	.101	.118	.050	.166	.075	.049	.076	.401	.149	.076
Items31	.080	.065	.018	.057	.033	.016	-.007	-.010	.103	.069	.122	.044	.149	.234	.080
Items32	.028	.031	.015	.038	.012	.099	.037	.014	.018	-.059	.033	.064	.076	.080	.207

Estadísticas de elemento de resumen arrojados por el software, el primer renglón medias de los elementos muestra el promedio de todas las medias de todas las preguntas, la media menor es 0.207, el promedio mayor es 1.517; su rango, diferencia entre el valor mayor y menor es de 1.310, la razón por división entre estos 2 valores es de 7.333 y su varianza de 0.197

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	0.63	0.207	1.517	1.31	7.333	0.197	15
Varianzas de elemento	0.351	0.19	0.53	0.34	2.792	0.015	15
Covarianzas entre elementos	0.062	-0.069	0.367	0.436	-5.321	0.005	15
Correlaciones entre elementos	0.179	-0.21	0.845	1.055	-4.03	0.034	15

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Items18	9.17	16.362	0.458	0.729	0.944
Items19	7.93	15.138	0.494	0.818	0.936
Items20	8.00	15.5	0.474	0.801	0.939
Items21	9.21	17.313	0.208	0.761	0.961
Items22	9.24	16.975	0.257	0.806	0.958
Items23	8.79	15.956	0.346	0.747	0.952
Items24	8.83	15.362	0.415	0.789	0.945
Items25	8.62	15.458	0.41	0.574	0.945
Items26	9.14	16.552	0.32	0.604	0.953
Items27	8.24	16.118	0.352	0.682	0.951
Items28	8.69	16.722	0.188	0.408	0.968
Items29	9.17	16.291	0.396	0.536	0.947
Items30	8.97	15.392	0.495	0.598	0.937
Items31	9.10	16.382	0.419	0.793	0.946
Items32	9.17	17.076	0.259	0.44	0.958

Los resultados de la Dimensión Escala Participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud muestra el coeficiente alfa de Cronbach total del instrumento que fue 0.925 es excelente, el número de elementos corresponde al número de preguntas consideradas en el instrumento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.925	0.927	7

La columna dos la media indica el índice de dificultad de cada pregunta con respecto a las opciones de respuesta estas oscilan entre 0.59 a 1.14. La desviación estándar mide el grado de dispersión de las observaciones individuales alrededor de su media (Webster, 2000), la pregunta 36 tiene la mayor desviación estándar de 0.817.

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
Items33	0.76	0.739	29
Items34	0.83	0.711	29
Items35	0.83	0.711	29
Items36	0.9	0.817	29
Items37	0.59	0.568	29
Items38	0.93	0.704	29
Items39	1.14	0.743	29

Se observa que La matriz de correlación es una matriz cuadrada que indica la relación de cada pregunta con las demás, y en sí misma en la diagonal. Muestra el coeficiente de correlación de Pearson (r) como: "medida de la fuerza de la relación lineal entre dos variables, varía de -1 a 1 , cercana a 0 indica poca asociación, cercano a 1 indica una asociación directa y cercana a -1 indica una asociación inversa, entre las variables.

Matriz de correlaciones entre elementos

	Items33	Items34	Items35	Items36	Items37	Items38	Items39
Items33	1	0.666	0.53	0.489	0.434	0.241	0.388
Items34	0.666	1	0.646	0.583	0.613	0.19	0.453
Items35	0.53	0.646	1	0.829	0.702	0.261	0.52
Items36	0.489	0.583	0.829	1	0.674	0.298	0.613
Items37	0.434	0.613	0.702	0.674	1	0.015	0.309
Items38	0.241	0.19	0.261	0.298	0.015	1	0.224
Items39	0.388	0.453	0.52	0.613	0.309	0.224	1

Se muestra la matriz de covarianzas la cual "indica la forma en que las dos variables se mueven juntas. Si el valor es positivo las dos variables se encuentran directamente relacionadas, un valor negativo indica que están inversamente relacionadas, un valor de 0 indica que no tienen relación, las variables son independientes.

Matriz de covarianzas entre elementos

	Items33	Items34	Items35	Items36	Items37	Items38	Items39
Items33	.547	.350	.278	.296	.182	.126	.213
Items34	.350	.505	.326	.339	.248	.095	.239
Items35	.278	.326	.505	.482	.283	.131	.275
Items36	.296	.339	.482	.667	.313	.171	.372
Items37	.182	.248	.283	.313	.323	.006	.131
Items38	.126	.095	.131	.171	.006	.495	.117
Items39	.213	.239	.275	.372	.131	.117	.552

Estadísticas de elemento de resumen arrojados por el software, el primer renglón medias de los elementos muestra el promedio de todas las medias de todas las preguntas decir la suma de las medias 31.93 entre el total de preguntas 7, arroja un valor de 0.852, la media menor es 0.586, el promedio mayor es 1.138; su rango, diferencia entre el valor mayor y menor es de 0.552, la razón por división entre estos 2 valores es de 1.941 y su varianza de 0.028.

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	0.852	0.586	1.138	0.552	1.941	0.028	7
Varianzas de elemento	0.513	0.323	0.667	0.345	2.069	0.011	7
Covarianzas entre elementos	0.237	0.006	0.482	0.475	78.2	0.012	7
Correlaciones entre elementos	0.461	0.015	0.829	0.814	53.837	0.042	7

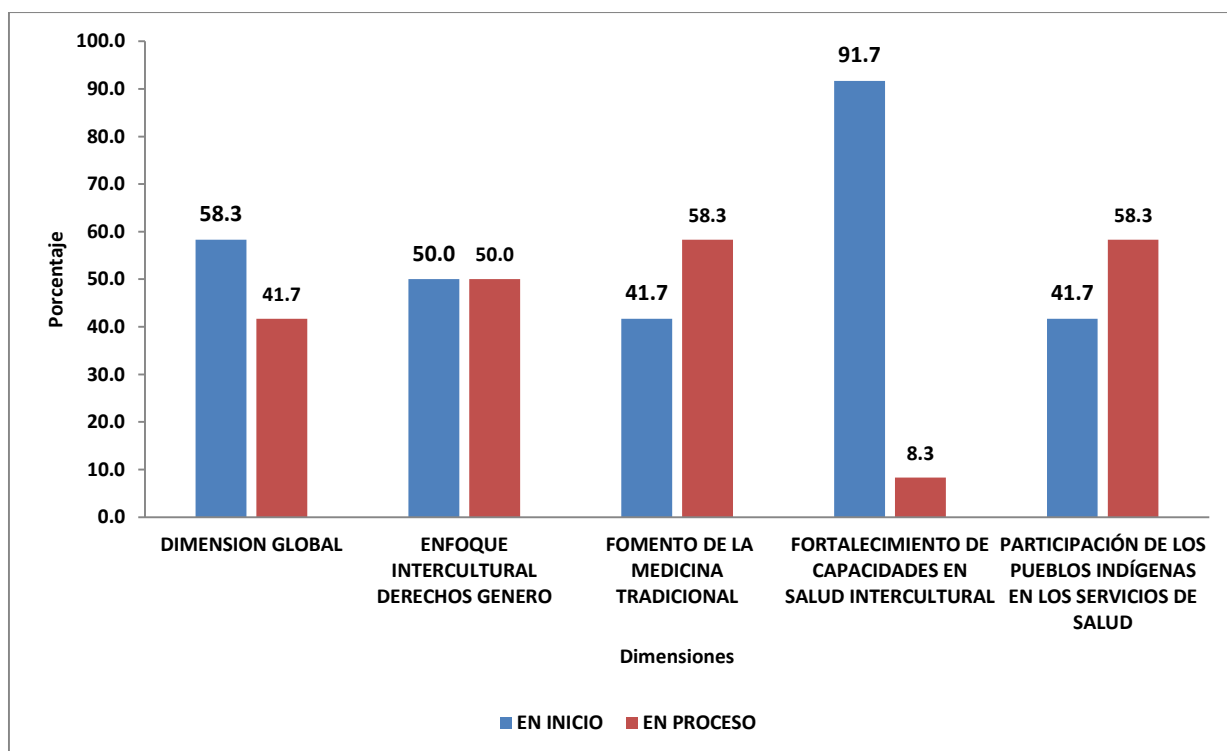
Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Items33	5.21	10.099	0.615	0.472	0.938
Items34	5.14	9.837	0.716	0.61	0.923
Items35	5.14	9.48	0.811	0.749	0.909
Items36	5.07	8.924	0.808	0.767	0.907
Items37	5.38	10.887	0.62	0.623	0.939
Items38	5.03	11.749	0.268	0.185	0.984
Items39	4.83	10.291	0.565	0.431	0.945

RESULTADOS :

A continuación se presenta resultados, considerando dentro de los 39 ítems con algunos gráficos las más representativas dentro de las 04 dimensiones de esta variable.

FIGURA 8: EVALUACION DE LOS COMPONENTES DE PROPUESTA DE MODELO INTERCULTURALIDAD PARA MEJORAR EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD, EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD I-3, PROVINCIA CONDORCANQUI, 2016.



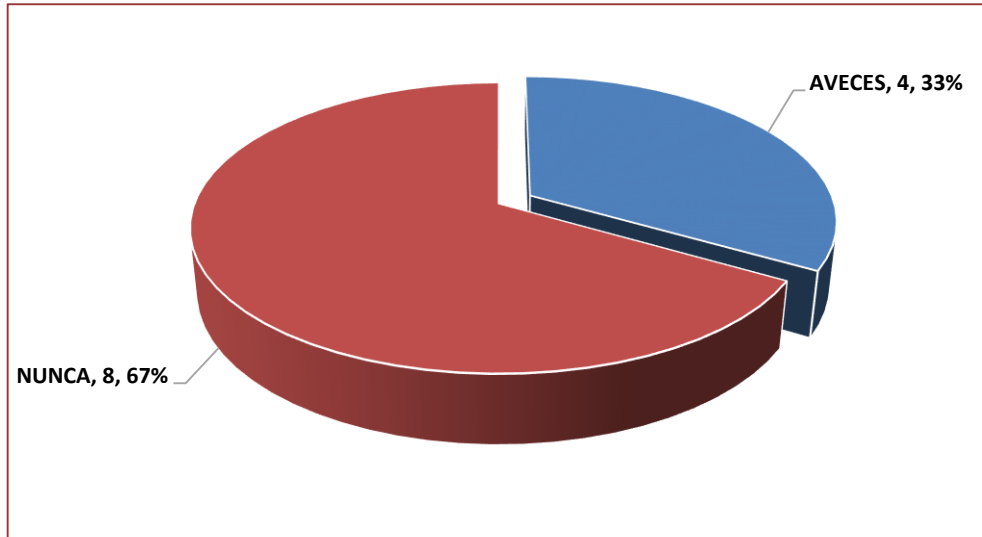
Fuente: Herramienta para medir: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

Interpretación

En la figura 7, claramente nos ubica las cuatro dimensiones del resultado global de como el equipo basico de salud nos da a conocer de como estan trabajando en abordaje de interculturalidad en nuestros servicios de salud CS. I-3, identificando un avance en una etapa inicial del 58.3% y en proceso el 41.7%.

Asimismo Analizando observamos que en la dimension del Enfoque de interculturalidad Derecho y Genero estamos el 50% en inicio y un 50% en proceso; asimismo en la dimension de Fomento de la Medicina tradicional se encuentra un 41.7% en inicio y un 58.3% en proceso; la dimension de fortalecimiento de capacidades en salud intercultural refleja que nuestro personal esta en etapa de inicio interculturalidad en un 91.7% y en proceso el 8.3% y finalmente en la dimension de Participacion de los Pueblos Indigenas se observa una etapa inicial de 41.7% y en proceso en el 58.3%.

FIGURA 9: SE APLICA CRITERIOS DE PERTINENCIA ÉTNICA EN LOS REGISTROS OFICIALES DE SECTOR.

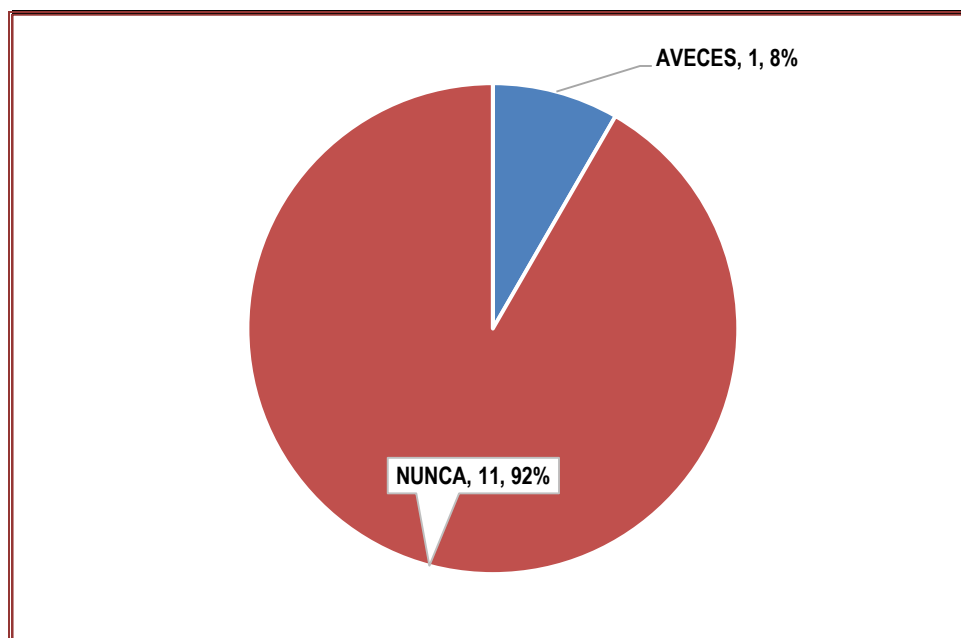


Fuente: Herramienta para medir: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

Interpretación

En relación al sistema de registro en el sector, la respuesta es que se registra en el HIS, en el SIS, pero que no lo están haciendo en todo tipo de registro, es por eso que la respuesta es a veces 4.33%, pero al asimismo cuando se encuentra una respuesta negativa de más de la mitad del personal es que la mayoría de profesionales no hace la diferenciación para colocar claramente la variable étnica, no preguntan al usuario, su identidad, determinan que por su apellido o características físicas, califican así y colocan su código, reconociendo además que sus reportes de indicadores carecen de la variable étnica.

FIGURA 10: SE HA ELABORADO UNA SALA SITUACIONAL CON PERTINENCIA INTERCULTURAL DE LA SALUD.

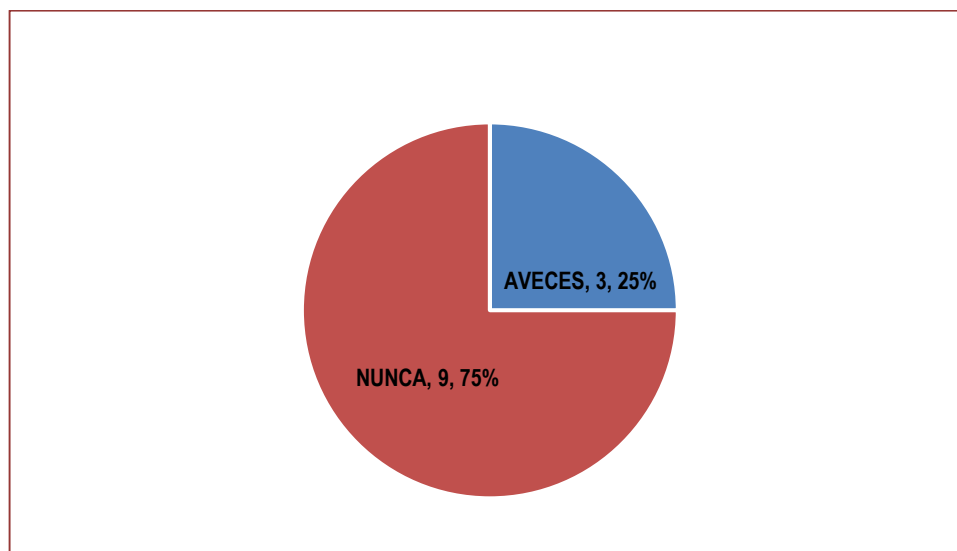


Fuente: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

Interpretación

En los 04 Centros de Salud I-3 es casi nulo que el personal elabore sus reportes de indicadores de las diversas acciones sanitarias con la variable étnica, es por eso el resultado de nunca en 11.92%, en la gran mayoría sus reportes solo indican coberturas en las atenciones realizadas, solamente los casos de mortalidad o casos como de VIH/SIDA lo hacen con un reporte de etnia y por sexo.

FIGURA 11: EL EESS INCORPORA ESPECIALISTAS AGENTES DE LA MEDICINA TRADICIONAL (AMT) AWUAJUN-WAMPIS EN LA ATENCIÓN DE SALUD.

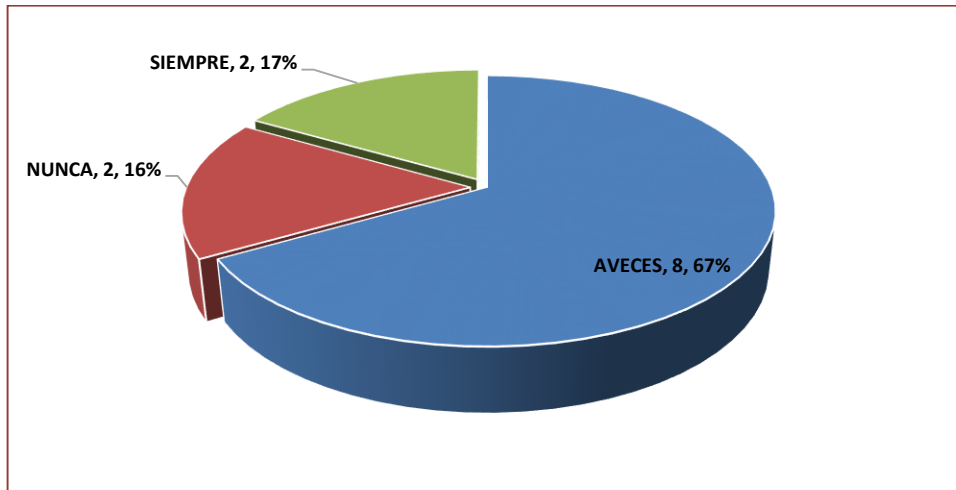


Fuente: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

Interpretación

El personal de salud manifiesta que incorporar para que los Agentes de la medicina tradicional ingresen o atiendan o estén en los EESS, eso no está implementado 9.75%, porque aún no existe dentro de su sistema de atención la presencia de un AMT para un trabajo conjunto; sin embargo algunos aceptan como es el caso en la atención del parto la presencia de la partera tradicional de ahí la respuesta de a veces de un 3.25%.

FIGURA 12: LOS LETREROS O IMÁGENES QUE IDENTIFICAN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE EESS SON DE FÁCIL ENTENDIMIENTO POR LOS USUARIOS.

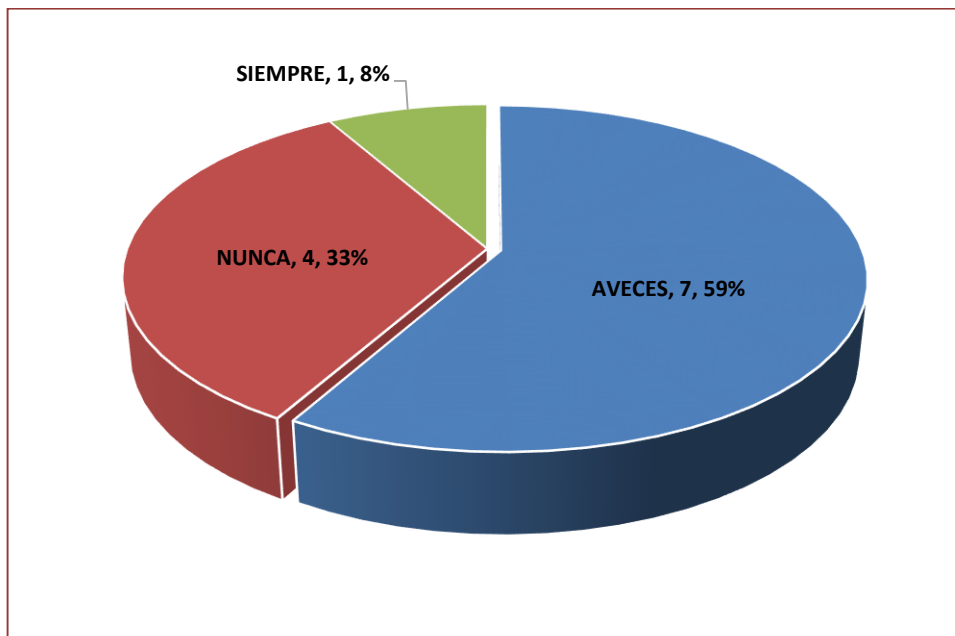


Fuente: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

Interpretación

Los Centros de salud, tienen letreros indicando el ambiente que servicio se brinda y generalmente manifiestan que son los consultorios de los niños y de la gestante que puede tener algunas imágenes o indican adicionalmente del nombre de los ambientes con letra en el idioma de ahí el resultado del 8.67% como a veces y calificaron como nunca 2.16% y siempre 2.17% sin embargo cuando se preguntó si lo han hecho con dialogo consultando a los usuario no lo habían hecho fue desde solo la oferta.

FIGURA 13: EL PERSONAL DE SALUD INFORMA Y PROMOCIONA LOS DERECHOS EN SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN ASAMBLEAS COMUNALES.

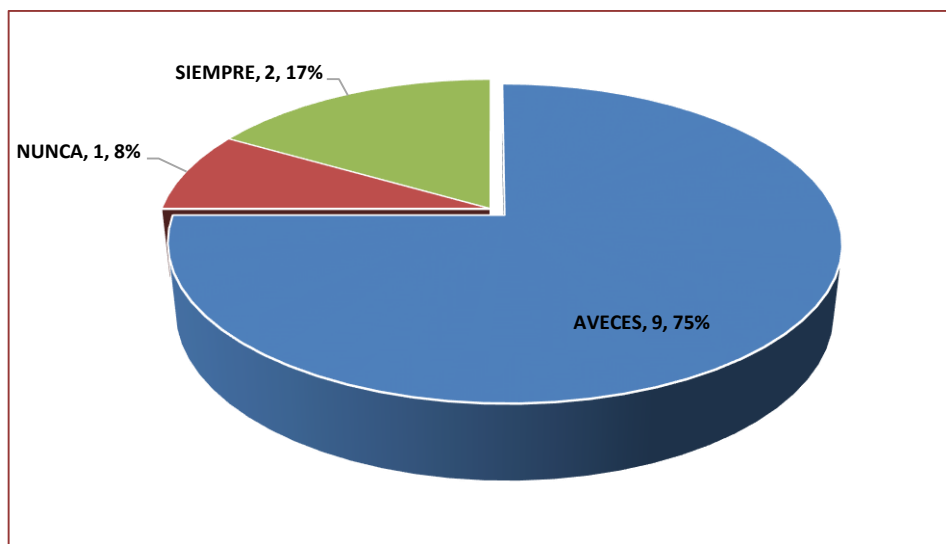


Fuente: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

Interpretación

Ante esta pregunta, el reporte es a veces en un 7.59% porque se reconoce que se hacen reuniones cuando se va a realizar alguna actividad sanitaria, como vacunación, desparasitación y se recalca que es un derecho y de beneficio para la salud del niño, pero este resultado también refleja las pocas reuniones que se hace con la comunidad por el EESS y refleja el 4.33% que no promueve en reuniones.

FIGURA 14: PERSONAL DEL EESS HABLA IDIOMA DE LOS PUEBLOS ORIGINARIOS DE SU ÁMBITO

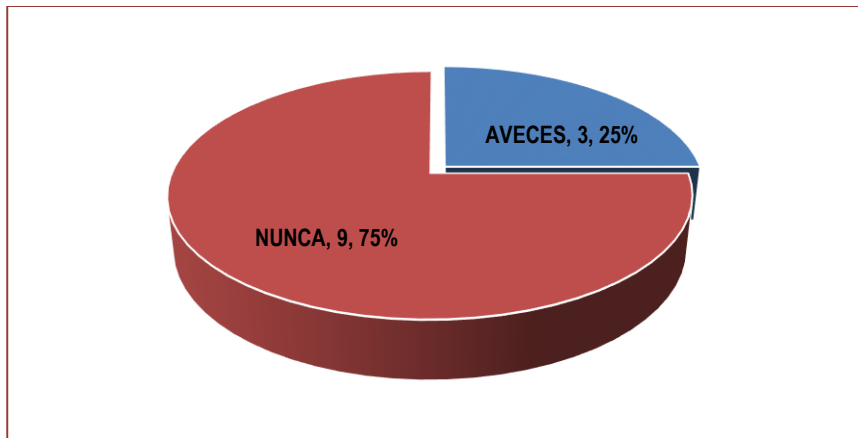


Fuente: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

Interpretación

Dentro del equipo básico de salud son los técnicos de enfermería del lugar que son bilingües que se comunican en su lengua materna con los usuarios, lo que refleja en forma muy minoritaria el 2.17% y nunca están relacionados más en el personal médicos, y a veces con el 9.75% por obstetras y algunos personal de enfermería, sin embargo dentro de los profesionales de la salud en su mayoría mestizos, son las obstetras que están logrando más aprendizaje de palabras, oraciones para la comunicación principalmente con las gestantes y si no logran una buena comunicación, al igual que los médicos y enfermeras solicitan el apoyo de traductor que es el personal técnico que labora en el E.S.

FIGURA 15: REGISTRA EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMACIÓN ETNOMÉDICA (TÉCNICAS SABERES PARA CURAR) PLANTAS MEDICINALES, ANIMALES, OTROS) PROPORCIONADA POR EL USUARIO

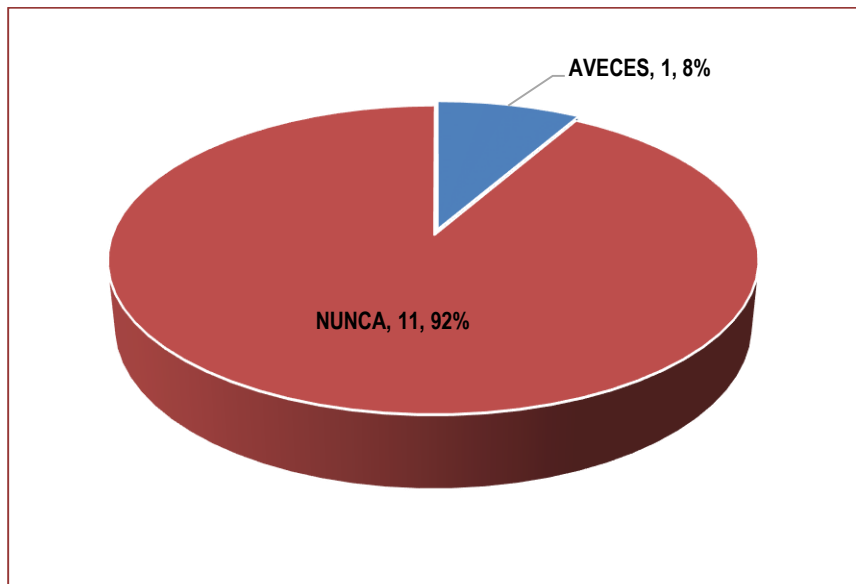


Fuente: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

Interpretación.

En todos los C.S. aún no se tiene oficializado que este tipo de registro etnomédico se deba registrar en una Historia Clínica, es por ello que el % de Nunca es 9.75%, y la respuesta de a veces es la que cuando acuden al momento del parto son a las gestantes que se les preguntan si tomó algo o ha utilizado alguna planta, en frotaciones o bebidas, entonces nos refirieron que son las obstetras que tienden a preguntar y a veces a registrar de ahí de la respuesta a veces del 3.25%.

FIGURA 16: EL EESS TIENE REGISTRO DE PLANTAS MEDICINALES

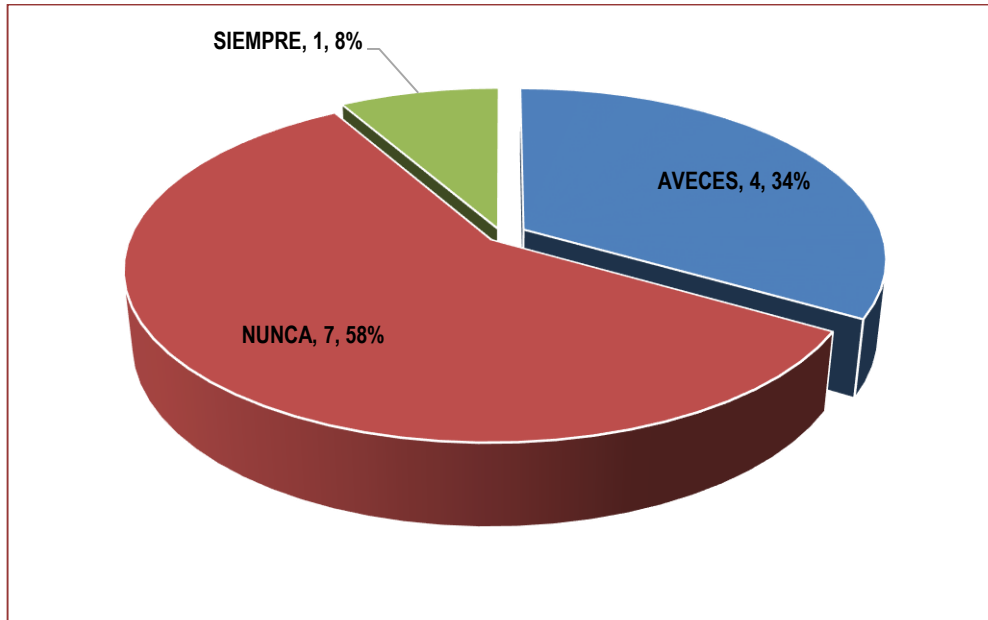


Fuente: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

Interpretación.

El personal de los EESS, encuestados manifestaron que no registran, ni están utilizando plantas medicinales, tampoco lo están indicando porque no han recibido capacitación en estos temas de ahí la respuesta del 11.92% sin embargo el % del 1% que manifiestan a veces se trata que algunas profesionales responden afirmativamente porque permiten que los familiares traigan sus infusiones, y otras plantas para apoyar a la parturienta, y que a veces lo registran en la historia clínica, pero nunca sacan reportes.

FIGURA 17: DURANTE LA ATENCIÓN SE RECOGE EN LA ANAMNESIS LOS SÍNDROMES SOCIOCULTURALES

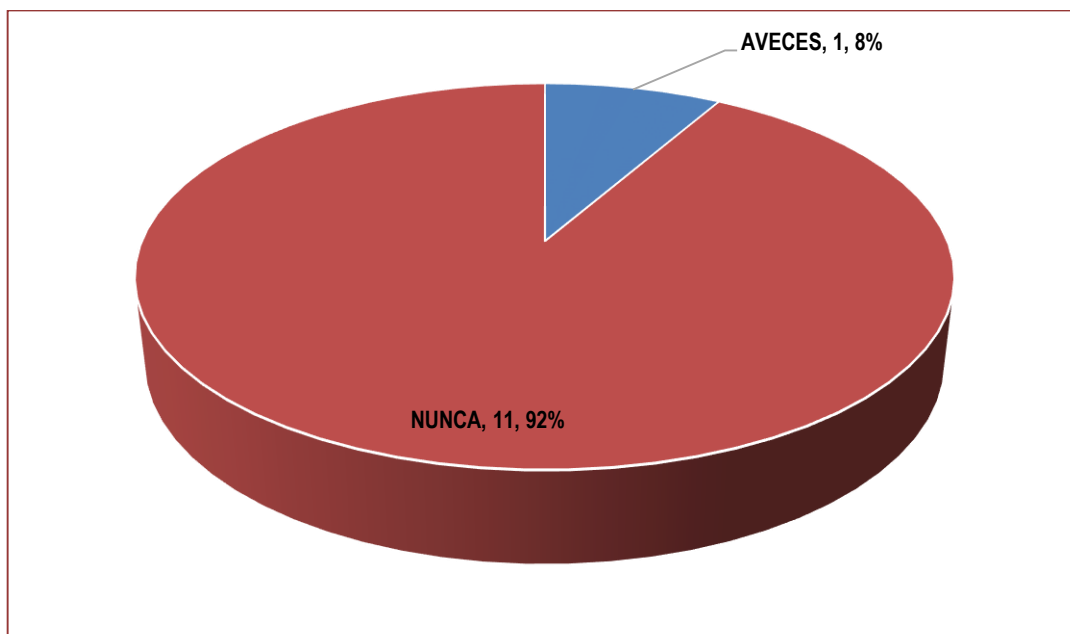


Fuente: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

Interpretación.

Sobre los Síndromes socioculturales es muy poco que se logra recoger datos en una anamnesis, los que solo lo hacen y preguntan son el personal técnico de enfermería del lugar por la confianza que tienen y refleja el 1.8% pero que no llega a ser registrado en la Historia clínica y reconociendo en forma mayoritaria que no lo hacen el 7.58%.

FIGURA 18: EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO PARTICIPA DE TALLERES DE EPS (EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD) SOBRE CONCEPCIONES, PRÁCTICAS Y REPERTORIOS DE LA MEDICINA INDÍGENA?- DIÁLOGOS

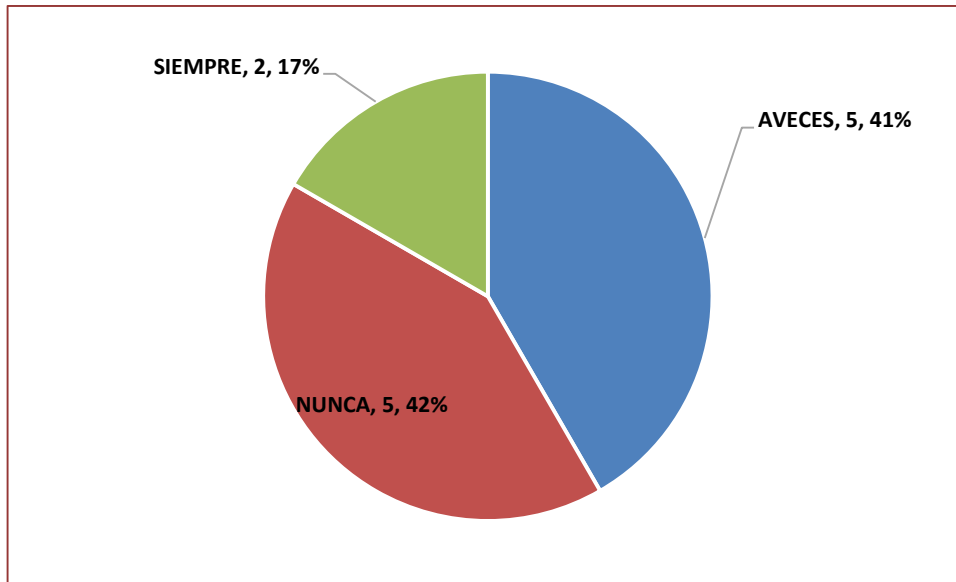


Fuente: Encuesta aplicada (instrumento de evaluación).

Interpretación.

El presente gráfico nos representa a que en su gran mayoría el 11.92% el personal no ha tenido la oportunidad de recibir talleres de EPS, y solo entre 1 a 2 personal de salud en algún momento participo de alguna capacitación, o ha estado presente en algunos diálogos que se ha realizado en su comunidad 1.8%. de ahí la importancia de poder fortalecer competencia en interculturalidad como ejecutar diálogos en salud.

FIGURA 19: PERSONAL DEL EESS BUSCA APRENDER EL IDIOMA CON DOCENTES LOCALES BILINGÜES U OTRO ACTOR LOCAL

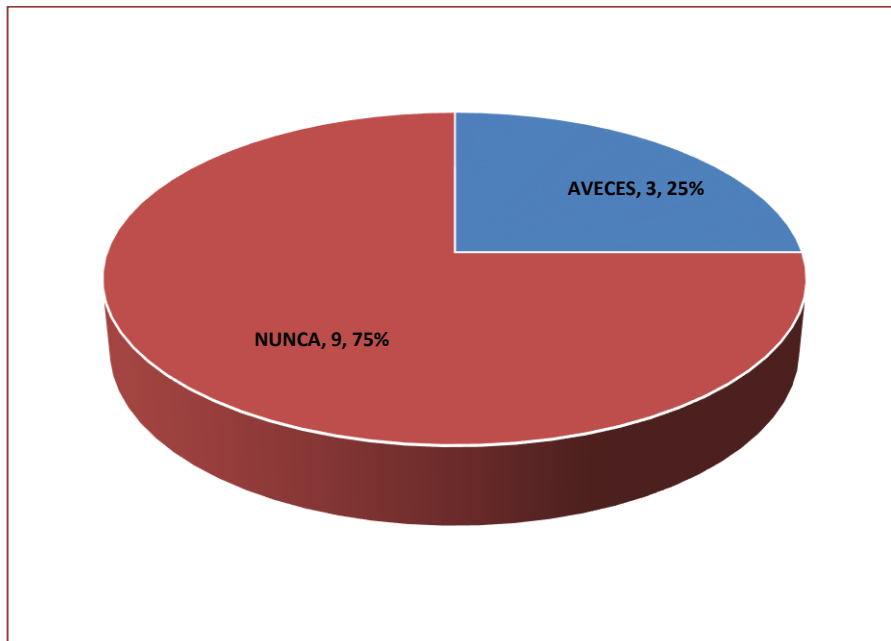


Fuente: Encuesta aplicada (instrumento de evaluación).

Interpretación.

El personal de salud que manifestó positivamente como siempre y algunos a veces han reconocido que la mejor enseñanza en el idioma es la que enseña el docente bilingüe pero como han sido pocos los que han llegado a aprender refleja el 2.17% y el 5.41% respectivamente, reconoce que es el docente pero es también con los técnicos de enfermería bilingües y el mismo contacto comunicación con la población que van aprendiendo.

FIGURA 20: SE CONCERTA CON LA COMUNIDAD LA “ADECUACIÓN” CULTURAL DEL ESTABLECIMIENTO.

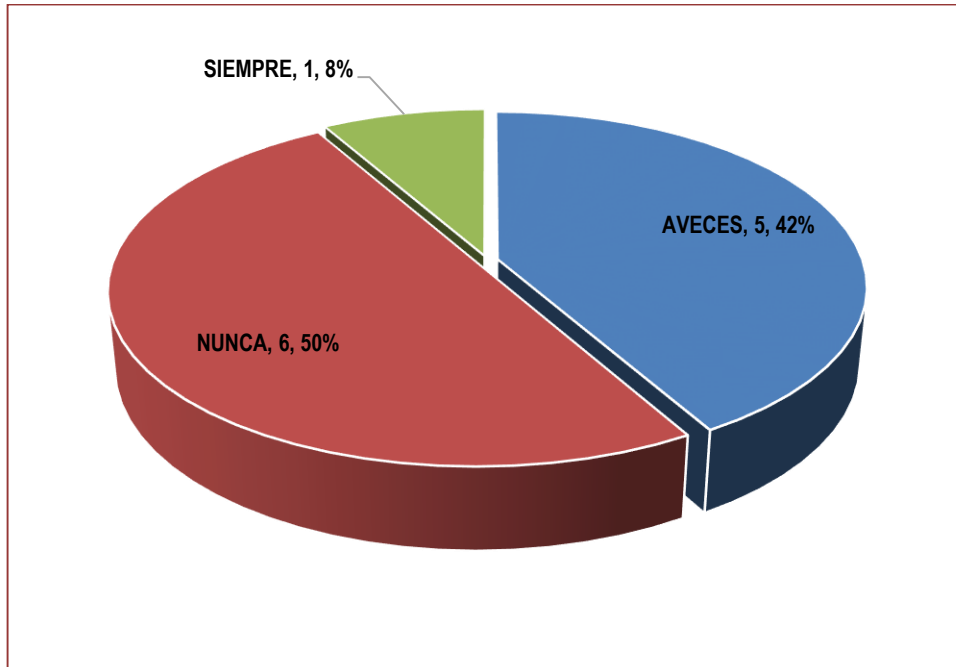


Fuente: Encuesta aplicada (instrumento de evaluación).

Interpretación

En esta pregunta la respuesta es mayoritaria nunca, porque aún no se promueve el dialogo, la consulta previa para poder iniciar propuesta de una mejora calidad de atención a los usuarios en cada etapa de la vida, y de acuerdo a la cartera de servicio que brinda el EESS que no es difundida, el personal reconoce que para todo proceso dentro de los sistemas de salud no están haciendo partícipes a la población.

FIGURA 21: SE REGISTRA EN DOCUMENTOS LAS ACCIONES REALIZADAS CON LA POBLACIÓN PARA PROMOVER EL BUEN VIVIR

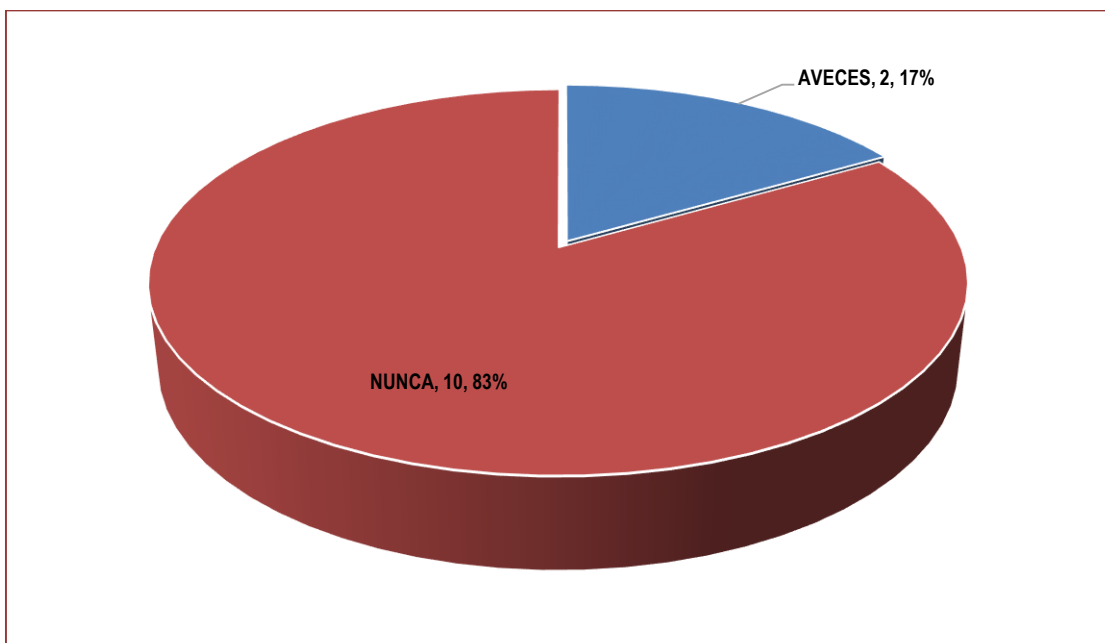


Fuente: Encuesta aplicada (instrumento de evaluación).

Interpretación

Con este tipo de respuesta de nunca del 6.50% se reconoce que son muy pocas las reuniones para poder involucrar a la población a sus líderes y otros actores locales para involucrarse en la solución y el cuidado de su salud como de su comunidad, y con la respuesta de a veces en el 5.42%.son de actividades periódicas que realiza el personal de salud, pero no existe planes integrales en la que no solo se vean dolencias sino considerando la cosmovisión para la armonía en su vivir.

FIGURA 22: SE HA ELABORA PLANES DE SUPERVISIÓN COMUNAL DE SALUD CONJUNTAMENTE CON LA POBLACIÓN.

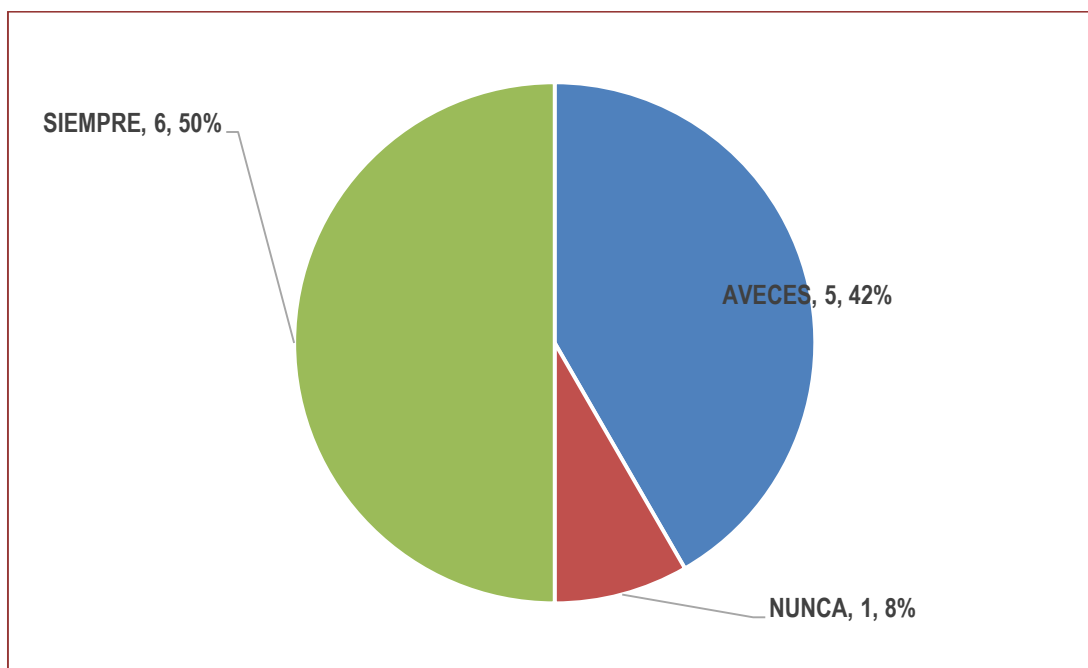


Fuente: Encuesta Aplicada (Instrumento de evaluación).

Interpretación.

El equipo básico de salud reconoce que no se están realizando planes conjuntos con los actores de la comunidad 10.80% y por ello tampoco tiene previsto hacer visitas con acompañamiento de actores a otras comunidades o EESS de la jurisdicción para realizar supervisiones, seguimiento o visitas a las familias para ver situaciones de salud de la población.

FIGURA 23: LA PARTERA ATIENDE PARTO EN EESS O DOMICILIO EN COORDINACIÓN O CONJUNTAMENTE CON PERSONAL DE SALUD.



Fuente: Encuesta Aplicada (Instrumento de evaluación).

Interpretación.

El personal de salud en este caso la respuesta afirmativa de siempre los hacen participes a las parteras son respuestas de las obstetras 6.50% en su mayoría, también los técnicos manifiestan que si hacen participar y dan una respuesta de A veces en 5.42% porque han existido ocasiones que no viene la partera si no son familiares que acompañan de ahí este porcentaje y el 1% se refería porque no ha tenido oportunidad de atender y que por ser varón casi no permiten participar.

7.2. Herramienta Variable Dependiente.

HERRAMIENTA PAR MEDIR EL AVANCE EN LA IMPLMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL BASADO EN FAMIIA Y COMUNIDAD

Red de Salud..... Microred:..... C.S.....

Provincia:.....Departamento:.....

LISTA DE CHEQUEO DE EVIDENCIAS

Las evidencias pueden ser constatadas por el responsable del monitoreo o acompañamiento, verificando al azar y por muestreo la existencia de las mismas, o presentadas por el personal del establecimiento de salud de diversas formas (copias, pantallazos, fotos, videos, etc.), con carácter muestral, que deberían quedar guardadas en un archivo digital.

Dimensión- Sección	Nº	Nombre de la evidencia	Chequeo	
			SI	NO
1. Organización del Equipo de Salud, del Territorio y de la Población.	1	Acta de la última sesión EPS.		
	2	Libro de actas de las reuniones EPS.		
	3	Mapa de sectorización publicado en el EESS y en la comunidad.		
	4	Ficha familiar llenada correctamente.		
	5	SISFAC instalada en una PC exclusiva y muchas fichas familiares ingresadas.		
	6	Reporte de base de datos de respaldo y de consolidación.		
	7	Carpetas familiares organizadas en admisión.		
	8	Viviendas identificadas con rótulos y UBIGEO.		
2. Análisis de la Información e Intervención en la Unidad Familiar.	1	Archivo digital de reportes generados y reporte PAIFAM en carpeta familiar.		
	2	Información de familias y comunidades en sala situacional del EE.SS y si es posible en el municipio.		
	3	PAIFAM implementado en las familias.		
	4	PAIFAM con seguimiento y monitoreo - SyM.		
	5	Visión y plan de salud en las familias.		
	6	PSF con seguimiento y monitoreo – SyM		
	7	Historial en SISFAC.		
	8	Factores protectores logrados. Ficha familiar en el SISFAC.		
	9	Factores protectores logrados. Foto PSF sección de SyM.		
3. Organización y Participación Comunitaria e Intersectorialidad para el Abordaje de Determinantes Sociales.	1	Registro de ACS y de las capacitaciones a dichos ACS.		
	2	Actas de conformación de CONDECOS.		
	3	Visión, diagnóstico y plan de trabajo de cada CONDECO.		
	4	Resolución de alcaldía y RUOS del CONDECO.		
	5	Plan de trabajo de CONDECO evaluado.		

	6	<i>Acta de reunión con el CONEI.</i>		
	7	<i>Diagnóstico del CONEI.</i>		
	8	<i>Plan de trabajo del CONEI en base a 5 componentes de la matriz de desarrollo sostenible.</i>		
	9	<i>Plan de trabajo del CONEI evaluado.</i>		
	10	<i>Ordenanza municipal de constitución del CMS.</i>		
	11	<i>Diagnóstico y Plan de trabajo del CMS.</i>		
	12	<i>Actas de revisión, evaluación y/o mejora de la ejecución del PdT anual del CMS. % de avances.</i>		
4. Reorientación del Servicio de Salud con Énfasis en la Pertinencia Intercultural.	1	<i>Cartel, tablero o mural del Establecimiento de Salud.</i>		
	2	<i>Cartera de servicios ubicado en el exterior del EESS.</i>		
	3	<i>Flujograma de la atención individual , familiar y comunitaria ubicado en el interior del EESS.</i>		
	4	<i>Foto de cada uno de los ambientes (interno) donde se brinda PAIS por etapa de vida.</i>		
	5	<i>Correcta identificación de cada uno de los ambientes (en su exterior) donde se brinda AIS por EdV.</i>		
	6	<i>Asientos con pellejos o mantas y equipos de audio y video con documentales de la zona.</i>		
	7	<i>Sala situacional con todo lo señalado e información de no más de un mes de antigüedad.</i>		
	8	<i>Archivo Excel del POA del EESS.</i>		
	9	<i>Registro de prestaciones o intervenciones por perfil profesional.</i>		
	10	<i>Programación mensual; contrastar lo programado y ejecutado.</i>		
	11	<i>Registro de ACS en el directorio del EESS.</i>		
	12	<i>Libro de actas o EPS.</i>		
	13	<i>Registro de plantas publicado en el EESS.</i>		
	14	<i>Parcela con plantas medicinales en el EESS.</i>		
	15	<i>Potes o sobres con plantas medicinales deshidratadas en el EESS.</i>		
	16	<i>De tres HCL tomadas al azar al menos una tiene la prescripción de plantas.</i>		
	17	<i>Registro de TT en el directorio del EESS.</i>		
	18	<i>Registro de síndromes culturales en EESS.</i>		
	19	<i>De tres HCL tomadas al azar al menos una tiene el registro de síndromes culturales.</i>		
	20	<i>Testimonio del personal de salud sobre trabajo articulado con TT.</i>		

	21	<i>Registro de atención de síndromes culturales.</i>		
	22	<i>Registro de personas alojadas en casa materna (I-3 y I-4).</i>		
	23	<i>Ambiente físico de la sala de parto implementado y código 080 en el HIS (I-3 y I-4).</i>		
	24	<i>Archivo del plan y/o proyecto de mejora continua de calidad, y registro de las mejoras implementadas.</i>		
	25	<i>Registros de referencias y contrareferencias coherentes entre el EESS y/o los ACS, los CONDECOS y los TT.</i>		
5. Atención Integral e Integrada a la persona por Etapas de Vida.	1	<i>De tres carpetas familiares con niños/as, tomadas al azar, al menos dos tienen la HCL y Plan de atención integral de salud correctamente llenados.</i>		
	2	<i>De tres carpetas familiares con adolescentes, tomadas al azar, al menos dos tienen la HCL y Plan de atención integral de salud correctamente llenados.</i>		
	3	<i>De tres carpetas familiares con jóvenes, tomadas al azar, al menos dos tienen la HCL y Plan de atención integral de salud correctamente llenados.</i>		
	4	<i>De tres carpetas familiares con adulto mayor, tomadas al azar, al menos dos tienen la HCL y Plan de atención integral de salud correctamente llenados.</i>		
	5	<i>De tres carpetas familiares con adulto mayor, tomadas al azar, al menos dos tienen la HCL y Plan de atención integral de salud correctamente llenados.</i>		
	6	<i>De tres carpetas familiares con gestantes, tomadas al azar, al menos dos tienen la HCL y Plan de atención integral de salud correctamente llenados.</i>		

VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTOS

INFORME OPINION DE EXPERTOS: INSTRUMENTO (PRE Y POST- TEST)

I. DATOS DEL PROFESIONAL EXPERTO (Completa el experto)	
Nombres y apellidos	Bertila Hernández Fernández.
Profesión (es)	Licenciada en Educación.
Grado (os) académico (s)	Doctor.
Institución (es) donde labora	UGEL - Chiclayo.
Cargo que desempeña	Especialista en Educación.
II. DATOS RELACIONADOS AL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN (Completa el investigador/ a)	
Título de la Investigación	"Propuesta de Gestión Intercultural para mejorar la Atención Integral BFC de los C.S I-3 de la Provincia de Conchucanqui Amazonas 2016"
Autor	Norma Lenny Cruz Vilcarramero
Denominación del Instrumento a validar	

III. CRITERIOS DE EVALUACIÓN (Completa el experto)

Criterios	Indicadores	Condición		
		BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado.	/		
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores precisos y claros.	/		
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	/		
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems una organización Lógica.	/		
PERTINENCIA	Los ítems corresponden a las dimensiones que se	/		

	evaluarán.			
INTENCIONALIDAD	Adecuado para evaluar la autoestima de los niños.	/		
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico -Científicos.	/		
COHERENCIA	Hay relación entre Dimensiones e indicadores.	/		
METODOLOGÍA	El Instrumento responde al propósito o de la investigación (En relación a la variable dependiente)	/		

IV. VALORACIÓN- OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Completa el experto)

(...X...) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

(.....) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

V. SUGERENCIAS (Completa el experto)

.....

.....

Chiclayo ,,,,,, de Julio del 2016

Bartila Hernández Fernández

Bartila Hernández
 EN EDUCACIÓN
 N. 1616526129

Firma del Profesional Experto

N° de DNI 16526129

N° De teléfono... 990219547

MEJORAR OPINION DE EXPERTOS: INSTRUMENTO (PRE Y POST-TEST)

I. DATOS DEL PROFESIONAL EXPERTO (Completa el experto)	
Nombres y apellidos	Mercedes Collazos & Larcon.
Profesión (es)	Docente
Grado (os) académico (s)	Dr.
Institución (es) donde labora	U. C. V.
Cargo que desempeña	Dirección EPG-UCV-CH.
II. DATOS RELACIONADOS AL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN (Completa el investigador/ a)	
Título de la Investigación	Propuesta de Modelo de Gestión Intercultural para Mejorar la Atención Integral BFC de las C.S. I-3 de la Provincia de Cundurcunqui Amazonas 2016
Autor	Norma. Lenny Cruz Vilcarromero
Denominación del Instrumento a validar	

III. CRITERIOS DE EVALUACIÓN (Completa el experto)

Criterios	Indicadores	Condición		
		BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado.	✓		
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores precisos y claros.	✓		
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	✓		
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems una organización Lógica.	✓		
PERTINENCIA	Los ítems corresponden a las dimensiones que se	✓		

	evaluarán.			
INTENCIONALIDAD	Adecuado para evaluar la autoestima de los niños.	/		
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico –Científicos.	/		
COHERENCIA	Hay relación entre Dimensiones e indicadores.	/		
METODOLOGÍA	El Instrumento responde al propósito o de la investigación (En relación a la variable dependiente)	/		

IV. VALORACIÓN- OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Completa el experto)

Se (.....) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

(.....) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

V. SUGERENCIAS (Completa el experto)

.....

Chiclayo ,,,,,, de Julio del 2016



Firma del Profesional Experto

N° de DNI(649057).....

N° De teléfono.....978845008

INFORME OPINION DE EXPERTOS: INSTRUMENTO (PRE Y POST- TEST)

I. DATOS DEL PROFESIONAL EXPERTO (Completa el experto)	
Nombres y apellidos	MARINA CAJAN VILLANUEVA
Profesión (es)	Lic. en Enfermería.
Grado (os) académico (s)	Mg. Gestión de los Servicios de Salud. Dr. en Ciencias: Gestión Servicios Salud.
Institución (es) donde labora	
Cargo que desempeña	Docente: Escuela Post-Grado Investigación.
II. DATOS RELACIONADOS AL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN (Completa el investigador/ a)	
Título de la Investigación	"Propuesta de Gestión Intercultural para Mejorar la Atención Integral BFC de los C.S I-3 de la Provincia de Condoncanqui Amazonas 2016"
Autor	Mg: Norma Lemmy Cruz Vilcarrero.
Denominación del Instrumento a validar	

III. CRITERIOS DE EVALUACIÓN (Completa el experto)

Criterios	Indicadores	Condición		
		BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado.	✓		
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores precisos y claros.	✓		
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	✓		
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems una organización Lógica.	✓		
PERTINENCIA	Los ítems corresponden a las dimensiones que se	✓		

	evaluarán.			
INTENCIONALIDAD	Adecuado para evaluar la autoestima de los niños.	✓		
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico –Científicos.	✓		
COHERENCIA	Hay relación entre Dimensiones e indicadores.	✓		
METODOLOGÍA	El Instrumento responde al propósito o de la investigación (En relación a la variable dependiente)	✓		

IV. VALORACIÓN- OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Completa el experto)

() El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

() El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

V. SUGERENCIAS (Completa el experto)

.....

.....

Chiclayo ,,,,,, de Julio del 2016

[Firma manuscrita]

 Firma del Profesional Experto
 N° de DNI 16419378
 N° De teléfono..... # 99605 5257

VALIDACION DE MODELO POR EXPERTOS

FORMATO PARA LA VALIDACIÓN MEDIANTE LA TÉCNICA DELPHI

ENCUESTA PARA LOS EXPERTOS

I. PARTE: DATOS GENERALES Y AUTOEVALUACIÓN DE LOS EXPERTOS

Respetado profesional:

De acuerdo a la investigación que están realizando (la) tesista, relacionado con la propuesta de : "Modelo de Gestión Intercultural para mejorar la Atención Integral BFC de los C.S. I-3 de la Provincia de Condorcanqui Amazonas 2016", nos resultará de gran utilidad toda la información que al respecto nos pudiera brindar , en calidad de experto en la materia.

Objetivo: Valorar su grado de experiencia en la temática referida.

En consecuencia, solicitamos muy amablemente, responda a las siguientes interrogantes:

1. Datos generales del experto encuestado:

- 1.1. Año de experiencia en la labor universitaria _____.
- 1.2. Cargos que ha ocupado _____
- 1.3. Escuela Profesional o empresa que labora actualmente: _____
- 1.4. Años de experiencia en como directivo en la educación o empresa _____
- 1.5. Grado académico: _____

2. Test de autoevaluación del experto:

- 2.1 Por favor evalúe su nivel de dominio acerca de la esfera la cual se consultará marcando con una cruz o aspa sobre la siguiente escala (Dominio mínimo = 1 y dominio máximo= 10)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 2.2 Evalúe la influencia de las siguientes fuentes de argumentación en los criterios valorativos aportados por usted:

Fuentes de argumentación	Grado de influencia en las fuentes de argumentación		
	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por Ud.	/		
Su propia experiencia		/	
Trabajos de autores nacionales	/		
Trabajados de autores extranjeros	/		
Su conocimiento del estado del problema en su trabajo propio.	/		
Su intuición	/		

II. PARTE : EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA POR LOS EXPERTOS

Nombres y apellidos del experto	
---------------------------------	--

Se ha elaborado una propuesta de un programa denominado: -----

Por las particularidades de la indicada propuesta es necesario someter a su valoración, en calidad de experto; aspectos relacionados con el ambiente ecológico, su contenido, estructura y otros aspectos.

Mucho le agradeceremos se sirva otorgar. Según su opinión, una categoría a cada ítem que aparece a continuación, marcando con una **X** en la columna correspondiente. Las categorías son:

- Muy adecuado (MA)
- Bastante adecuado (BA)
- Adecuado (A)
- Poco adecuado (PA)
- Inadecuado (I)

Si Ud. Considera necesario hacer algunas recomendaciones o incluir otros aspectos a evaluar, los autores le agradecerían sobremanera.

Gracias por su valiosa colaboración.

2.1. ASPECTOS GENERALES:

N°	Aspectos a evaluar	MA	BA	A	PA	I
1	Nombre de la propuesta		/			
2	Representación gráfica de la propuesta		/			
3	Secciones que comprende		/			
4	Nombre de estas secciones		/			
5	Elementos componentes de cada una de sus secciones		/			
6	Relaciones de jerarquización de cada una de sus secciones		/			
7	Interrelaciones entre los componentes estructurales de estudio		/			

2.2. CONTENIDO

N°	Aspecto a evaluar	MA	BA	A	PA	I
1	Nombre del programa (modelo, plan, etc.) propuesto		/			
2						
3						
4						
5						
6						
7						

8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

2.3, VALORACIÓN INTEGRAL DE LA PROPUESTA

N°	Aspectos a evaluar	MA	BA	A	PA	I
1	Pertinencia					
2	Actualidad : La propuesta tiene relación con el conocimiento científico del tema de estudio de investigación					
3	Congruencia interna de los diversos elementos propios del estudio de investigación.					
4	El aporte de validación de la propuesta favorecerá el propósito de la tesis para su aplicación					

Lugar y fecha _____

Firma _____

DNI N° 978845008 Teléf.: 978845008

Le agradecemos nuestra gratitud por sus valiosas consideraciones:

Nombres, dirección electrónica de los (las) tesis y sus teléfonos correspondientes.

FORMATO PARA LA VALIDACIÓN MEDIANTE LA TÉCNICA DELPHI

ENCUESTA PARA LOS EXPERTOS

I. PARTE: DATOS GENERALES Y AUTOEVALUACIÓN DE LOS EXPERTOS

Respetado profesional:

De acuerdo a la investigación que están realizando (la) tesista, relacionado con la propuesta de :
 "Modelo de Gestión Intercultural para mejorar la Atención Integral BFC de los C.S. I-3 de la Provincia
 de Condorcanqui Amazonas 2016", nos resultará de gran utilidad toda la información que al
 respecto nos pudiera brindar , en calidad de experto en la materia.

Objetivo: Valorar su grado de experiencia en la temática referida.

En consecuencia, solicitamos muy amablemente, responda a las siguientes interrogantes:

1. Datos generales del experto encuestado:

- 1.1. Año de experiencia en la labor universitaria 9 años
- 1.2. Cargos que ha ocupado Docente
- 1.3. Escuela Profesional o empresa que labora actualmente: UGEL - CHICLAYO
- 1.4. Años de experiencia en como directivo en la educación o empresa 2 años
- 1.5. Grado académico: Doctora

2. Test de autoevaluación del experto:

- 2.1 Por favor evalúe su nivel de dominio acerca de la esfera la cual se consultará marcando
 con una cruz o aspa sobre la siguiente escala (Dominio mínimo = 1 y dominio máximo=
 10)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 2.2 Evalúe la influencia de las siguientes fuentes de argumentación en los criterios
 valorativos aportados por usted:

Fuentes de argumentación	Grado de influencia en las fuentes de argumentación		
	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por Ud.		X	
Su propia experiencia		X	
Trabajos de autores nacionales		X	
Trabajados de autores extranjeros		X	
Su conocimiento del estado del problema en su trabajo propio.		X	
Su intuición		X	

II. PARTE : EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA POR LOS EXPERTOS

Nombres y apellidos del experto Batista Hernández Fernández

Se ha elaborado una propuesta de un programa denominado: -----

Por las particularidades de la indicada propuesta es necesario someter a su valoración, en calidad de experto; aspectos relacionados con el ambiente ecológico, su contenido, estructura y otros aspectos.

Mucho le agradeceremos se sirva otorgar. Según su opinión, una categoría a cada ítem que aparece a continuación, marcando con una X en la columna correspondiente. Las categorías son:

- Muy adecuado (MA)
- Bastante adecuado (BA)
- Adecuado (A)
- Poco adecuado (PA)
- Inadecuado (I)

Si Ud. Considera necesario hacer algunas recomendaciones o incluir otros aspectos a evaluar, los autores le agradecerían sobremanera.

Gracias por su valiosa colaboración.

2.1. ASPECTOS GENERALES:

N°	Aspectos a evaluar	MA	BA	A	PA	I
1	Nombre de la propuesta			X		
2	Representación gráfica de la propuesta		X			
3	Secciones que comprende			X		
4	Nombre de estas secciones			X		
5	Elementos componentes de cada una de sus secciones			X		
6	Relaciones de jerarquización de cada una de sus secciones			X		
7	Interrelaciones entre los componentes estructurales de estudio			X		

2.2. CONTENIDO

N°	Aspecto a evaluar	MA	BA	A	PA	I
1	Nombre del programa (modelo, plan, etc.) propuesto			X		
2						
3						
4						
5						
6						
7						

8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

2.3, VALORACIÓN INTEGRAL DE LA PROPUESTA

N°	Aspectos a evaluar	MA	BA	A	PA	I
1	Pertinencia		X			
2	Actualidad : La propuesta tiene relación con el conocimiento científico del tema de estudio de investigación		X			
3	Congruencia interna de los diversos elementos propios del estudio de investigación.		X			
4	El aporte de validación de la propuesta favorecerá el propósito de la tesis para su aplicación			X		

Lugar y fecha _____ Firma *[Signature]*
 DNI N° 16526129 Teléf.: 990219547

Le agradecemos nuestra gratitud por sus valiosas consideraciones:

Nombres, dirección electrónica de los (las) tesistas y sus teléfonos correspondientes.

FORMATO PARA LA VALIDACIÓN MEDIANTE LA TÉCNICA DELPHI

ENCUESTA PARA LOS EXPERTOS

I. PARTE: DATOS GENERALES Y AUTOEVALUACIÓN DE LOS EXPERTOS

Respetado profesional:

De acuerdo a la investigación que están realizando los (las) testistas, relacionado con la propuesta de "Modelo de Gestión Intercultural para mejorar la Atención Integral BFC, de los CS. I. B. Prov. Condesuyapi", nos resultará de gran utilidad toda la información que al respecto nos pudiera brindar, en calidad de experto en la materia.

Objetivo: Valorar su grado de experiencia en la temática referida.

En consecuencia, solicitamos muy amablemente, responda a las siguientes interrogantes:

1. Datos generales del experto encuestado:

- 1.1. Año de experiencia en la labor universitaria: + 16 años
- 1.2. Cargos que ha ocupado: Jefe Depto. Administrativo Director B.B. U.S.S. -
- 1.3. Escuela Profesional o empresa que labora actualmente: UCV C.H. de la P.
- 1.4. Años de experiencia en como directivo en la educación o empresa: + 36 años
- 1.5. Grado académico: Doctor en Ciencias: Mg. Jefe de Servicio de Salud.
Doctor en Educación

*Presidente
comisión
de Investigación*

2. Test de autoevaluación del experto:

- 2.1 Por favor evalúe su nivel de dominio acerca de la esfera la cual se consultará marcando con una cruz o aspa sobre la siguiente escala (Dominio mínimo = 1 y dominio máximo= 10)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 2.2 Evalúe la influencia de las siguientes fuentes de argumentación en los criterios valorativos aportados por usted:

Fuentes de argumentación	Grado de influencia en las fuentes de argumentación		
	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por Ud.		/	
Su propia experiencia		/	
Trabajos de autores nacionales		/	
Trabajos de autores extranjeros		/	
Su conocimiento del estado del problema en su trabajo propio.		/	
Su intuición		/	

II. PARTE : EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA POR LOS EXPERTOS

Nombres y apellidos del experto Marina Pájaro Villaver

Se ha elaborado una propuesta de un programa denominado:

Por las particularidades de la indicada propuesta es necesario someter a su valoración, en calidad de experto; aspectos relacionados con el ambiente ecológico, su contenido, estructura y otros aspectos.

Mucho le agradeceremos se sirva otorgar. Según su opinión, una categoría a cada ítem que aparece a continuación, marcando con una X en la columna correspondiente. Las categorías son:

- Muy adecuado (MA)
- Bastante adecuado (BA)
- Adecuado (A)
- Poco adecuado (PA)
- Inadecuado (I)

Si Ud. Considera necesario hacer algunas recomendaciones o incluir otros aspectos a evaluar, los autores le agradecerían sobremanera.

Gracias por su valiosa colaboración.

2.1. ASPECTOS GENERALES:

N°	Aspectos a evaluar	MA	BA	A	PA	I
1	Nombre de la propuesta			/		
2	Representación gráfica de la propuesta			/		
3	Secciones que comprende			/		
4	Nombre de estas secciones			/		
5	Elementos componentes de cada una de sus secciones			/		
6	Relaciones de jerarquización de cada una de sus secciones		/	/		
7	Interrelaciones entre los componentes estructurales de estudio		/	/		

2.2. CONTENIDO

N°	Aspecto a evaluar	MA	BA	A	PA	I
1	Nombre del programa (modelo, plan, etc.) propuesto			/		
2				/		
3				/		
4				/		
5				/		
6				/		
7				/		

8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

2.3, VALORACIÓN INTEGRAL DE LA PROPUESTA

N°	Aspectos a evaluar	MA	BA	A	PA	I
1	Pertinencia			/		
2	Actualidad : La propuesta tiene relación con el conocimiento científico del tema de estudio de investigación			/		
3	Congruencia interna de los diversos elementos propios del estudio de investigación.			/		
4	El aporte de validación de la propuesta favorecerá el propósito de la tesis para su aplicación			/		

Lugar y fecha _____

Firma

DNI N°

16119318

Teléf.:

#9960552657

Alcides Rojas V

Le agradecemos nuestra gratitud por sus valiosas consideraciones:

Nombres, dirección electrónica de los (las) tesis y sus teléfonos correspondientes.

FOTOS DE REUNIONES EN RECOJO DE INFORMACION

