



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN  
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Evidencia y articulación interinstitucional de servicios de salud en  
una Dirección de Salud, 2020**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTOR:**

Br. Gonzales Rivasplata, Jose Miguel (ORCID: 0000-0002-2681-2985)

**ASESORA:**

Dra. Narvaez Aranibar, Teresa (ORCID: 0000-0002-4906-895X)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Dirección de los Servicios de Salud

LIMA - PERÚ

2021

## **Dedicatoria**

A Dios, a mi Blanquita  
y a mi familia, por todo  
su apoyo y amor  
incondicional...

## **Agradecimientos**

Al Hospital María  
Auxiliadora, a la  
Universidad César  
Vallejo, a mis  
maestros, a mis  
alumnos y a todas las  
instituciones que nos  
abren las puertas para  
investigar y enseñar

## Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>12</b>
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>26</b>
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	26
3.2. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN	26
3.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	27
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.5. PROCEDIMIENTOS	28
3.6. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS	29
3.7. ASPECTOS ÉTICOS	31
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>32</b>
<b>V. DISCUSIÓN</b>	<b>47</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>51</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	<b>52</b>
REFERENCIAS	53
ANEXOS	60
ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA	61
ANEXO 02 A: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE EVIDENCIA	62
ANEXO 02 B: MATRIZ DE LA VARIABLE ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL	63
ANEXO 03: INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	64
ANEXO 04: FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO EVIDENCIA	66
ANEXO 05: FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL	69
ANEXO 06: CERTIFICADOS DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO EVIDENCIA	72
ANEXO 07: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO EVIDENCIA	75
ANEXO 08: DOCUMENTOS ADJUNTOS	76

## Índice de tablas

<b>Tabla 1:</b> <i>Identificación de falencias en los procesos de planeamiento</i>	5
<b>Tabla 2:</b> <i>Distribución del nivel de manejo de evidencia en el HMA</i>	32
<b>Tabla 3:</b> <i>Distribución del nivel de articulación interinstitucional de servicios SS</i>	33
<b>Tabla 4:</b> <i>Distribución del nivel de producción de evidencia en el HMA</i>	34
<b>Tabla 5:</b> <i>Distribución del nivel de organización de evidencia en el HMA</i>	35
<b>Tabla 6:</b> <i>Distribución del nivel de gestión de evidencia en el HMA</i>	36
<b>Tabla 7:</b> <i>Distribución del nivel de articulación vertical de servicios de salud</i>	37
<b>Tabla 8:</b> <i>Distribución del nivel de articulación horizontal de servicios de salud</i>	38
<b>Tabla 9:</b> <i>Nivel de articulación interinstitucional de servicios de salud según el manejo de evidencia en el HMA</i>	39
<b>Tabla 10:</b> <i>Nivel de articulación horizontal de servicios de salud según la producción de evidencia</i>	40
<b>Tabla 11:</b> <i>Nivel de articulación horizontal de servicios de salud según la organización de la evidencia</i>	41
<b>Tabla 12:</b> <i>Nivel de articulación vertical de servicios de salud según la gestión de evidencia</i>	42
<b>Tabla 13:</b> <i>Prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov</i>	43
<b>Tabla 14:</b> <i>Correlación entre el nivel de manejo de evidencia y la articulación interinstitucional de servicios de salud en el HMA 2020</i>	44
<b>Tabla 15:</b> <i>Correlación entre el nivel de producción de evidencia y la articulación horizontal de servicios de salud en el HMA 2020</i>	45
<b>Tabla 16:</b> <i>Correlación entre el nivel de organización de evidencia y la articulación horizontal de servicios de salud en el HMA 2020</i>	45
<b>Tabla 17:</b> <i>Correlación entre el nivel de gestión de evidencia y la articulación vertical de servicios de salud en el HMA 2020</i>	46

## Índice de figuras

<b>Figura 1:</b> Poca articulación de la evidencia con otras instituciones del estado	4
<b>Figura 2:</b> Poca articulación de los Determinantes sociales de la salud	6
<b>Figura 3:</b> Poca articulación de las políticas y servicios de salud	7
<b>Figura 4:</b> Incipiente articulación de todos los involucrados en salud pública	8
<b>Figura 5:</b> Distribución gráfica del nivel de manejo de evidencia en el HMA	32
<b>Figura 6:</b> Distribución gráfica del nivel de articulación interinstitucional de SS	33
<b>Figura 7:</b> Distribución gráfica del nivel de producción de evidencia en el HMA	34
<b>Figura 8:</b> Distribución gráfica del nivel de organización de evidencia	35
<b>Figura 9:</b> Distribución gráfica del nivel de gestión de evidencia en el HMA	36
<b>Figura 10:</b> Distribución gráfica del nivel de articulación vertical de servicios	37
<b>Figura 11:</b> Distribución gráfica del nivel de articulación horizontal de servicios	38
<b>Figura 12:</b> Nivel de articulación interinstitucional según la evidencia	39
<b>Figura 13:</b> Nivel de articulación horizontal según la producción de evidencia	40
<b>Figura 14:</b> Nivel de articulación horizontal según la organización de evidencia	41
<b>Figura 15:</b> Nivel de articulación vertical según la gestión de evidencia	42

## Resumen

La naturaleza de la enfermedad es multifactorial, de manera tal, que por sí mismas, las intervenciones estratégicas de salud no solucionan un problema público de salud, pero sí un problema específico. ¿De qué nos sirve recuperar a un enfermo de TBC si va a regresar a las mismas condiciones de vida? Para el abordaje de los problemas de salud primero debemos abordar los DSS con evidencia, multi sectorialmente y con un enfoque territorial, ¿Podrán los sistemas de salud funcionar como ejes de articulación de directivas y políticas interinstitucionales de salud? “El abordaje multisectorial de la salud es inevitable...”

Esta investigación recopila, analiza y produce información útil para la transversalización de las políticas y directivas de salud pública, la manera de hacerlo es a partir de la evaluación del vínculo entre la evidencia y la articulación interinstitucional de servicios de salud en las organizaciones y direcciones de salud, los resultados que aquí se mencionan plantean la creación de unidades especializadas en las instituciones encargadas de la vinculación y articulación estratégica de las políticas del sector usando evidencia.

**Palabras clave:** *Gestión, articulación, políticas, servicios de salud.*

## **Abstract**

The nature of the disease is multifactorial, in such a way that by themselves, strategic health interventions do not solve a public health problem, but rather a specific problem. What is the use of recovering a TB patient if they are going to return to the same living conditions? To address health problems, we must first address SDH with evidence, multi-sectorially and with a territorial approach. Can health systems function as articulation axes for inter-institutional health directives and policies? "The multisectoral approach to health is inevitable ..."

This research collects, analyzes and produces useful information for the mainstreaming of public health policies and directives, the way to do it is from the evaluation of the link between the evidence and the inter-institutional articulation of health services in the organizations and directorates of health, the results mentioned here suggest the creation of specialized units in the institutions in charge of linking and strategic articulation of the sector's policies using evidence.

**Keywords:** *Management, articulation, policies, health services.*

## I. INTRODUCCIÓN

¿Cómo podríamos transversalizar las políticas de salud pública sabiendo que las causas de la enfermedad son multifactoriales? En los países más desarrollados la evidencia es utilizada para abordar los problemas de salud mediante la producción de estrategias y políticas para los servicios de salud pública, en principio la evidencia apoya las decisiones de política y también es usada para iniciar negociaciones a todo nivel con un único fin: Hacer que las políticas de salud sean asumidas por todos los actores involucrados con los determinantes sociales que afectan la salud e inciden en el bienestar de las personas. La problemática de nivel mundial pasa por el hecho de perfeccionar instrumentos para hacer que más tomadores de decisión se incorporen e interesen en asumir los desafíos de salud pública. (1)

Los sistemas de planificación, producción y organización de evidencia tienen el potencial de evidenciar la corrupción dentro y fuera de los sistemas de salud, pudiendo estos ser utilizados para la implementación de mecanismos de monitoreo y control ciudadano y para el fortalecimiento institucional, no obstante aún notamos la inexistencia de sistemas similares para el gerenciamiento de la evidencia a nivel de coordinación y articulación intersectorial de políticas y servicios de salud que sirvan como modelo o ejemplo a seguir. (2)

Otro de los problemas detectados en el abordaje de la problemática de salud pública es la asignación de ésta función de manera exclusiva a los Ministerios de salud de los países, pero sabemos muy bien que la causa y origen de la mayoría de patologías y enfermedades que experimentan las personas a lo largo de sus ciclos de vida están asociadas a causas multifactoriales que implican el trabajo coordinado y conjunto de todos los sectores y niveles de gobierno (trabajo intersectorial). Así por ejemplo se sabe que el hecho de que exista desnutrición crónica en un ámbito geográfico determinado no implica que vamos a erradicar el problema suministrando hierro y suplementos vitamínicos a los afectados, la evaluación real de éste problema (que debe hacerse intersectorialmente) ya que existen múltiples causas por las cuales una persona sufre desnutrición crónica: a saber, factores económicos, falta de trabajo, violencia familiar, maltrato psicológico y desprotección

social del estado en las regiones estudiadas deben ser abordadas multisectorialmente para poder erradicar la enfermedad, de no ser así las intervenciones sanitarias aisladas por sí mismas no van a solucionar nada y podríamos decir que se desperdicia el presupuesto en acciones que no tendrán ningún impacto a largo plazo. (3)

En América latina muchas de las principales intervenciones de salud pública no necesariamente se crean en las instituciones de salud sino más bien en aquellas que se interesan en la problemática y en función a ella elaboran y planifican documentos técnicos al respecto que luego utilizan para organizar y liderar iniciativas de manera transversal, consensuada y convocante donde muchos actores pueden contribuir desde sus ámbitos de acción. Incluso la población en su conjunto aportaría más soluciones que problemas por resolver porque son ellos los que podrían guiar el accionar de las instituciones para la creación de mejores servicios de salud (4).

La posibilidad de incorporar evidencia para gestionar servicios de salud es muy difícil a nivel subregional y más aún a nivel local que es en donde finalmente se generan los verdaderos problemas de salud pública, en ese sentido se cree que la problemática de salud empezará a ser abordada en su real dimensión cuando las capacidades de gestión y organización de la evidencia por parte de los gestores de salud pública sean fortalecidas para que se empiecen a desarrollar mecanismos de colaboración y articulación prospectiva con todos los niveles de gobierno (5).

El abordaje multisectorial de la salud es una tarea pendiente que enfrenta el desafío de articular los determinantes sociales de la salud (DSS) y transversalizar las políticas de salud pública, “No se puede atacar un problema de salud de manera aislada” porque su naturaleza es multifactorial, un enfermo de tuberculosis que migra a otros países por no tener los medios adecuados para subsistir tiene que haber contraído la enfermedad en un entorno de pobreza, con falta de recursos económicos en su familia y con cierta carencia de recursos sanitarios para prevenir el contagio (6).

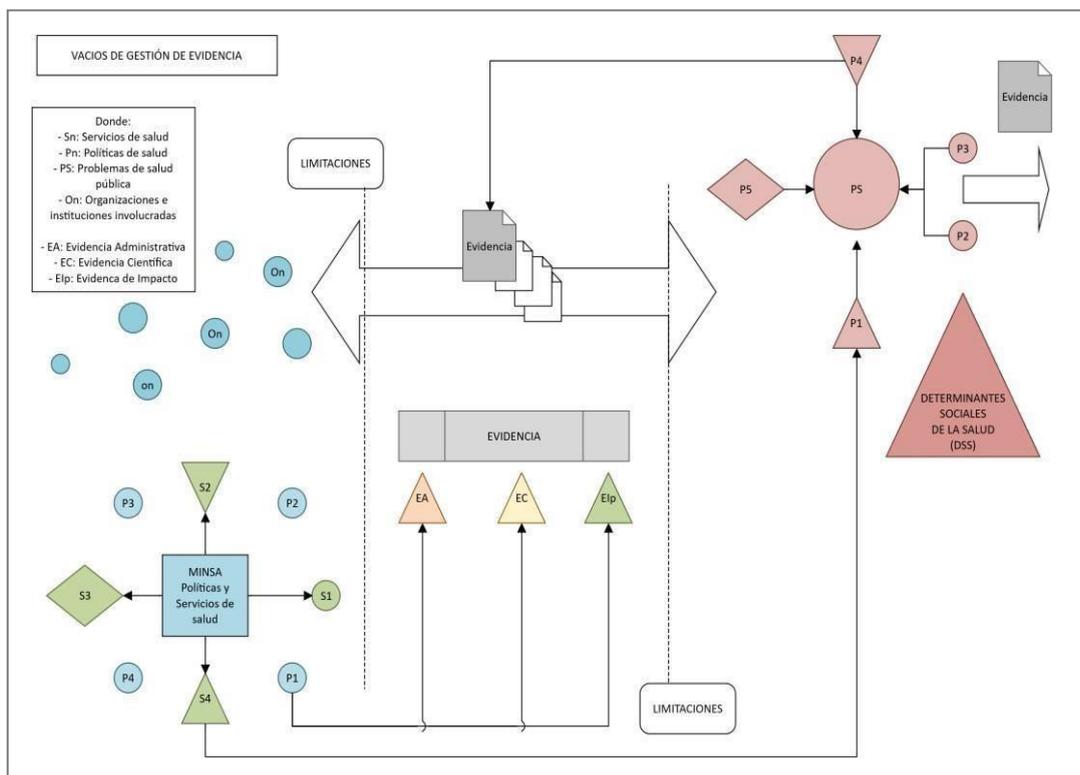
En nuestro país el uso de la evidencia para propiciar un verdadero acercamiento entre instituciones, niveles de gobierno y el sector privado viene siendo poco utilizado para abordar la problemática de salud pública a nivel interinstitucional, más aún si tenemos en cuenta la naturaleza multifactorial de la enfermedad y que muchas de estas instituciones podrían reducir las brechas de salud actuando sobre los determinantes sociales (DSS) si estos fueran comunicados de la manera correcta... (5).

Hoy en día hablar de salud pública significa asignar esa función exclusivamente al Ministerio de Salud que de por sí ya tiene una inmensa necesidad de recursos económicos y de calidad para atender a la población, sumado a esto se desperdician muchas herramientas que podrían servir para la articulación y coordinación de la evidencia que aborda los DSS de manera conjunta y colaborativa, en ese sentido nos preguntamos si, ¿La evidencia bien organizada podría jugar un papel fundamental en la gestión de recursos para la salud? ¿Cómo podríamos influenciar en otros sectores de gobierno para que asuman los desafíos de salud pública? ¿Se podría utilizar la evidencia para la Gestión intersectorial de servicios de salud? (7)

En nuestro país la poca vinculación de la evidencia con otras instituciones del estado está relacionado con el limitado abordaje de los (DSS) y con limitadas capacidades para producir, organizar y dirigir la evidencia de una manera adecuada, en cierto modo vemos que el potencial de la Evidencia no está siendo aprovechado como debería. En ese sentido también nos preguntamos si, ¿Las capacidades para la producción de evidencia en las instituciones y organizaciones del estado son las adecuadas para ayudar a articular, coordinar y gerenciar los sistemas de salud a nivel intersectorial? (8)

“La salud ha pasado a ser un desafío de articulación de las políticas sanitarias”, en tanto las intervenciones sanitarias no tomen en cuenta la participación de otros sectores en su implementación, el alcance de las estrategias de prevención siempre tendrá el mismo resultado: ‘Atender la enfermedad como una consecuencia de la desarticulación de las políticas sanitarias’. (9)

**Figura 1:** Poca articulación de la evidencia con otras instituciones del estado



**Fuente:** Elaboración propia, (2020)

La figura 1 muestra el abordaje individual de los problemas de salud (PS: P1, P2, P3, P4, P5) por parte del MINSA mediante la creación de servicios (S1, S2, S3, S4, S4) y políticas de salud, el problema con esto es que existe poco involucramiento de otras instituciones del sector público y privado (On) para abordar de manera conjunta los Determinantes sociales de la salud (DSS), la evidencia aquí gatilla la producción de políticas y servicios focalizados en la enfermedad (Problemas de salud - PS) con abundante Evidencia Científica y administrativa (EC - EA) pero poca Evidencia de Impacto (EIp) que es lo que al final importa si tenemos en cuenta que la salud de las personas, familia y su comunidad (10) depende del abordaje multisectorial de sus determinantes sociales. En este punto, cabe preguntarse si las intervenciones del estado, ¿Abordan los determinantes sociales de la salud (DSS) de manera multisectorial, interinstitucional y articulada? La evidencia dice que no... (8)

La falta de mecanismos adecuados y criterios de planificación (11) para incorporar la evidencia en la gestión intersectorial de servicios de salud es una práctica que viene teniendo consecuencias devastadoras en la salud de las personas un hecho

significativo de esta afirmación lo observamos recientemente en nuestro país cuando muchas personas comenzaron a consumir por error Dióxido de Cloro para combatir la infección por Coronavirus (COVID 19) hecho que denota claramente que, si no se planifica, organiza, dirige y controla la evidencia de una manera adecuada en el interior de todas las organizaciones por más pequeñas que estas sean, las poblaciones sufrirán las consecuencias (12).

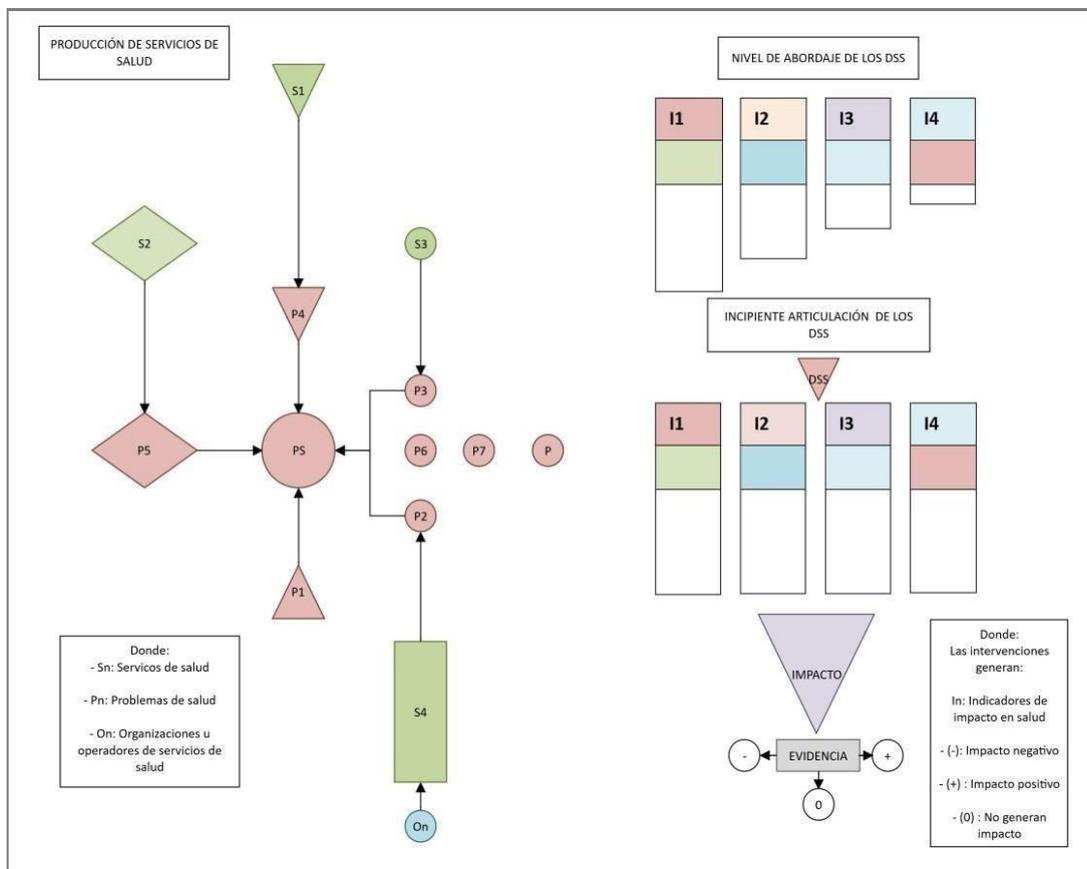
**Tabla 1: Identificación de falencias en los procesos de planeamiento**

	Problemática	Diseño	Formulación	Implementación	Seguimiento	Evaluación
01	Desarticulación de los sistemas de planeamiento y presupuesto	Diagnóstico limitado, superficial	Falta de consistencias de los objetivos y acciones	Falta de articulación de los planes	Falta de un sistema de monitoreo	Falta de línea de bases
02	Deficiente diseño de la estructura de organización de funciones	Falta de participación de sectores claves	Limitado enfoque sectorial del planeamiento	Bajo nivel organizativo para la ejecución	Inexistencia de un sistema integrado de seguimiento	Limitada consideración al cumplimiento de metas.
03	Inadecuados procesos de producción de bienes y servicios públicos	Limitadas identificación de los productos necesarios para la población.	Los objetivos y acciones no están alineados a los procesos de las organizaciones que intervienen	Limitadas competencias para llevar a cabo los procesos.	Falta de control para el cumplimiento de metas.	Falta de indicadores para la evaluación.
04	Infraestructura equipamiento y gestión logística insuficiente	Limitadas condiciones para el levantamiento de datos.	Inexistencia de un soporte tecnológico.	Inexistencia de soporte logístico para la integración de base de datos	Limitado equipamiento para el monitoreo y control.	Falta de resultados en el cumplimiento de metas.
05	Inadecuada política de gestión de recursos humanos	Inexistente especialización en el levantamiento de datos	Falta de capacidades en el personal para la formulación de planes.	Limitado personal para la ejecución de las acciones de las acciones.	Conocimiento limitado de sistemas de control	Deficiencia en la preparación para la evaluación del cumplimiento de metas.
06	Limitada evaluación de resultados e impactos como seguimiento y monitoreo de los insumos, procesos, productos y resultados de proyectos y actividades	Deficiente identificación de cadena de valor público	Deficiente determinación de indicadores en la cadena de valor público	Limitada gestión por resultados	Limitado instrumentos de control y monitoreo	Inexistencia de reportes de evaluación
07	Carencia de sistemas y métodos de gestión de la información y el conocimiento	Carencia de base de datos	Metodología estándar	Deficiente integración de los sistemas de información	Deficiente sistematización de monitoreo.	Limitados sistemas de formulación de reportes
08	Débil Articulación intergubernamental e intersectorial	Incoherencia de los objetivos.	Débil consistencia de objetivo	Falta de vinculación de los presupuestos.	Inexistencia de un cuadro de mando integral	Limitado registro de impactos.

**Fuente:** Centro de Altos estudios Nacionales CAEN (2019), Paz Ramos (10)

El Presupuesto por Resultados (PpR) (13) es un mecanismo de Gestión que asigna recursos a aquellas organizaciones que demuestran resultados que tienen un impacto real en la población objetivo, de esta manera se puede evaluar si una gestión ha sido efectiva, eficiente y eficaz con los recursos que se le ha asignado, aquí la evidencia juega un papel muy importante porque podría decirnos si las acciones estratégicas que se han desplegado han marcado un antes y un después luego de su implementación. En ese sentido también nos preguntamos: ¿Cuál sería el impacto de la evidencia en el abordaje multisectorial y coordinado de los DSS? ¿Se refleja en el bienestar y salud de las personas? (14)

**Figura 2:** Poca articulación de los Determinantes sociales de la salud



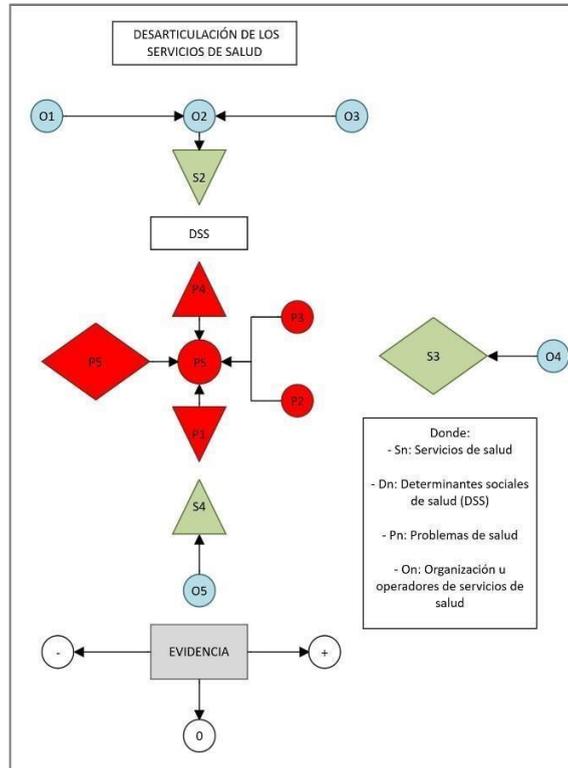
**Fuente:** Elaboración propia, (2020)

La figura 2 esquematiza cómo se producen los servicios de salud (Sn) en función a la necesidad de salud de las personas (enfermedad), los problemas de salud (P1, P2, P3...P) generan servicios de salud (S1, S2, S3, S4) que atienden la enfermedad (Gestión reactiva), que se origina por múltiples causas que no están siendo

abordadas de manera coordinada, articulada y multisectorial, a partir del análisis de los (DSS - evidencia) es por eso que los indicadores de impacto en salud (I1, I2, I3, I4) de las intervenciones sanitarias nunca reflejarán una verdadera solución a un problema de salud público, pero sí a un problema específico de salud.

A nivel local, el gerenciamiento adecuado de los servicios en las Redes Integradas de Salud (RIS) (15) tiene mucho que ver con la forma en que las organizaciones planifican, organizan, dirigen y controlan la evidencia en sus entornos geográficos porque esta podría utilizarse para persuadir a todos los actores directamente involucrados con los problemas de salud pública. Hoy en día el enorme potencial de la evidencia no está siendo aprovechado para generar iniciativas ni mucho menos para hacer que otros actores se interesen en colaborar y/o apoyar los desafíos que plantea la salud pública en nuestro país, en ese sentido también nos preguntamos si ¿La gestión adecuada de la evidencia social podría jugar un papel fundamental en la implementación de servicios de salud por parte de otras instituciones? (16)

**Figura 3: Poca articulación de las políticas y servicios de salud**

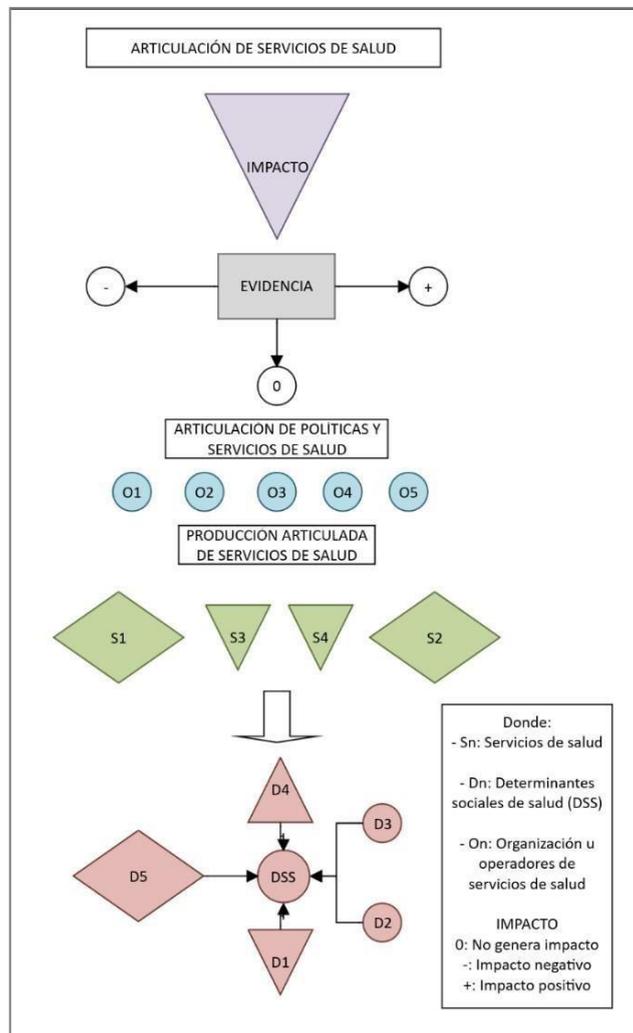


Fuente: Elaboración propia, (2020)

La figura 3 esquematiza la poca articulación de servicios y políticas de salud que se traduce en la proliferación de problemas de salud (P1, P2, P3...P5) que intentan ser atendidos por instituciones u organizaciones (O1, O2, O5) poco articuladas mediante la generación de servicios (S2, S3, S4) que no atacan los (DSS) sino las consecuencias de su desatención (PS), “Los problemas de salud son la evidencia de la desarticulación de los DSS y por ende de las políticas del sector”

Si tenemos en cuenta que la intervención del estado a través del Minsa tiene limitantes para la Organización y Gestión Intersectorial de servicios de salud entonces nos preguntamos si la Evidencia, ¿Podría jugar un rol fundamental en la articulación de sectores clave para producción de servicios de salud? (17)

**Figura 4:** Incipiente articulación de todos los involucrados en salud pública



**Fuente:** Elaboración propia, (2020)

La figura 4 esquematiza el papel que puede jugar la Evidencia de impacto (EIp) en la articulación de todos los actores involucrados directa o indirectamente en salud pública, éste tipo de evidencia se genera cuando existen organizaciones o instituciones (O1, O2,...O5) de los distintos sectores y niveles de gobierno sensibilizados por el MINSA para un abordaje coordinado de los Determinantes sociales de la salud (DSS) mediante la creación de servicios (S1, S2,... S4) que busquen atacar las causas de las diferencias sociales (DSS) y no necesariamente los problemas de salud teniendo en cuenta un enfoque de justicia, de equidad, multisectorial y participativo.

La evidencia aquí produce enormes ventajas para el gerenciamiento de servicios de salud ofrecidos por terceros en la medida en que esta pueda ser usada para el monitoreo y control de servicios de calidad y ésta sea incluida antes de la firma de los contratos o en los términos de referencia (TDR). (18)

A nivel territorial que es finalmente en donde se desempeñan los sistemas de salud existen muchos operadores de servicios que podrían producir servicios de salud con impacto territorial, esta posibilidad será aprovechada cuando estos operadores sean considerados como agentes potenciales de producción de servicios sanitarios, ¿Podrá la evidencia, jugar un papel fundamental para su incorporación? (19)

Vistos los hechos pasamos a formular el problema de investigación:

¿Existirá relación entre la Evidencia y la Articulación interinstitucional de servicios de salud en el HMA?

En ese sentido formulamos los problemas específicos:

- ¿Existirá relación entre el nivel de producción de evidencia y la articulación horizontal de servicios de salud?
- ¿Existirá relación entre el nivel de organización de la evidencia y la articulación horizontal de los servicios de salud?
- ¿Qué relación existirá entre el nivel de gestión de evidencia y la articulación vertical de servicios de salud?

A continuación, formulamos la justificación de la investigación:

El gran desafío de la salud pública viene marcado por un fuerte trabajo de articulación de las políticas públicas de salud a todo nivel, en ese sentido el diseño de estrategias o herramientas para transversalizar las políticas del sector viene marcado por un fuerte componente de vinculación estratégica.

Como justificación teórica podemos decir que este estudio analiza la forma en que se aprovecha el potencial de la evidencia para la transversalización de las políticas y servicios de salud para ello desarrollamos y proponemos algunos instrumentos de gestión. Esta investigación cita los trabajos de diferentes organizaciones, autores y expertos cuya información nos ha resultado valiosa y relevante para proveer una fuente de conocimiento relacionada al tema de gestión de servicios de salud (SS) en las organizaciones, básicamente nos hemos centrado en la articulación interinstitucional de servicios y políticas de salud usando evidencia, la manera en que los funcionarios y organizaciones hacen uso de este recurso para articular programas, propuestas y proyectos han sido estudiados, analizados y consultados para proveer una visión actualizada de las principales prácticas y principios de gestión intersectorial de (SS) usando evidencia.

Como justificación metodológica esta investigación analiza y recopila una serie de trabajos relacionados con la producción de instrumentos de gestión que son y serán la base para el desarrollo de nuevas herramientas de investigación que se pondrán a disposición de los interesados para elaborar diagnósticos, hacer estudios de realidad problemática vinculada al tema de gestión y articulación interinstitucional utilizando evidencia, además de contribuir con la escasa literatura al respecto.

Como justificación práctica, esta investigación pondrá a disposición instrumentos de gestión que serán usados para el mejoramiento de la gerencia de los servicios de salud, así como modelos y mecanismos que busquen la articulación estratégica de las políticas sanitarias a través de la evidencia traducida en: propuestas, programas y proyectos interinstitucionales de salud. La articulación estratégica de las políticas sanitarias por parte del MINSA es un objetivo clave que contribuye con su rectoría y posicionamiento territorial. La pregunta es, ¿Se aprovecha el enorme potencial de la evidencia?

La respuesta a estas interrogantes nos ayudará a formar equipos de trabajo que podrán gerenciar los servicios de salud con una visión territorial y de posicionamiento estratégico de las políticas del sector y que podría hacerse a partir de la “OFICINA DE GESTIÓN Y ARTICULACIÓN DE EVIDENCIA” a nivel nacional.

A continuación, pasamos a formular los objetivos de la investigación:

Como objetivo general se plantea determinar la relación entre el manejo de evidencia y la articulación interinstitucional de servicios de salud en el HMA.

Para ello formulamos los siguientes objetivos específicos:

- Determinar la relación entre la producción de evidencia y la articulación horizontal de servicios de salud
- Determinar la relación entre la organización de la evidencia y la articulación horizontal de los servicios de salud
- Determinar la relación entre la gestión de evidencia y la articulación vertical de servicios de salud

En ese sentido, se plantea como hipótesis de investigación:

La posible existencia de relación entre el manejo de evidencia y la articulación interinstitucional de servicios de salud en el HMA.

Y como hipótesis específicas los siguientes enunciados:

- Si existe relación entre el nivel de producción de evidencia y la articulación horizontal de servicios de salud
- Si existe relación entre el nivel de organización de la evidencia y la articulación horizontal de los servicios de salud
- Si existe relación entre la gestión de evidencia y la articulación vertical de servicios de salud

## II. MARCO TEÓRICO

En nuestro país una investigación liderada por el Coronel Paz (20) relacionada con las intervenciones públicas intersectoriales en zonas críticas de frontera planteaba que para llevar a cabo una verdadera implementación de la política nacional de desarrollo e integración fronteriza del Ministerio de Defensa debería haber una verdadera participación articulada, coordinada y sinérgica de todos los sectores y sus capacidades para que de esa manera se puedan cerrar las brechas que se asocian a la existencia de zonas críticas de frontera. Esta investigación tiene un impacto positivo en zonas de pobreza extrema donde se sabe que las intervenciones del estado son escasas o simplemente no existe presencia del estado. La idea del coronel Paz pasaba por articular las políticas del MINDEF a nivel vertical y así tener una presencia real del estado en zonas críticas de frontera a través de la producción de servicios.

En otro estudio desarrollado por Núñez (21), el 2018, que relacionaba los estilos de liderazgo con la capacidad de los directivos de una red de salud para incorporar evidencia en la toma de sus decisiones nos indicaba que las habilidades de liderazgo de estos funcionarios asociados a esta red de salud estaba en relación directa con su capacidad para la producción y generación de evidencia y por lo tanto con sus habilidades para dirigir sus establecimientos de salud mediante la determinación, búsqueda, evaluación y generación de evidencia, en sus organizaciones, éstas estaban relacionadas de forma positiva y moderada con sus estilos de liderazgo concluyendo también que el estilo de liderazgo influye de manera positiva en la valoración de la evidencia para la toma de decisiones.

En Inglaterra, una de las contribuciones más importantes del estudio “Procesos políticos transfronterizos: interacciones en la gobernanza transnacional de la salud mundial” (1) la evidencia es el aporte para impulsar y fomentar mecanismos de articulación clave que puede funcionar para iniciar debates técnicos que generen alianzas estratégicas que aborden los desafíos del sector salud de manera colaborativa, consensuada y articulada en donde cada sector contribuya con algún aporte significativo para mejorar la salud global.

Citando este estudio (1) uno puede comprender la importancia de gerenciar los

servicios de salud teniendo en cuenta el impacto de las acciones estratégicas sobre la población objetivo (resultados), aquí se señala que si bien las acciones estratégicas se diseñan para brindar algún beneficio en la población deben existir mecanismos de monitoreo y control estratégico para garantizar que una intervención tenga éxito. Dichos sistemas deben proveer evidencia tangible de la calidad de esas intervenciones.

En Holanda en el estudio “Coordinación e integración de políticas, confianza, gestión y desempeño en redes de políticas relacionadas con la salud pública: una encuesta” (3) se examina la construcción de alianzas estratégicas basadas en la confianza, la evidencia y la cooperación para abordar problemática de salud en redes de gestión intersectorial, las agendas de trabajo se fundamentan en la evidencia creciente que recogen instituciones de prestigio y que son sometidas a discusiones técnicas para su abordaje intersectorial en redes promovidas por los distintos actores inmersos en el sistema.

En Kenia, el estudio “Aplicando una lente de interseccionalidad para examinar la salud de las personas vulnerables después de la devolución en Kenia”, (22) se muestra cómo la ciudadanía puede contribuir en la generación de evidencia para mejorar su participación en las expectativas acerca de la salud que deberían tener y les corresponde por derecho y que por lo tanto demandan servicios públicos de salud con más calidad y con mejoras sustanciales en la prestación, estas apreciaciones se contrastan con la evidencia que es recolectada por la ciudadanía en su conjunto y que casi siempre expone la fragilidad de los sistemas de salud.

En Camboya (23), el estudio, “La elaboración de políticas de salud basadas en evidencia: conocimientos, instituciones y procesos”, se presentan una serie de lineamientos para el fortalecimiento de las políticas sanitarias basadas en la evidencia y que funcionan como eje articulador, transversal y multilateral.

En América latina la necesidad de entregar mejores servicios de salud a los ciudadanos pasa por implementar mejores prácticas de provisión.

En ese sentido, Un estudio dirigido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (24) generó una serie de documentos técnicos en los cuales se definen conceptos clave para hacer posible el abordaje intersectorial y multisectorial de la

salud pública para abordar los desafíos planteados en las políticas de los países miembro y así maximizar el impacto en la vida de las personas, será importante hacerlo de manera articulada y coordinada con las distintas instituciones gubernamentales.

Este organismo internacional tiene el objetivo de promover políticas para mejorar la salud y el bienestar social en América Latina, aquí compartimos dos objetivos que guían el accionar de esta investigación: (24)

Generar sinergias para la integración latinoamericana de la salud pública y promover prácticas y servicios de salud basadas en la evidencia.

Teorías relacionadas al tema Evidencia

La evidencia es un tipo de conocimiento que corrobora la verdad, con certeza, sin sombra de duda, sirve de prueba y puede ser usado para la toma de decisiones gerenciales. (17) En ese sentido mencionamos su importancia:

Importancia pública:

La evidencia puede jugar un rol fundamental en los procesos de control, decisión y gestión intersectorial de servicios de salud al ser un tipo de conocimiento que se obtiene de la recopilación de información de fuentes confiables: Evidencia científica, Evidencia administrativa, Evidencia de impacto y de los principales procesos de una organización, así como de la experiencia, esta debe ser usada en procesos de colaboración intersectorial. (21)

La elección de la mejor evidencia se corresponde con la implementación de mejores prácticas de gestión de la información que a la vez permite su uso y manejo en procesos de decisión y colaboración intersectorial. Teniendo en cuenta el enorme potencial de la evidencia, estudiaremos tres de sus dimensiones: producción, organización y gestión en las organizaciones:

Producción: Producir evidencia en salud significa generar información útil para tomar decisiones que contribuyan con el abordaje de los determinantes sociales de la salud (DSS) que a su vez provienen del adecuado conocimiento de la problemática social en que se desenvuelven los sistemas de salud. (20)

La participación de la sociedad en los procesos de recolección, producción y gestión de evidencia para la generación de mejores servicios de salud es una tarea pendiente y poco explorada, que cada vez más está siendo utilizada a nivel internacional. (25)

La forma en que una instituciones utilizan nuevas y mejores técnicas para recolectar evidencia para la gestión está asociada con la identificación de procesos y procedimientos clave que pueden ayudar a generar documentos técnicos que faciliten el diálogo y la colaboración intersectorial, así, los principales procesos que pueden proveer información útil para la articulación de los servicios de la salud provendrían de la recolección de evidencia científica (EC) , administrativa (EA), evidencia de gestión (EG), evidencia de impacto (EI) y otras fuentes que deberían ser analizadas y valoradas en cuanto al potencial que tendrían para la producción de instrumentos útiles para los gestores y gerentes de salud. (26)

Organización:

La organización de la evidencia es la manera en que las instituciones y organizaciones de salud acopian y ordenan la información que generan, hoy en día esa organización puede ser hecha de manera digital (27), en ese sentido, los gerentes y mandos medios que están al frente de los sistemas de salud ya están empleando mecanismos para la automatización y organización de la información, este hecho se demuestra claramente en el uso de plataformas digitales y tecnologías colaborativas (28) para la producción de servicios vinculados a la atención de los ciudadanos, la información que brindan el uso de estos servicios puede ser recolectada de manera remota y atemporal también puede ser usada para la promoción de la integración y la articulación de la problemática de salud con la participación de los principales sectores involucrados, la organización de la evidencia aquí funciona como el eje articulador de las políticas de salud. (29)

La adecuada organización de la evidencia es clave para la generación de sinergias, reuniones y mesas técnicas de trabajo, para la generación de acuerdos vinculantes o para el análisis de la producción y gestión de servicios de salud, también para la formación de profesionales que deberían usar este recurso para mejorar su gestión. (30)

Gestión:

La gestión de la evidencia es la manera intencionada de dirigir, orientar, y presentar la información generada en las organizaciones hacia las instituciones bajo un propósito, un motivo, un porqué, con la finalidad de iniciar procesos de integración, articulación, coordinaciones o simplemente iniciar acercamientos entre niveles de gobierno. La mejor evidencia es aquella que se gestiona inteligentemente, o que se usa para la articulación de propuestas, discusión de problemáticas o el abordaje de temas en común, cuando esto sucede la evidencia pasa a convertirse en el eje más importante de la gestión institucional que debe ser aprovechada para la colaboración intersectorial. (25)

Las posibilidades que tendrían los directores y gerentes de mando medio para potenciar su gestión usando los atributos de la mejor evidencia estarían relacionadas con la creación de instrumentos de gestión para el acercamiento interinstitucional, así como también para formación de redes y equipos de trabajo, participación y coordinación institucional, representatividad, articulación de propuestas, programas y proyectos y sería además el factor más importante para la atracción de las inversiones del sector privado y para el fortalecimiento de la gestión institucional. (31)

Articulación interinstitucional de servicios de salud:

La OPS menciona que la intersectorialidad viene definida como un “conjunto de Intervenciones coordinadas de varias instituciones de más de un sector social, traducidas en acciones estratégicas destinadas a tratar la problemática de salud, bienestar y calidad de vida”. (16)

La articulación intersectorial es un concepto que se encuentra contemplado en la política Nacional de Modernización del Estado (32) específicamente en el Plan Nacional de Modernización de la Gestión Pública que establece los principales mecanismos para iniciar acciones de cooperación entre los distintos niveles de gobierno y entre entidades que componen el sector público.

La gestión intersectorial entendida también como todos los mecanismos de articulación y coordinación interinstitucional puede implementarse de dos maneras diferentes, a saber, de manera vertical es decir que puede realizarse entre los

distintos niveles de gobierno (Local, Regional, Nacional) y de manera horizontal aquella que puede realizarse entre las distintas instituciones del mismo nivel de gobierno (Sector salud, educación, medio ambiente, construcción y saneamiento, inclusión social y poblaciones vulnerables, economía, producción, sector privado, entre otros). (33)

Así mismo la articulación interinstitucional también puede realizarse en dos dimensiones de coordinación y articulación con objetivos y actores diferentes: A nivel Político: es decir que puede realizarse entre las autoridades de uno o más niveles de gobierno; y a nivel de Gestión, aquella que se realiza entre los funcionarios y servidores públicos dentro de las organizaciones. Este último plano o dimensión de la gestión intersectorial es el que ofrece las mayores posibilidades para la articulación y coordinación de programas, proyectos y políticas multisectoriales que son la finalidad de la gestión intersectorial, crear sinergias para posibilitar las acciones estratégicas coordinadas de distintos niveles y sectores de gobierno. (20)

Importancia pública:

La articulación interinstitucional de servicios de salud es un paradigma y modelo a seguir por los países más desarrollados, el solo hecho de crear sinergias y estrategias de colaboración en función del análisis de la problemática de salud pública supone un abordaje participativo y coordinado de los determinantes sociales de la salud (DSS) (34) además de fortalecer el posicionamiento de las políticas sanitarias, la optimización de los presupuestos sectoriales y un gran beneficio para los ciudadanos.

Siendo difícil la implementación de las políticas de salud pública, se crean las Direcciones y redes integradas de Salud para focalizar la atención del estado en materia de salud sobre grupos de población en territorios específicos con la intención de posibilitar mejores servicios de salud. (35)

En las poblaciones que se agrupan en estos territorios existen diversas necesidades de naturaleza económica, sanitaria, de empleo, de formación adecuada, entre otras que deben ser atendidas para garantizar un verdadero impacto de los proyectos y programas de salud que despliega el MINSA, en ese sentido la salud entendida como derecho humano y como estado de bienestar y

satisfacción del individuo, familia y comunidad debe ser coordinada y articulada con los múltiples actores que, sin necesidad de proveer servicios especializados, su sola intervención garantizaría un verdadero impacto en la salud de todas las personas.  
(36)

Es precisamente mediante el despliegue de acciones coordinadas que las principales instituciones, organizaciones, sectores y niveles de gobierno pueden maximizar las intervenciones estratégicas del estado teniendo una visión compartida y de territorialidad buscando satisfacer las necesidades de las personas, la articulación puede hacerse de manera vertical y horizontal: Articulación vertical:  
(20)

Concepto referido a la articulación que se da entre los distintos niveles de gobierno, es decir, los procesos de vinculación y acercamiento que existe entre el gobierno a nivel Local, Regional y Nacional. Entre los principales mecanismos de cooperación y coordinación vertical se encuentran:

- El consejo de coordinación intergubernamental: enfocado en el diálogo y concertación de políticas nacionales vinculando a los tres niveles de gobierno.
- Los consejos e instancias directivas de organismos nacionales especializados: Cuyo objetivo es vincular a los tres niveles de gobierno a través de la participación de representantes
- Las comisiones sectoriales intergubernamentales: Que buscan vincular dos o más niveles de gobierno en el marco de la transferencia de funciones del proceso de descentralización.
- Los consejos de coordinación Local (CCL) y regional (CCR): Que busca vincular a las municipalidades provinciales y distritales con el gobierno regional y local además de promover la participación de los ciudadanos.

Articulación horizontal: (33)

Es la articulación que se da entre entidades del mismo nivel de gobierno, por ejemplo: entre dos ministerios, entre gobiernos locales o entre el gobierno y las organizaciones civiles. Entre los principales mecanismos de cooperación y coordinación horizontal que tienen las organizaciones para interactuar se destacan:

- Las comisiones multisectoriales interministeriales
- Las juntas de coordinación regional

- Asociaciones de gobiernos descentralizados
- Las mancomunidades regionales, mancomunidades de los gobiernos municipales, entre otras.

Los mecanismos de articulación vertical y horizontal son la base del desarrollo regional, por ese motivo hacemos referencia al enfoque de CEPAL

Teoría de desarrollo regional: (37)

Definida por la CEPAL, aquí se plantea que el crecimiento regional debe difundirse siguiendo dos enfoques: Un enfoque individual promoviendo el desarrollo de una región y un enfoque colectivo externo promoviendo el desarrollo que se transmite de región a región. En ambos casos, ésta teoría plantea una irradiación del desarrollo desde los centros más organizados y urbanizados hasta centros menos urbanizados. Teniendo en cuenta la definición de esta teoría podemos decir que sintetiza su accionar en la promoción del desarrollo de las regiones como modelos y ejemplos a seguir centrados en el auto sostenimiento y la minimización de los costos del transporte.

Si el desarrollo de las regiones se traduce en la creación de productos y servicios para la población entonces estos pueden articularse teniendo en cuenta la evidencia que generan para un mejor abordaje hablamos de la articulación entre los sectores: Articulación intersectorial: (3)

Articular significa conectar, unir, enlazar y/o establecer mecanismos mediante los cuales dos o más instituciones, gestores, funcionarios públicos, líderes políticos o la sociedad civil en su conjunto se reúnen para proponer o analizar políticas, programas, proyectos o la problemática social que los vincula con el fin de crear soluciones o encontrar sinergias para la realización de agendas de trabajo en común, una de las maneras de establecer estos vínculos entre las personas, instituciones u organizaciones es a través de la formulación de propuestas o diagnósticos que surgen del análisis de la realidad problemática y que deben ser presentadas o promovidas por los responsables de generar los vínculos para iniciar un verdadero acercamiento entre las instituciones o personas.

Cuando dos o más instituciones, organizaciones, funcionarios públicos y/o privados se acercan para establecer alguna conexión o vínculo lo hacen generalmente con la convicción de establecer mecanismos para el inicio de agendas de trabajo en común cuyo fin sería la generación de sinergias, acuerdos o colaboraciones en algún campo o tema de interés común, para que esto pueda suceder es importante que una de las partes o ambas presente o articule una propuesta para que sea analizada de manera conjunta en ese momento también surgen acuerdos y/ negociaciones para la implementación de acciones estratégicas que busquen un fin en concreto pero que es de interés de ambas partes en beneficio de la sociedad. (38)

Los servicios que son brindados a la población forman parte de una cadena de valor público que maximiza las intervenciones del estado a través de una gestión eficiente y planificada de los recursos que les dan origen...

Cadena de valor público: (37)

La cadena de valor público es una herramienta para la gestión que tiene la finalidad de articular el planeamiento y el presupuesto con el fin de proveer y satisfacer las necesidades de las personas mediante la generación de productos y servicios. Como todo instrumento de gestión lo que busca es maximizar las acciones estratégicas del estado a través de la gestión de los insumos con criterios de economía, calidad, eficiencia y eficacia.

Las necesidades de la población quedan satisfechas cuando las acciones que implementa el estado tienen algún impacto en la gente y más aún cuando estas acciones se fundamentan en algo más grande que ellas mismas, hablamos en este apartado de metas y objetivos mundiales...

Objetivos de desarrollo sostenible (ODS): (39)

Los ODS son objetivos mundiales que adoptaron todos los Estados miembros el año 2015 como un llamado universal para erradicar la pobreza, proteger el planeta y desarrollar mecanismos para que todas las personas tengan paz y prosperidad el año 2030. Los 17 ODS reconocen que todas las intervenciones de un área afectarán los resultados de otras y que el desarrollo debe equilibrar la sostenibilidad medioambiental, económica y social.

En ese sentido existe un compromiso de los países por colaborar en el progreso de los países más atrasados. Por ello, los ODS tienen la finalidad de impactar en la vida de las personas mediante el despliegue de una serie de acciones que beneficien a los más desfavorecidos. Aceptar el desafío de implementar acciones estratégicas para el cumplimiento de los ODS significa iniciar negociaciones a todo nivel para el establecimiento de objetivos y cumplimiento de metas que suponen la participación de todos los actores involucrados en más de un sector estratégico.

Si bien las metas y objetivos mundiales han sido aceptados por los países firmantes como grandes metas e ideales por cumplir, ¿Cómo aterrizamos estos deseos en la salud de las personas?, quizás el MCI planteado por el MINSA pueda acercarnos a estos objetivos mundiales:

Modelo de cuidado integral de salud (MCI): (36)

El modelo de cuidado integral de salud por curso de vida (MCI) es el conjunto de herramientas, normas, estrategias, procedimientos y recursos que se implementan para responder a la necesidad de salud de las personas, familia y su comunidad, como modelo integral acoge los atributos de la atención primaria de la salud (acceso, primer contacto, cuidado integral, continuidad y coordinación) y enfatiza la creación y fortalecimiento de un vínculo de largo plazo entre las personas y los equipos multidisciplinarios de salud (EMS) para intervenir en la salud a lo largo de su curso de vida.

El modelo contempla un listado de cuidados de salud que son integrales para la persona, la familia y su comunidad como sujetos de intervención. Asimismo, el modelo contempla que el cuidado integral es ofrecido por la persona, la familia y por su comunidad observándose en este caso su rol de escenario de intervención. El cuidado integral de salud contempla que los cuidados sanitarios se brindan no solamente en la oferta fija y móvil del primer nivel de atención sino también en el segundo y tercer nivel de atención bajo la modalidad fija, móvil y telemedicina. (36)

Los cuidados son brindados por un equipo multidisciplinario de salud (EMS) cuyos integrantes se conforman según las necesidades de salud de la población asignada a un territorio definido de la red integrada en salud (RIS), este equipo es responsable de coordinar con los miembros de la (RIS) la continuidad del cuidado

en el segundo y tercer nivel de atención el modelo prevé cuidados promocionales, preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos. (40)

La verdadera gestión en salud debe aproximarse a la implementación de acciones y mecanismos que busquen reducir la desigualdad y la inequidad en salud que perciben las personas a través de la vulneración de sus derechos en salud y acceso al bienestar, hacer esto significa abordar las verdaderas causas que dan origen a la enfermedad y a todas las patologías que pueden presentar las personas a lo largo del curso de su vida, en este apartado hacemos referencia a los determinantes de la salud...

Determinantes sociales de la salud (DSS): (41)

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son todas esas circunstancias en que las personas son concebidas, nacen, viven, crecen, trabajan y envejecen, incluido su sistema de salud y que son causa de buena parte de las inequidades en salud. El término determinante social resume el conjunto de factores sociales, económicos, políticos, biológicos, ambientales y culturales que tienen una influencia en el estado de salud de la población y sus diferencias entre países. A manera de ejemplo podemos decir que la esperanza de vida de una persona que nace en Huancavelica no es la misma a la de una persona que nace en el Reino Unido. (14)

Los Determinantes sociales de la salud (DSS) se clasifican a su vez en determinantes estructurales e intermedios por las condiciones de vida que ellos generan en la población. (34)

Los determinantes estructurales incluyen a los estratificadores estructurales que generan esa gradiente social: aquellas diferencias que existen entre las personas por su nivel de ingresos, nivel educativo, ocupación, clase social, el género, raza, etnia. Los determinantes intermedios incluyen las condiciones materiales en las que viven las personas, las circunstancias psicosociales que les toca afrontar, los comportamientos, su estilo de vida, los factores biológicos y el propio sistema de salud como un determinante social.

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son resultado de la distribución inequitativa del poder, de los ingresos, del acceso a bienes y servicios y también de todas esas circunstancias que rodean la vida de las personas, como el acceso a la

atención sanitaria, a educación, a condiciones de trabajo, al estado de su vivienda y al entorno físico en el que se desarrolla. Todas estas condiciones asociadas a los (DSS) explican la mayor parte de la inequidad y la injusticia en salud que deben ser consideradas y revertidas con la participación de todos los sectores. (42) En este punto consideramos que, para garantizar salud y bienestar, “Los servidores públicos de salud deben estar dispuestos a desafiar la inequidad y la injusticia social con evidencia”. (34)

El contexto político y socioeconómico, el ejercicio de la gobernanza, el modelo de desarrollo y las políticas sociales aprobadas son los que generan, configuran y mantienen las diferencias sociales entre las personas como el acceso al mercado laboral, al acceso al tipo de sistema educativo, a las instituciones públicas y a otros valores culturales y sociales y que definitivamente influyen en la salud o la enfermedad de las personas. La importancia de gestionar los presupuestos en salud pública teniendo en cuenta los factores sociales críticos que pueden alterar la salud de las personas merece una mención especial en este trabajo, pues hoy ya no hablamos de procesos sino de los resultados que deben ser medidos a través del impacto de la distribución y gestión de los presupuestos en las acciones estratégicas...

Presupuesto por Resultados (PpR): (43)

El presupuesto por resultados (PpR) es una estrategia de gestión pública que posibilita la asignación de recursos presupuestales (bienes y servicios) en favor de la población, la característica más importante es que estos pueden ser medidos. El presupuesto por resultados propicia que las entidades se centren en la provisión de bienes y servicios que generan un mayor beneficio a la población a partir de la medición del impacto esperado mejorando de esta manera la calidad del gasto público y el uso eficiente y eficaz de los recursos públicos. (13)

Tomar mejores decisiones en materia de gestión presupuestaria que permitan maximizar el impacto de los resultados en favor de la población es uno de los desafíos de toda gestión que no podría lograrse si los principales funcionarios implicados en el proceso carecen de las competencias necesarias para abordar la problemática de salud de una manera transversal, coordinada, articulada y

multisectorial con otras instituciones del sector público y privado, en este apartado hacemos referencia al plan nacional de formación de recursos humanos en salud, ¿Tienen las competencias necesarias?

En este apartado toca ahora mencionar los recursos para la formación de profesionales dedicados a las labores de gestión y atención sanitaria:

Plan nacional de formación de RR.HH. (PLANDES 2018 - 2021): (44)

El Plan Nacional de Formación de recursos humanos en salud 2018 – 2021 (PLANDES BICENTENARIO) Es un documento técnico que establece un conjunto de componentes para hacer operativa las directrices señaladas en la política de recursos humanos del sector salud en relación con el desarrollo de capacidades. Este documento tiene la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de la atención y el cuidado de la salud a través de la implementación de intervenciones eficaces y efectivas por parte de los profesionales que se encuentran en las diversas instituciones de salud. (31) Los principales objetivos que se establecen en este documento técnico son:

- Asegurar que los recursos humanos en salud tengan las competencias profesionales y humanas necesarias para responder a las expectativas y necesidades de salud de los peruanos.
- Promover que la formación profesional de los RR.HH. en salud proporcione las competencias necesarias para el trabajo en salud pública.
- Lograr que la formación profesional del personal de salud se realice con eficiencia, calidad, equidad e interculturalidad y que tenga un impacto positivo en la calidad de atención de la salud.

Asegurar las competencias necesarias de los profesionales que van a abordar el desafío de articular las políticas de salud pública a todo nivel implica que estos tengan una visión territorial, multisectorial y transversal de la problemática de salud pública basada en un enfoque de derechos y de reducción de la inequidad y desigualdad, “La salud hoy en día, ha pasado a ser un desafío territorial de reducción de la inequidad, cobertura y de gestión preventiva”.

El enfoque territorial de las gerencias de salud para abordar la problemática de salud pública es inevitable, ya que los principales problemas de salud público

derivan de la desatención de los determinantes sociales y estos deben ser tratados por todos los sectores involucrados en un espacio geográfico determinado, ellos pueden contribuir desde sus carteras con la producción de servicios que incorporen la temática de salud pública en sus intervenciones.

Gestión territorial en salud: (45)

Es un modelo de gestión que la autoridad del territorio del nivel Nacional, regional o local implementa con el objetivo de desarrollar condiciones favorables de salud para la población en su ámbito territorial a través de acciones coordinadas y articuladas para el abordaje de los determinantes sociales de la salud (DSS) garantizando el cuidado integral de la salud en las IPRESS de su jurisdicción. (46)

La gestión territorial en salud implica que la autoridad del territorio planifica, organiza, dirige y controla las acciones que involucran a las entidades del ámbito público, las organizaciones privadas y a la sociedad en su conjunto, (47) concertando con ellos para impulsar el acceso equitativo a la salud y el desarrollo de entornos saludables en concordancia con las prioridades y políticas públicas establecidas por el Minsa como ente rector del sector salud. La Red o IPRESS, fomenta promueve y contribuye a que la autoridad local o regional desarrolle una verdadera gestión territorial en salud. (48).

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

##### **Tipo de investigación:**

Investigación básica y observacional, ya que no existe una intervención del investigador, los datos sólo reflejan la evolución natural de los eventos, de naturaleza prospectiva, los datos han sido recogidos a propósito de este estudio y transversal porque la recolección se hizo en una sola ocasión. (32)

##### **Nivel de investigación:**

Investigación descriptiva y correlacional describimos parámetros estadísticos asociados a la muestra y evidenciamos la probable relación entre las variables Evidencia y Articulación interinstitucional de servicios. (32)

##### **Diseño de investigación:**

Investigación no experimental orientada a la validación de instrumentos por optimización que han servido como herramientas útiles para la recolección de información y su análisis respectivo. (32)

##### **Enfoque de investigación:**

Enfoque cuantitativo, en la investigación recopilamos información que ha sido analizada empleando estadística descriptiva e inferencial con la finalidad de probar Hipótesis y describir parámetros asociados a las variables. (32)

#### **3.2. Variables y operacionalización**

En esta investigación se estudiaron dos variables: Evidencia y articulación interinstitucional de servicios de salud, la primera de ellas es una variable cualitativa que ha sido evaluada utilizando una escala ordinal; la segunda de ellas es también una variable cualitativa que ha sido medida utilizando la misma escala de manera ordinal.

### **Variable 1: Evidencia**

“Es un tipo de conocimiento que corrobora la verdad, con certeza, sin sombra de duda, sirve de prueba y puede ser usado para la toma de decisiones gerenciales”. (Núñez 2019).

**Variable 2: Articulación interinstitucional de servicios de salud** “Intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida”. (OPS, 2017) (Flacso, 2015). Articular significa conectar, unir, enlazar y/o establecer mecanismos mediante los cuales dos o más instituciones, gestores, funcionarios públicos, líderes políticos o la sociedad civil en su conjunto se reúnen para proponer o analizar políticas, programas, proyectos o la problemática social que los vincula con el fin de crear sinergias (26). Ver anexos.

### **3.3. Población, muestra y muestreo**

Se contó con la participación de 50 profesionales de salud asociados a una Dirección de Salud, en este caso asociadas al hospital María Auxiliadora, siendo un estudio limitado, por consiguiente, el tipo de muestreo es no probabilístico.

#### **Criterios de inclusión**

Profesionales de salud con experiencia en gestión y administración de servicios de salud a nivel de mando medio.

#### **Criterios de exclusión**

Profesionales de salud que no cuentan con experiencia en gestión y administración de servicios de salud a nivel de mando medio.

#### **Unidad de análisis**

Profesionales de salud que cuentan con experiencia en gestión y administración de servicios de salud en una dirección de salud.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Por ser una investigación cuantitativa hemos recolectado datos para poder dar respuesta a las interrogantes planteadas en las preguntas de investigación por ello solicitaremos el apoyo y colaboración de profesionales vinculados a una dirección de salud que trabajan realizando labores de gestión de servicios de salud.

#### **Técnica de recolección de datos**

La técnica que se empleó en la recolección de los datos fue una encuesta compuesta por 32 ítems.

#### **Instrumentos de recolección de datos**

Utilizamos un cuestionario estructurado que ha sido elaborado usando distintas herramientas, una de ellas Forms, está conformado por una serie de preguntas asociadas a los indicadores de las variables consideradas en este estudio.

En la variable evidencia se consideran 3 dimensiones planteándose 12 ítems. En la variable articulación interinstitucional de servicios de salud se consideran 2 dimensiones planteándose 20 ítems.

#### **Validez y confiabilidad de los instrumentos instrumento**

La validación del instrumento se hizo a través de juicio de expertos, la evaluación de la confiabilidad se llevó a cabo en otra área del HMA a través de un estudio piloto con 25 participantes, utilizando el software SPSS se determinó el valor del alfa de Cronbach como muy bueno. Para más información (Ver anexo 07), para acceder a la base de datos remitir los formatos correspondientes respetando los aspectos éticos considerados en esta investigación.

### **3.5. Procedimientos**

La gestión del proyecto inicia con la intención del investigador de desarrollar el estudio en una dirección de salud, para ello se solicita el apoyo de la dirección de

postgrado de la universidad César Vallejo mediante la remisión de una carta de presentación dirigida a la directora del hospital María Auxiliadora (HMA) (ver en anexos), en plazo de una semana, el hospital remite los requisitos al interesado para la presentación, aprobación y ejecución de estudios de investigación en la institución, iniciando con la presentación formal (entrevista) con solicitud dirigida al departamento de docencia e investigación del HMA (ver en anexos), cumpliendo con los requisitos previstos se remite el folio a la dirección de docencia e investigación del hospital (HMA), en plazo de 14 días emiten respuesta con documento respectivo (ver en anexos) aprobando la realización y ejecución del proyecto con código de identificación HMA/CIEI/008/2020. (ver en anexos)

### **3.6. Métodos de análisis de datos**

En el análisis de los datos recolectados, usamos:

#### **Análisis descriptivo**

Usando el software SPSS con los datos recolectados en Excel obtuvimos los principales estadísticos descriptivos:

- Estadísticos descriptivos
- Tablas de frecuencias
- Tablas cruzadas
- Gráficos y
- figuras estadísticas

#### **Análisis inferencial**

El procesamiento de datos se hizo utilizando el software SPSS para analizar la contrastación de nuestras Hipótesis primero hicimos la prueba de normalidad para saber si nuestros datos se distribuyen de una manera normal o no normal.

- Prueba de normalidad: para su realización tuvimos en cuenta el tamaño de la muestra  $50 > n \geq 50$  de acuerdo con ello se usó el estadístico de prueba Kolmogorov Smirnov ya que nuestra muestra fue de 50 personas, se usó Kolmogorov en lugar de Shapiro Will porque cumplía con los requisitos del estudio.

Usando el estadístico de prueba Kolmogorov se determinó que la distribución era no normal por tanto se usó estadística no paramétrica. Y para la prueba de hipótesis usamos el estadístico Rho de Spearman, teniendo en cuenta el nivel de significancia SIG del (valor p) para decidir la aceptación o rechazo de la hipótesis nula, de tal manera que si:

SIG = p valor < 0,05 entonces se rechaza la H0

SIG = p valor > 0.05 entonces se acepta la H0,

Donde:

SIG: Nivel de significancia

H0: Hipótesis nula

- Estadístico Rho de Spearman:

usamos el estadístico Rho de Spearman para determinar el grado de correlación entre nuestras hipótesis de investigación en este caso porque no siguen un comportamiento normal y fue útil para analizar la relación entre la evidencia y la articulación interinstitucional de servicios de salud.

- Tipos de correlación:

Las correlaciones asociadas a una distribución de datos pueden ser positiva, negativa o nula.

Correlación directa o positiva: Sucede cuando ambas variables (X e Y) están relacionadas directamente, lo notamos cuando el aumento de una variable implica el aumento de la otra o cuando la disminución de una implica la disminución de la otra variable.

Correlación inversa o negativa: Sucede cuando se identifica que el aumento del valor de una variable causa la disminución de la otra, en ese caso hablamos de una correlación inversa.

Correlación nula: Las variables no están correlacionadas entre sí.

Valor, grado o nivel de correlación: Se interpreta teniendo en cuenta la evaluación del nivel de significancia asociado a nuestro estadístico de prueba: SIG = p valor < 0.05 Se rechaza la H0; SIG > 0.05 Se acepta la H0.

### 3.7. Aspectos éticos

- **Confidencialidad:** La información no será usada para otro fin.
  - **Consentimiento informado:** Los participantes serán informados antes de su participación en el estudio y para el acceso a sus datos.
  - **Libre participación:** Se solicitará la participación voluntaria.
  - **Anonimato:** Los datos de los participantes no serán revelados y estarán protegidos en todo momento.
  - **Acceso a la información y base de datos:** Los interesados deberán remitir una solicitud por escrito (solicitud dirigida al autor del estudio) expresando sus motivaciones e intereses y enviar un correo a: [05100137@unmsm.edu.pe](mailto:05100137@unmsm.edu.pe)
- Todos los derechos reservados.**

#### IV. RESULTADOS

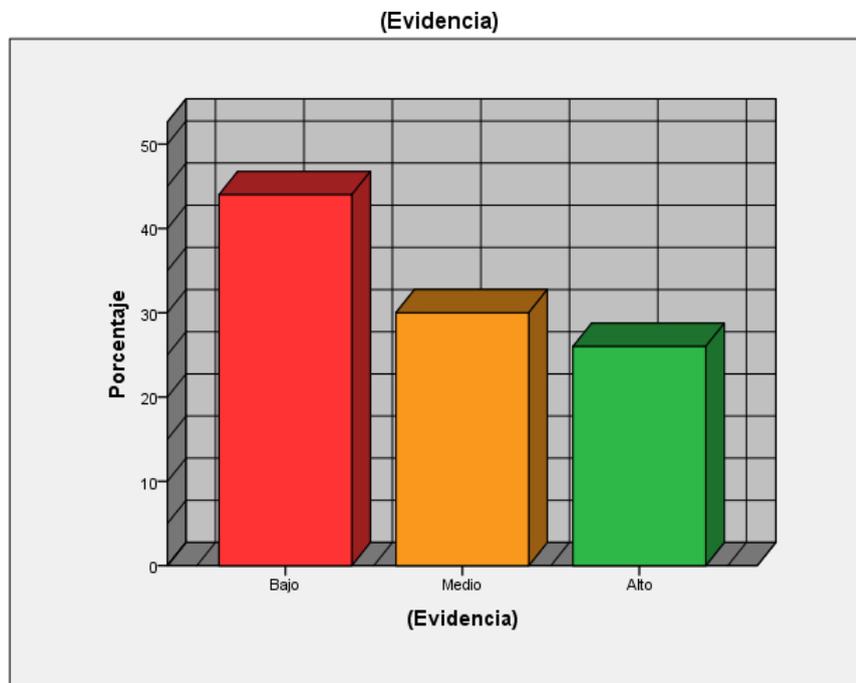
##### Análisis descriptivo

**Tabla 2:** Distribución del nivel de manejo de evidencia en el HMA

		(Evidencia)			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	22	44,0	44,0	44,0
	Medio	15	30,0	30,0	74,0
	Alto	13	26,0	26,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

En la tabla 2 vemos que el nivel de habilidades para el manejo de evidencia por parte de la mayoría de los profesionales consultados en este estudio es bajo representando un 44% del total de los encuestados, solo 13 de los profesionales consultados tendrían unas buenas capacidades para el manejo adecuado de la evidencia en sus organizaciones.

**Figura 5:** Distribución gráfica del nivel de manejo de evidencia en el HMA

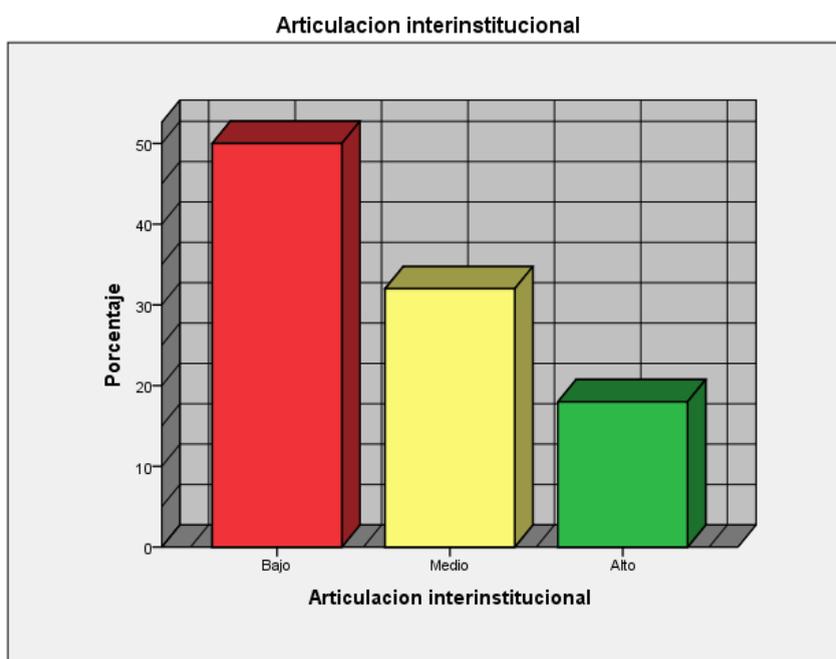


**Tabla 3:** Distribución del nivel de articulación interinstitucional de servicios SS

		Articulacion interinstitucional			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	25	50,0	50,0	50,0
	Medio	16	32,0	32,0	82,0
	Alto	9	18,0	18,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

La tabla 3 nos muestra el nivel potencial de capacidades para la articulación interinstitucional de servicios de salud que tendrían los profesionales consultados en este estudio, en donde solo 9 de ellos que representan al 18% del total de encuestados tendrían un buen nivel para iniciar procesos de articulación interinstitucional. No obstante, la mayoría de los profesionales consultados (50%) tendrían un bajo de nivel de capacidades para articular las políticas y los servicios de salud en la institución.

**Figura 6:** Distribución gráfica del nivel de articulación interinstitucional de SS



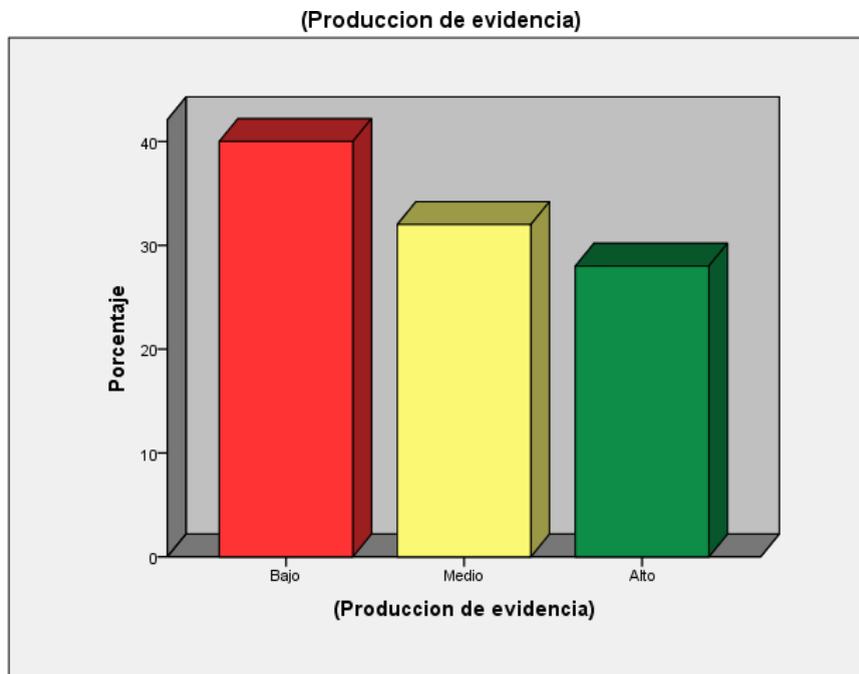
**Tabla 4:** Distribución del nivel de producción de evidencia en el HMA

**(Produccion de evidencia)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Bajo	20	40,0	40,0	40,0
Medio	16	32,0	32,0	72,0
Alto	14	28,0	28,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

En la tabla 4 analizamos el nivel de capacidades para la producción de evidencia por parte de los profesionales encuestados en este estudio en donde solo 14 de ellos tendrían un buen nivel para producir evidencia útil y casi el 40% de los encuestados tendrían bajas capacidades para producir evidencia que le pueda servir a la institución. No obstante, el 32% de los encuestados tiene un nivel medio para la producción de evidencia en la institución.

**Figura 7:** Distribución gráfica del nivel de producción de evidencia en el HMA



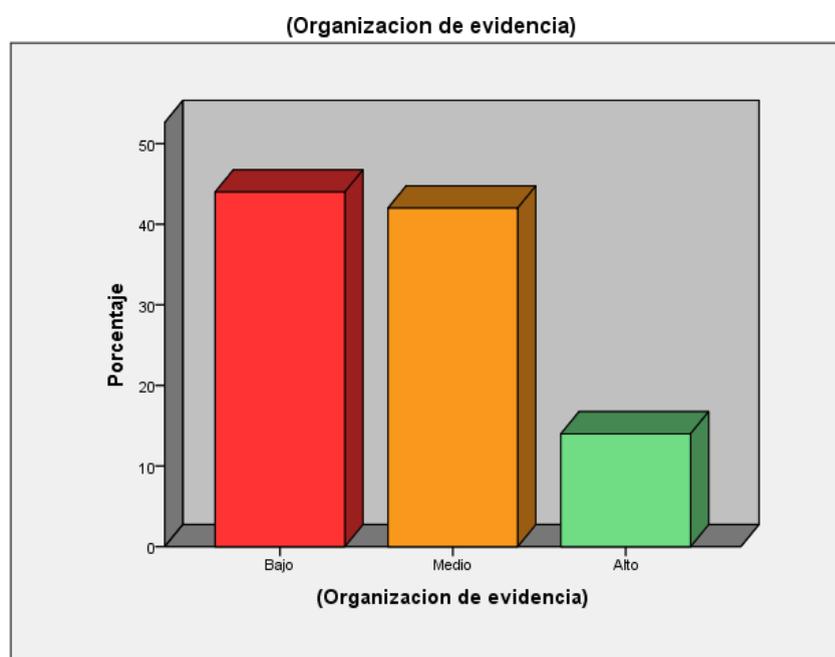
**Tabla 5:** Distribución del nivel de organización de evidencia en el HMA

**(Organizacion de evidencia)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	22	44,0	44,0	44,0
	Medio	21	42,0	42,0	86,0
	Alto	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

La tabla 5 muestra el bajo nivel de capacidades para la organización de la evidencia en la institución con un 44% de encuestados cuyo nivel es muy bajo y un 42% de los encuestados con un nivel medio, solo 7 encuestados que representan al 14% del total tendrían buenas capacidades para la organización de la evidencia en la institución.

**Figura 8:** Distribución gráfica del nivel de organización de evidencia

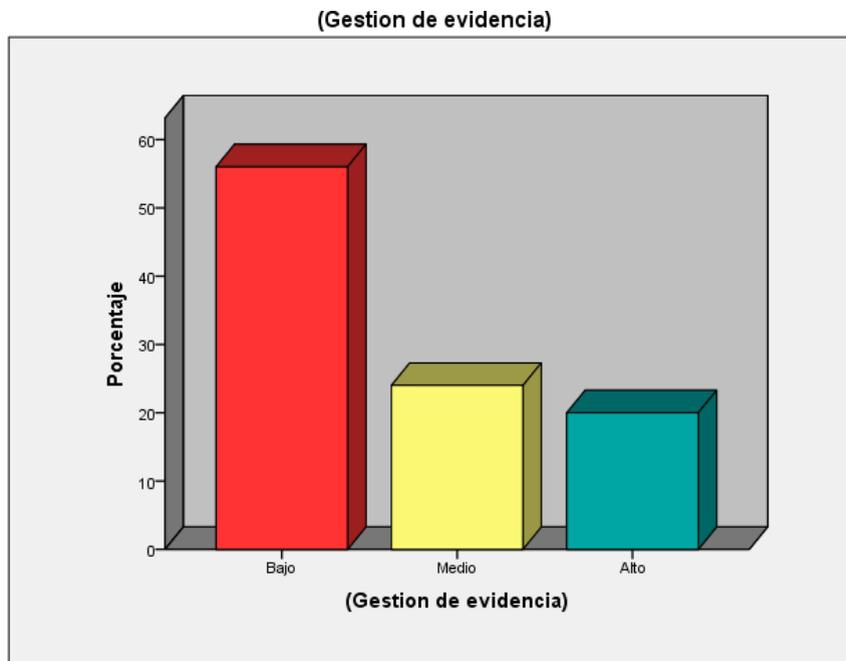


**Tabla 6:** Distribución del nivel de gestión de evidencia en el HMA

		<b>(Gestion de evidencia)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	28	56,0	56,0	56,0
	Medio	12	24,0	24,0	80,0
	Alto	10	20,0	20,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

La tabla 6 muestra que las capacidades para la gestión de la evidencia por parte de los profesionales encuestados en este estudio son predominantemente bajas con un 56% del total de los encuestados, seguido de un 24% de profesionales que poseen un mediano nivel de capacidades para la gestión de evidencia, solo 10 de ellos tendrían un nivel aceptable para iniciar una adecuada gestión de la evidencia en la institución.

**Figura 9:** Distribución gráfica del nivel de gestión de evidencia en el HMA



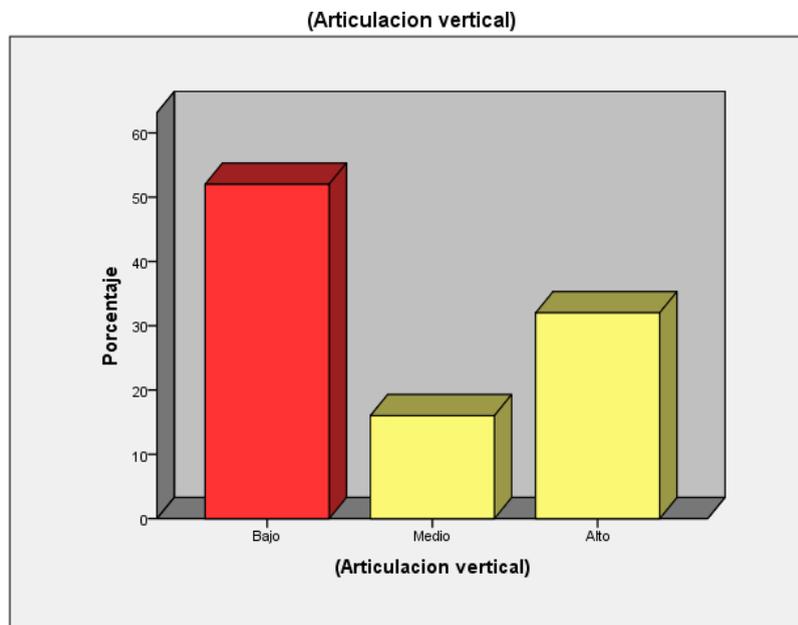
**Tabla 7:** Distribución del nivel de articulación vertical de servicios de salud

**(Articulacion vertical)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	26	52,0	52,0	52,0
	Medio	8	16,0	16,0	68,0
	Alto	16	32,0	32,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

La tabla 7 muestra que el nivel de articulación vertical de servicios de salud es predominantemente bajo donde la mayoría de los profesionales encuestados 52% de ellos tendrían un bajo nivel para la articulación vertical de servicios de salud, solo 16 de ellos que representan a un 32% de los encuestados tendrían buenas capacidades para iniciar procesos de articulación vertical de servicios de salud con otras instituciones y niveles de gobierno del estado.

**Figura 10:** Distribución gráfica del nivel de articulación vertical de servicios SS



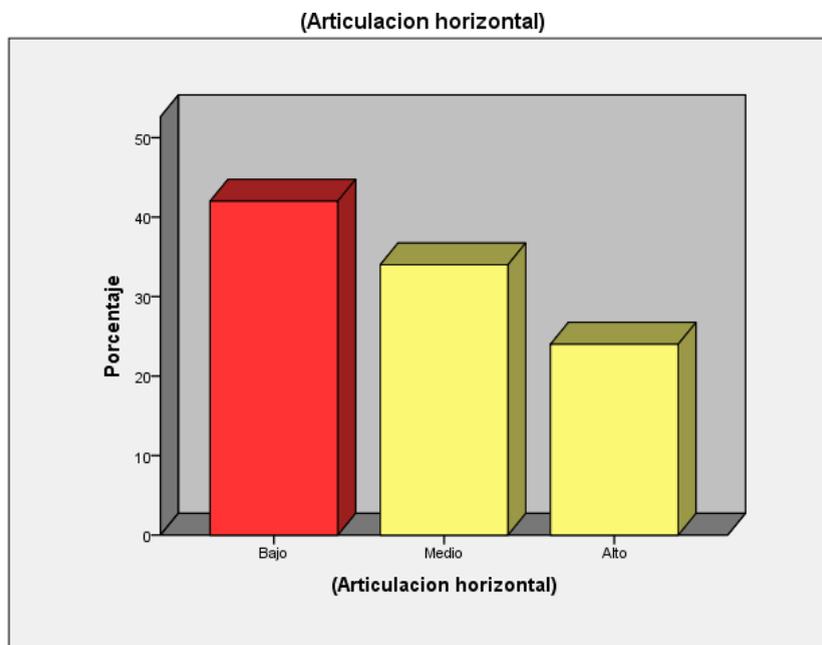
**Tabla 8:** Distribución del nivel de articulación horizontal de servicios de salud

**(Articulacion horizontal)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	21	42,0	42,0	42,0
	Medio	17	34,0	34,0	76,0
	Alto	12	24,0	24,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

La tabla 8 muestra que existe un bajo nivel de capacidades para la articulación horizontal de servicios de salud por parte del 42% de los profesionales encuestados seguido de un 34% de ellos que tienen medianas capacidades para iniciar procesos de articulación horizontal y solo 12 de ellos con un buen nivel para iniciar este proceso.

**Figura 11:** Distribución gráfica del nivel de articulación horizontal de servicios SS



## Tablas cruzadas

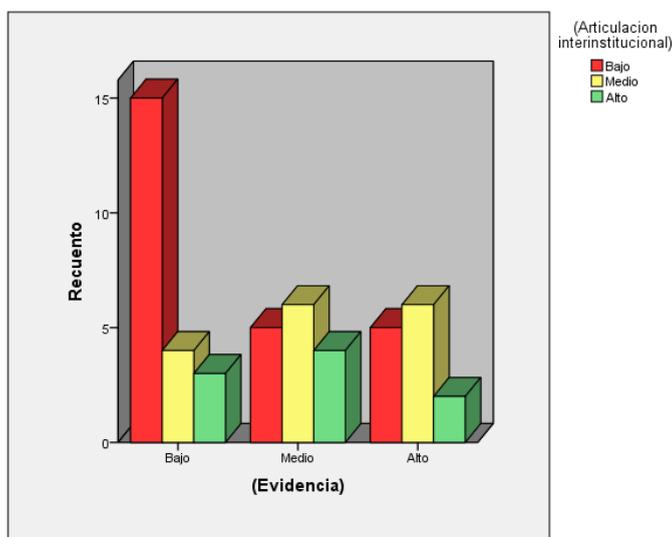
**Tabla 9:** Nivel de articulación interinstitucional de servicios de salud según el manejo de evidencia en el HMA

**Tabla de contingencia (Evidencia) \* (Articulación interinstitucional)**

		(Articulación interinstitucional)			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
(Evidencia)	Bajo	Recuento	15	4	3	22
		% del total	30,0%	8,0%	6,0%	44,0%
	Medio	Recuento	5	6	4	15
		% del total	10,0%	12,0%	8,0%	30,0%
	Alto	Recuento	5	6	2	13
		% del total	10,0%	12,0%	4,0%	26,0%
Total		Recuento	25	16	9	50
		% del total	50,0%	32,0%	18,0%	100,0%

En la tabla 9 se muestra una tabla cruzada que contempla el nivel articulación interinstitucional de servicios de salud en relación con el manejo de evidencia por parte de los encuestados, de tal manera que el 30% de los que poseen pocas capacidades para el manejo de evidencia también poseen escasas habilidades para la articulación interinstitucional de servicios de salud, solo 2 personas que representan al 4% de los encuestados poseen un alto nivel de manejo de evidencia y por ende también una buena capacidad para la articulación de servicios de salud.

**Figura 12:** Nivel de articulación interinstitucional según la evidencia



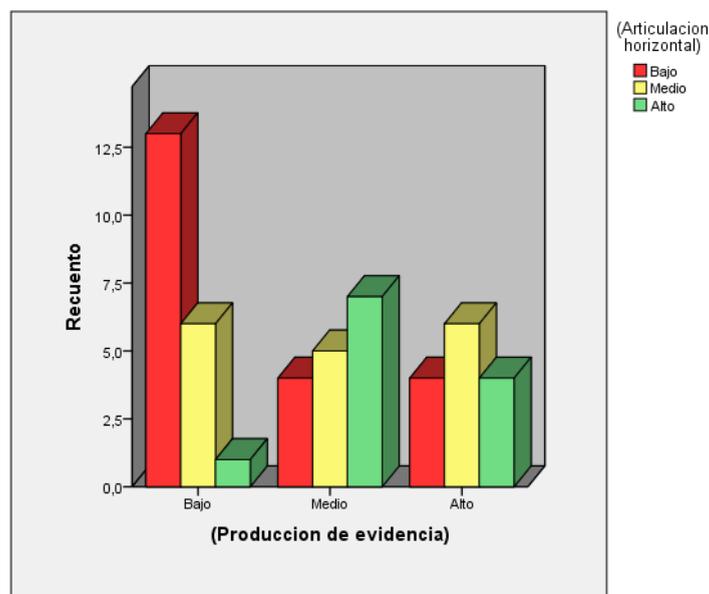
**Tabla 10:** Nivel de articulación horizontal de servicios de salud según la producción de evidencia

**Tabla de contingencia (Produccion de evidencia) \* (Articulacion horizontal)**

		(Articulacion horizontal)			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
(Produccion de evidencia)	Bajo	Recuento	13	6	1	20
		% del total	26,0%	12,0%	2,0%	40,0%
	Medio	Recuento	4	5	7	16
		% del total	8,0%	10,0%	14,0%	32,0%
	Alto	Recuento	4	6	4	14
		% del total	8,0%	12,0%	8,0%	28,0%
Total	Recuento	21	17	12	50	
	% del total	42,0%	34,0%	24,0%	100,0%	

La tabla 10 muestra la cantidad de participantes con habilidades para la articulación horizontal de servicios de salud en relación con sus habilidades para la producción de evidencia, se observa que el 13% de los que tienen un bajo nivel para la producción de evidencia también tienen un bajo nivel para la articulación horizontal de servicios de salud, solo 4 personas que tendrían un adecuado nivel de habilidades para la producción de evidencia tendrían un alto nivel para articular servicios de salud a nivel horizontal.

**Figura 13:** Nivel de articulación horizontal según la producción de evidencia



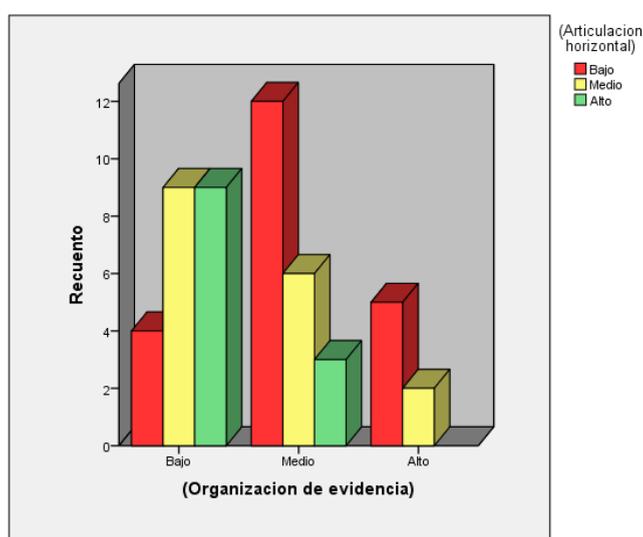
**Tabla 11:** Nivel de articulación horizontal de servicios de salud según la organización de la evidencia

**Tabla de contingencia (Organización de evidencia) \* (Articulación horizontal)**

			(Articulación horizontal)			Total
			Bajo	Medio	Alto	
(Organización de evidencia)	Bajo	Recuento	4	9	9	22
		% del total	8,0%	18,0%	18,0%	44,0%
	Medio	Recuento	12	6	3	21
		% del total	24,0%	12,0%	6,0%	42,0%
	Alto	Recuento	5	2	0	7
		% del total	10,0%	4,0%	0,0%	14,0%
Total		Recuento	21	17	12	50
		% del total	42,0%	34,0%	24,0%	100,0%

La tabla 11 muestra el cruce entre la cantidad de participantes con habilidades para la organización de la evidencia y articulación horizontal de servicios de salud, de tal manera que mientras más bajas son estas habilidades 8% (bajo) y 24% (medio) menos capacidades existen para articular los servicios de salud a nivel horizontal, también, ningún encuestado (0.0%) presentó un alto nivel para ninguna de las habilidades descritas.

**Figura 14:** Nivel de articulación horizontal según la organización de evidencia



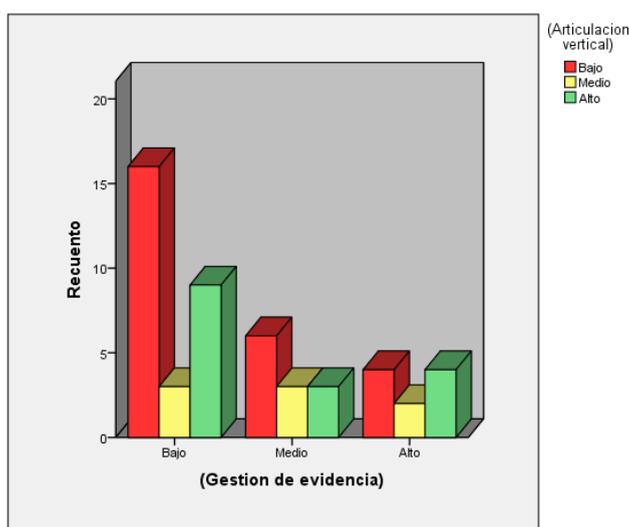
**Tabla 12:** Nivel de articulación vertical de servicios de salud según la gestión de evidencia

**Tabla de contingencia (Gestion de evidencia) ^ (Articulacion vertical)**

			(Articulacion vertical)			Total
			Bajo	Medio	Alto	
(Gestion de evidencia)	Bajo	Recuento	16	3	9	28
		% del total	32,0%	6,0%	18,0%	56,0%
	Medio	Recuento	6	3	3	12
		% del total	12,0%	6,0%	6,0%	24,0%
	Alto	Recuento	4	2	4	10
		% del total	8,0%	4,0%	8,0%	20,0%
Total		Recuento	26	8	16	50
		% del total	52,0%	16,0%	32,0%	100,0%

La tabla 12 muestra el cruce entre los participantes que poseen habilidades la gestión de la evidencia en el HMA y sus habilidades para la articulación vertical de servicios de salud, la mayoría de ellos, el 32%, poseen bajas habilidades para la gestión de evidencia y consecuentemente sus habilidades para la articulación vertical también bien es baja, sólo 4 participantes poseen un buen nivel para iniciar procesos de articulación vertical de servicios de salud con otras instituciones y niveles de gobierno.

**Figura 15:** Nivel de articulación vertical según la gestión de evidencia



## Análisis inferencial

Se realizó la prueba de Kolmogorov para determinar la normalidad de la distribución de los datos obtenidos utilizando el estadístico Kolmogorov ya que nuestra muestra fue de 50 personas, nos formulamos las siguientes hipótesis:

H0: La distribución de los datos proviene de una distribución normal.

Ha: La distribución de los datos no presenta una distribución normal.

Nivel de significancia: 0.05

Estadístico de prueba:

SIG < 0.05; Se rechaza H0

SIG > 0.05; Se acepta H0

**Tabla 13:** Prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
(Produccion de evidencia)	,257	50	,000
(Organizacion de evidencia)	,279	50	,000
(Gestion de evidencia)	,348	50	,000
(Articulacion vertical)	,332	50	,000
(Articulacion horizontal)	,267	50	,000
(Evidencia)	,280	50	,000
(Articulacion interinstitucional)	,312	50	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

La tabla 13 describe el resultado de la prueba de Kolmogorov para el análisis de normalidad de nuestros datos determinado por el software SPSS con un nivel de significancia Sig = p valor de 0.000 < 0.05 para cada una de las dimensiones y variables de estudio indicándonos que los datos asociados a las variables Evidencia y Articulación interinstitucional no provienen de una distribución normal. Por lo tanto, utilizaremos estadística no paramétrica para la contrastación de nuestras hipótesis.

## Contrastación de Hipótesis

### Hipótesis general

H0: No Existe relación entre el manejo de evidencia y la articulación interinstitucional de servicios de salud

HG: Existe relación entre el manejo de evidencia y la articulación interinstitucional de servicios de salud

**Tabla 14:** Correlación entre el nivel de manejo de evidencia y la articulación interinstitucional de servicios de salud en el HMA 2020.

		(Evidencia)	(Articulación interinstitucional)	
Rho de Spearman	(Evidencia)	Coefficiente de correlación	1,000	,237
		Sig. (bilateral)	.	,097
		N	50	50
(Articulación interinstitucional)		Coefficiente de correlación	,237	1,000
		Sig. (bilateral)	,097	.
		N	50	50

La tabla 14 denota el escaso nivel de vinculación entre el manejo de la evidencia y la articulación interinstitucional de servicios de salud en el HMA con un 23.7% de relación asociado al coeficiente de Rho de Spearman y una significancia SIG de  $0.097 > 0.05$  por lo cual se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existiría una relación significativa entre el manejo adecuado de la evidencia y la articulación interinstitucional de servicios de salud.

### Hipótesis específicas

#### Hipótesis específica 1

H0: No existe relación entre el nivel de producción de evidencia y la articulación horizontal de servicios de salud

H1: Existe relación entre el nivel de producción de evidencia y la articulación horizontal de servicios de salud

**Tabla 15:** Correlación entre el nivel de producción de evidencia y la articulación horizontal de servicios de salud en el HMA 2020

Correlaciones			(Produccion de evidencia)	(Articulacion horizontal)
Rho de Spearman	(Produccion de evidencia)	Coefficiente de correlación	1,000	,355*
		Sig. (bilateral)	.	,012
		N	50	50
	(Articulacion horizontal)	Coefficiente de correlación	,355*	1,000
		Sig. (bilateral)	,012	.
		N	50	50

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 15 se muestra que el nivel de relación entre la producción de evidencia y la articulación horizontal de servicios de salud es de 35% asociado al coeficiente de Rho de Spearman con una significancia SIG p valor de  $0.012 < 0.05$  denotando que existe una correlación significativa moderada entre estas dos variables por lo cual se rechaza la H0.

## Hipótesis específica 2

H0: No existe relación entre el nivel de organización de la evidencia y la articulación horizontal de los servicios de salud

H2: Existe relación entre el nivel de organización de la evidencia y la articulación horizontal de los servicios de salud

**Tabla 16:** Correlación entre el nivel de organización de evidencia y la articulación horizontal de servicios de salud en el HMA 2020

Correlaciones			(Organizacion de evidencia)	(Articulacion horizontal)
Rho de Spearman	(Organizacion de evidencia)	Coefficiente de correlación	1,000	-,470**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	50	50
	(Articulacion horizontal)	Coefficiente de correlación	-,470**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	50	50

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 16 muestra que existe una correlación significativa indirecta entre la organización de evidencia y la articulación horizontal de servicios de salud con un nivel de significancia SIG p valor de  $0.01 < 0.05$

### Hipótesis específica 3

H0: No existe relación entre la gestión de evidencia y la articulación vertical de servicios de salud

H2: Existe relación entre la gestión de evidencia y la articulación vertical de servicios de salud

**Tabla 17:** Correlación entre el nivel de gestión de evidencia y la articulación vertical de servicios de salud en el HMA 2020

Correlaciones			(Gestion de evidencia)	(Articulacion vertical)
Rho de Spearman	(Gestion de evidencia)	Coefficiente de correlación	1,000	,096
		Sig. (bilateral)	.	,509
		N	50	50
	(Articulacion vertical)	Coefficiente de correlación	,096	1,000
		Sig. (bilateral)	,509	.
		N	50	50

En la tabla 17 se muestra que existe una escasa vinculación (Rho = 9.6%) entre el nivel de gestión de la evidencia y la articulación vertical de servicios de salud con un SIG p valor de 0.509 lo que nos obliga a aceptar la H0.

## V. DISCUSIÓN

Anunciados los resultados de esta investigación ahora pasaremos a la discusión de estos:

El análisis de los datos procesados usando el software SPSS dan cuenta de un escaso nivel de vinculación entre el manejo de la evidencia y la articulación interinstitucional de servicios de salud en el HMA con un 23.7% de relación asociado al coeficiente de Rho de Spearman con un nivel de significancia superior a 0.05; SIG de  $0.097 > 0.05$  (ver tabla) lo que nos indica que no existe una relación significativa entre el manejo adecuado de la evidencia y la articulación interinstitucional de servicios de salud en la institución.

La escasa vinculación de la evidencia y la articulación interinstitucional de servicios de salud podría deberse a que la mayoría de los profesionales consultados en este estudio un 44% tendrían un bajo nivel para el manejo de la evidencia de todos estos, el 40 % presentan limitadas capacidades para la producción de evidencia, el 42% limitadas capacidades para la organización de la evidencia y un 52% de los encuestados un bajo nivel para gestión de la evidencia en la institución.

Estos resultados según el estudio del coronel Paz (10) en zonas críticas nos indicaría que la institución estaría desaprovechando el enorme potencial de la evidencia generada para la articulación de los servicios de salud y también, que tendría pocas probabilidades para llevar a cabo procesos de vinculación estratégica basados en un mejor manejo de la evidencia para una vinculación coordinada y articulada de las políticas de salud a nivel intersectorial.

Cuando analizamos el nivel de capacidades de los encuestados para la producción de evidencia y sus habilidades para la articulación horizontal nos dimos cuenta de que existe una relación significativa asociada a un 35% del coeficiente Rho de Spearman con un nivel de significancia de SIG  $0.012 < 0.05$  que indica que las capacidades para la producción de evidencia estarían relacionadas con las habilidades para la articulación horizontal de servicios de salud.

Una de las maneras que describe Núñez (18), en su estudio sobre los estilos de liderazgo en función de las habilidades para la integración de la evidencia en la toma de decisiones es que los funcionarios que integren habilidades para la producción y generación de evidencia en sus organizaciones tendrían mayores ventajas para dirigir sus establecimientos de salud y esto estaría relacionado con su capacidad de liderazgo tan necesario para la implementación de las políticas de salud como por ejemplo el modelo de cuidado integral de salud (9) o para la justificación o redistribución de los presupuestos basados en resultados (30), el manejo de la evidencia resulta ser una habilidad fundamental para la articulación de los servicios de salud.

Otro de los objetivos del estudio era determinar la relación que existiría entre el nivel de organización de la evidencia y la articulación horizontal de los servicios de salud, el análisis usando el software SPSS da cuenta que la relación entre estas variables es negativa (indirecta) con un nivel de significancia asociado al SIG p valor de  $0.01 < 0.05$  (ver tabla), este comportamiento de los datos puede deberse a que la mayoría de los profesionales consultados tendrían limitadas capacidades para la organización de la evidencia 44% por ejemplo en el uso de tecnologías colaborativas, la producción de instrumentos de gestión usando evidencia, o su participación en la formulación de propuestas de servicios de salud para la articulación de las políticas del sector.

Peters DTJM (3) en su estudio para comprender la coordinación y articulación de políticas de salud pública basa sus Hipótesis en la confianza, gestión y desempeño en las redes de salud señala que para iniciar acciones de colaboración es necesario que se construyan alianzas estratégicas basadas en agendas de trabajo en común y que podrían iniciar a partir del manejo adecuado de la evidencia en las organizaciones. Una de ellas podría ser el acopio y organización de la evidencia por parte de las organizaciones involucradas en una problemática de salud.

Otro de los objetivos estratégicos estudiados en esta investigación era determinar la relación entre el nivel de gestión de la evidencia y la articulación vertical de servicios de salud.

Los resultados de esta investigación indican que no existe una relación significativa para estas variables estudiadas ya que el nivel de significancia SIG del valor p fue de  $0.509 > 0.05$  y supera largamente el valor del error típico que estamos dispuestos a aceptar. Este resultado podría deberse a que la mayoría de los profesionales encuestados tienen muy bajas capacidades para la gestión de la evidencia (56%) y más aún para la articulación vertical de los servicios de salud que fue de (52%)

Una de las contribuciones del estudio de Jones CM, Clavier C, Potvin L “procesos políticos transfronterizos asociados a la gobernanza de la salud” analiza el rol de la evidencia para iniciar procesos de colaboración intersectorial de las políticas de salud pública, ¿si tenemos en cuenta que en la institución en la que llevamos a cabo el estudio existe muy pocas capacidades para la gestión de la evidencia, Que podríamos esperar de los procesos de articulación de los servicios de salud? En ese sentido, otro de los resultados que arroja esta investigación es el escaso nivel de articulación vertical (52%) y articulación horizontal (42%) de servicios de salud por parte de los profesionales consultados lo que nos indica que en la institución hacen falta programas de formación para desarrollar habilidades que puedan ser aprovechadas en beneficio de la población.

Alfaro-Alfaro N (28) en su estudio sobre los DSS indica que los sistemas de salud funcionan como unidades para la prevención, curación y recuperación de la salud estos deberían centrar su accionar en la articulación estratégica de los servicios y políticas de salud ya que de esa manera estarían atacando las causas que originan gran parte de las enfermedades en la población, atacar los determinantes sociales es una manera sensata de empezar con las estrategias de prevención.

¿Cómo podríamos tener un abordaje efectivo de la problemática de salud pública si las habilidades para la producción (40%), organización (44%) y gestión de la evidencia (56%) son muy bajas por parte de la mayoría de los profesionales consultados?

La coordinación de las políticas y servicios de salud con otras instituciones del estado depende de un adecuado nivel de habilidades para la articulación vertical y horizontal. Esta investigación plantea que una de las maneras de transversalizar las políticas y servicios de salud es a través del uso adecuado de la evidencia, no obstante, los resultados del estudio nos indican que existe una necesidad urgente de reforzar las capacidades de los profesionales del HMA para aprovechar todo el potencial de la evidencia en la coordinación y articulación de los servicios de salud.

El modelo de gestión territorial (9) es una forma de gestionar los servicios de salud teniendo en cuenta a todos los actores involucrados en la problemática de salud pública que se puedan encontrar en un territorio, estos actores al encontrarse desplegados en un ámbito territorial determinado deben ser convocados para la elaboración de agendas de trabajo que los involucren uno de los mecanismos para poder hacer esto sería a través del uso adecuado de la evidencia por parte de los profesionales de salud pública.

Este estudio pone en evidencia que las habilidades para la articulación tanto vertical como horizontal de servicios de salud en el HMA son bajas representando estas un 52% y 42% de los encuestados respectivamente, ¿Cómo podemos esperar implementar de manera adecuada las políticas del MCI (9) o el abordaje adecuado de los DSS (28) si no reforzamos las capacidades de los profesionales para un abordaje multisectorial? Según McCollum R, Taegtmeyer M, (17) la articulación de las políticas y servicios de salud pasa por una participación efectiva de la población en las decisiones de política en ese sentido, menciona que el acercamiento de las políticas de salud debería de contener un fuerte componente de participación social quienes son al fin y al cabo los más interesados en la provisión de servicios basados en la evidencia.

## VI. CONCLUSIONES

- Primera:** No existe una relación significativa entre las habilidades para La articulación interinstitucional de servicios de salud y el manejo adecuado de la evidencia por parte de los profesionales consultados en el HMA, el nivel de correlación es mínimo asociado a un 23.7% con un nivel de significancia SIG de  $0.097 > 0.05$ .
- Segunda:** Existe una relación moderada significativa entre las habilidades para la producción de evidencia y la articulación horizontal de servicios de salud observada en los profesionales encuestados del HMA, con un nivel de significancia asociado al SIG p valor de  $0.012 < 0.05$ , lo que indicaría que a mayores capacidades para producir evidencia útil para la institución mayores serían las capacidades para articular servicios de salud entre instituciones del mismo nivel de gobierno (a nivel horizontal).
- Tercera:** Existe una relación significativa indirecta entre las habilidades para la organización de evidencia por parte de los profesionales consultados y sus habilidades para la articulación horizontal de servicios de salud con un nivel de significancia SIG p valor de  $0.01 < 0.05$ . Este comportamiento podría explicarse porque existen conocimientos empíricos y mecanismos informales para la articulación de servicios de salud sobre todo a nivel privado.
- Cuarta:** No existe una relación significativa entre las habilidades para la gestión de evidencia y la articulación vertical de servicios de salud por parte de los profesionales encuestados con un valor para el coeficiente Rho de Spearman de 9.6% de relación y un nivel de significancia SIG p valor de 0.509 por lo que existiría un bajo nivel de vinculación estratégica de la institución con otras instituciones de los tres niveles de gobierno, desperdiciando una valiosa oportunidad para la articulación estratégica de las políticas del sector.

## VII. RECOMENDACIONES

A la directora de la institución:

**Primera:** Fortalecer las capacidades de los recursos humanos en salud encargados de la gestión interinstitucional de servicios de salud que deberá ser liderada por profesionales con competencias para el tratamiento estratégico de la evidencia en sus dimensiones de producción, organización y gestión.

**Segunda:** Destinar recursos y presupuesto para la implementación de un programa de formación de profesionales especializados en el diseño de estrategias de articulación y coordinación de directivas sanitarias con otras instituciones del estado, así como para la creación de una división especializada que articule las iniciativas a nivel territorial.

**Tercera:** Coordinar la dirección de equipos de gestión de servicios de salud que se encarguen de elaborar y proponer directivas territoriales de salud pública para su implementación en instituciones del sector público y privado bajo la modalidad de servicios territoriales de salud.

**Cuarta:** Proponer la implementación de un comité multidisciplinario de salud pública dedicado al abordaje de los determinantes sociales de la salud con énfasis en la articulación de las políticas del sector con todos los actores involucrados en su ámbito territorial.

**Quinta:** Implementar estrategias de transversalización de políticas y directivas de salud pública con otras instituciones usando la evidencia como el eje articulador.

## REFERENCIAS

1. Jones CM, Clavier C, Potvin L. Policy processes sans frontières: interactions in transnational governance of global health. *Policy Sci* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2020 Jul 19];53(1):161–80. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11077-020-09375-2>
2. García PJ. Corruption in global health: the open secret. *Lancet* [Internet]. 2019 Dec 7 [cited 2019 Dec 6];394(10214):2119–24. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32527-9/fulltext#.Xeq4AOXeubM.mendeley](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32527-9/fulltext#.Xeq4AOXeubM.mendeley)
3. Peters DTJM, Klijn EH, Stronks K, Harting J. Policy coordination and integration, trust, management and performance in public health-related policy networks: a survey. *Int Rev Adm Sci* [Internet]. 2017 Mar 10 [cited 2020 Sep 8];83(1):200–22. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020852315585061>
4. de Sousa IV, Brasil CCP, da Silva RM, e Vasconcelos DP, Silva KA, Bezerra IN, et al. Diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em situação de vulnerabilidade social - Scopus. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2020 Sep 16];22(12):3945–54. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017021203945&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021203945&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
5. Lazo-Gonzales O, alcalde-Rabanal J, Espinosa-Henao O. El sistema de salud en Perú [Internet]. [cited 2019 Nov 19]. Available from: <http://web2016.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/12/libroSistemaSaludPeru-.pdf>
6. Pescarini JM, Rodrigues LC, Gomes MGM, Waldman EA. Migration to middle- income countries and tuberculosis-global policies for global economies - Scopus. *Globalization and Health* [Internet]. 2017 Mar 15 [cited 2020 Sep 16];13(1):15. Available from: <http://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-017-0236-6>
7. José Miguel Morales Asencio (1) EGJ (1), FJMS (2) y JCMH (1, 3). Salud pública basada en la evidencia: Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. *Scielo* [Internet]. [cited 2020 Sep 16]; Available from:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272008000100002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000100002)

8. Gonzales J, Charca R, Munguía K, Liliana. P. PROSPECTIVA, PANDEMIA Y DESAFÍOS PARA LA GESTIÓN SANITARIA EN EL PERÚ. Sciflow [Internet]. 2020 Sep 7 [cited 2020 Oct 20];1–8. Available from: <https://app.sciflow.net/api/publish/html/34b6968a-f5e2-4672-9471-cb77f3f4c357/muxclvfhpfrfs.html>
9. Gonzales J, Charca R, Munguía K, Peláez L. INFORME DE ANÁLISIS DE LA FASE PROSPECTIVA DEL PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL MINSA - PERÚ 2016 - 2021 [Internet]. Sciflow. 2020 [cited 2020 Oct 20]. p. 1–4. Available from: <https://app.sciflow.net/api/publish/html/ad06c837-0480-477d-9d47-84d8b5c40b97/qvl88grcg96.html>
10. R. GV, Economía IP. Un gasto desarticulado en salud | Instituto Peruano de Economía [Internet]. [cited 2020 Sep 9]. Available from: <https://www.ipe.org.pe/portal/un-gasto-desarticulado-en-salud/>
11. Perú 21. Ineficiencias del sector salud están afectando a millones de peruanos [INFORME] Perú | Peru21 [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 19]. p. 3. Available from: <https://peru21.pe/peru/situacion-salud-peru-ineficiencias-sector-afectando-millones-peruanos-396225-noticia/?ref=p21r>
12. PERÚ NEC. El Comercio Respuestas: Coronavirus y dióxido de cloro: ¿Qué es y por qué es peligroso su consumo | NOTICIAS EL COMERCIO PERÚ [cited 2020 Sep 8]; Available from: <https://elcomercio.pe/respuestas/coronavirus-y-dioxido-de-cloro-que-es-y-por-que-es-peligroso-su-consumo-covid-19-revtli-noticia/>
13. Reggiardo Palacios G. El presupuesto por resultados en el proceso de modernización pública (2007-2017): Estudio del programa presupuestal N° 0133 [Internet]. [Lima]: Academia diplomática del Perú Javier Pérez de Cuellar; 2017 [cited 2020 Sep 13]. Available from: [http://repositorio.adp.edu.pe/bitstream/handle/ADP/22/T812\\_44933066\\_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.adp.edu.pe/bitstream/handle/ADP/22/T812_44933066_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
14. Ávila-Agüero ML, Ministra de Salud. Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. Scielo [Internet]. [cited 2020 Oct 24];

Available from:

[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022009000200002](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000200002)

15. ROF - MINSA. 2017;200.
16. OPS - De Experiencias C, De S, De P, Salud LA, La EN, De R, et al. DOCUMENTO CONCEPTUAL: INTERSECTORIALIDAD [Internet]. [cited 2020 Sep 8]. Available from: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf>
17. Ericson L. Gutierrez1 a, MPAG-AGHGCPNRCJPARATRB-DSSEG. Uso de la evidencia en políticas y programas de salud aportes del Instituto Nacional de Salud | Gutierrez | Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016 [cited 2020 Sep 16];1–13. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2308/2318>
18. Monitoreo IDEL. INFORME DEL MONITOREO ADICIONAL DE RESIDUOS QUÍMICOS Y OTROS CONTAMINANTES EN ALIMENTOS AGROPECUARIOS PRIMARIOS Y PIENSOS, AÑO 2015. 2016;1–65.
19. Gutierrez EL, Piazza M, Gutierrez-Aguado A, Hajar G, Carmona G, Caballero P, et al. Use of evidence in health policies and programs contributions of the Instituto Nacional de Salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2020 May 20];33(3):580–4. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342016000300027](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000300027)
20. Paz Ramos Manuel Antonio. Influencia de la intervención pública intersectorial en la implementación de la política de desarrollo e integración fronteriza en el área crítica de frontera. Caballo Cocha, Loreto. Años 2017-2018. 2018; Available from: file:///C:/Users/José Gonzales/OneDrive - Universidad Nacional Mayor de San Marcos/MAESTRÍA UCV/METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN I/TESIS AFINES/TESIS CRL PAZ MDDN.pdf
21. Núñez S. Estilo De Liderazgo Y Competencias Para La Integración De Evidencia a La Toma De Decisiones En Jefes De La Red Salud Jauja, 2018. Univ César Vallejo [Internet]. 2018;1–136. Available from: file:///C:/Users/José Gonzales/OneDrive - Universidad Nacional Mayor de

22. McCollum R, Taegtmeier M, Otiso L, Tolhurst R, Mireku M, Martineau T, et al. Applying an intersectionality lens to examine health for vulnerable individuals following devolution in Kenya. *Int J Equity Health* [Internet]. 2019 Jan 30 [cited 2020 Sep 8];18(1):24. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-019-0917-2>
23. Liverani M, Chheng K, Parkhurst J. The making of evidence-informed health policy in Cambodia: Knowledge, institutions and processes. *BMJ Glob Heal* [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2020 Sep 8];3(3):652. Available from: <http://gh.bmj.com/>
24. OPS/OMS. Medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. *Salud Pública las Am.* 2000;
25. Ricciardi W, Pita Barros P, Bourek A, Brouwer W, Kelsey T, Lehtonen L. How to govern the digital transformation of health services. *Eur J Public Health* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2020 Jan 16];29(3):7–12. Available from: <http://bit.ly/2Req3Fm>
26. Artundo Purroy C, Rivadeneyra Sicilia A. Health impact assessment: a tool to incorporate health into non-sanitary interventions. *Gac Sanit* [Internet]. 2008 Apr [cited 2020 May 20];22 Suppl 1(1):96–103. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112009000100013#f2](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000100013#f2)
27. Cruz Villalón J [1], [1] Universidad de Sevilla. Las transformaciones de las relaciones laborales ante la digitalización de la economía - *Dialnet* [Internet]. [cited 2020 Jan 25]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6552388>
28. Olivares Osorio BR, Santos Quispe RN. Frecuencia De Digitalización En La Subgerencia De Recursos Humanos En La Municipalidad Provincial De Pasco, 2019. *Univ Nac Daniel Alcides Carrión* [Internet]. 2019 Oct 24 [cited 2020 Jan 18]; Available from: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/721123>
29. Azzopardi-Muscat N, Sørensen K. Towards an equitable digital public

- health era: promoting equity through a health literacy perspective. *Eur J Public Health* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2020 Jan 16];29(3):13–7. Available from: <http://bit.ly/2Tvm8pp>
30. Pérez-Lu JE, Bayer AM, Iguñiz-Romero R. Information = equity? How increased access to information can enhance equity and improve health outcomes for pregnant women in Peru. *J Public Heal (United Kingdom)* [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2020 Jan 16];40:1164–73. Available from: <http://bit.ly/36ZdWSk>
  31. Odone A, Buttigieg S, Ricciardi W, Azzopardi-Muscat N, Staines A. Public health digitalization in Europe. *Eur J Public Health* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2020 Jan 16];29(3):28–35. Available from: <http://bit.ly/2Req3Fm>
  32. Secretaría de gestión pública, PCM. POLÍTICA NACIONAL DE MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA AL 2021 SECRETARÍA DE GESTIÓN PÚBLICA PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS. In: Fondo editorial PCM, editor. 2016th ed. Lima; 2016 [cited 2020 Oct 3]. p. 1–9. Available from: <http://www.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2013/05/PNMGP.pdf>
  33. Díaz Rodríguez C, Pulido Rosales J. Articulación interinstitucional y su influencia en la generación de valor público en la Municipalidad Provincial de Chepén, 2017. Univ César Vallejo [Internet]. 2018; Available from: [file:///C:/Users/José Gonzales/OneDrive - Universidad Nacional Mayor de San Marcos / MAESTRÍA UCV / PROYECTO FINAL / TESIS AFINES/Instrumento articulación intersectorial y valor público.pdf](file:///C:/Users/José%20Gonzales/OneDrive%20-%20Universidad%20Nacional%20Mayor%20de%20San%20Marcos%20-%20MAESTRÍA%20UCV%20-%20PROYECTO%20FINAL%20-%20TESIS%20AFINES/Instrumento%20articulación%20intersectorial%20y%20valor%20público.pdf)
  34. La 62ª Asamblea Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. 2009 [cited 2020 Feb 19]. Available from: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_R14-sp.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1)
  35. Guerrero Vílchez RA. Nivel de articulación de los planes estratégicos con el enfoque prospectivo del CEPLAN en la región Lambayeque 2018. Univ César Vallejo. 2018;
  36. RM. N° 030 - 2020 -Ministerio de Salud. Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida (MCI) [Internet]. Lima; 2020 Jan [cited 2020]. Report, Available from: [google.com/drive/folders/1khghvnC0jDyzhqDOdIMeWTYR99e2mg5E](https://drive.google.com/drive/folders/1khghvnC0jDyzhqDOdIMeWTYR99e2mg5E)

37. Barcena A, Prado A, Rosales O, Pérez R. Integración regional Hacia una estrategia de cadenas de valor inclusivas [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 22]. Available from:  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36733/1/S2014216\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36733/1/S2014216_es.pdf)
38. De A, Libertad, Choque C. Los acuerdos de hermanamiento como instrumento para el fortalecimiento de la asociación estratégica integral entre el Perú y China [Internet]. [Lima - Perú]: Academia diplomática del Perú Javier Pérez de Cuellar; 2017 [cited 2020 Sep 13]. Available from:  
[http://repositorio.adp.edu.pe/bitstream/handle/ADP/47/T812\\_70080655\\_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.adp.edu.pe/bitstream/handle/ADP/47/T812_70080655_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
39. Cheeseman G. El caso del triple resultado final para los nuevos objetivos de desarrollo sostenible de la ONU [Internet]. Triple pundit - The business of doing better. 2020 [cited 2020 Oct 23]. p. 1–2. Available from:  
<https://www.triplepundit.com/story/2015/triple-bottom-line-case-uns-new-sustainable-development-goals/57516>
40. Equipo de Gestión DIGEP:, Dra. Norka Rocío Guillén Ponce, Dr. Pedro Díaz Urteaga, Dra. Donatila Concepción Ávila Chávez, Responsables de la elaboración del documento:, Lic. Lily Angelita Cortez Yacila, et al. PLAN NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES. 2019;102. Available from:  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4940.pdf>
41. Alfaro-Alfaro N. Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social [Internet]. 2014 [cited 2020 Feb 19]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141j.pdf>
42. OMS | Determinantes sociales de la salud [Internet]. [cited 2019 Dec 19]. Available from: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)
43. Ministerio de economía -MEF. Presupuesto por Resultados, el gasto público puesto al servicio de la población. In: 2014th ed. 2014 [cited 2020 Oct 14]. p. 1–33. Available from:  
[https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/ppr/prog\\_presupuestal/brochure\\_PPR\\_2014.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/prog_presupuestal/brochure_PPR_2014.pdf)
44. Lic. Lily Angelita Cortez Yacila, Dra. Miriam Teresa Solís Rojas, M.C. Amer

- Alí Martínez Milla. Plan Nacional de Formación Profesional y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos en Salud 2018 – 2021. In: Plan Nacional de Formación Profesional y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos en Salud PLANDES BICENTENARIO 2018-2021 [Internet]. 01 ed. Lima; 2019 [cited 2020 Feb 27]. p. 100. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4940.pdf>
45. Antonio M, Saldaña M. EL DESARROLLO HUMANO DE LA POBLACIÓN DEL VRAEM Y SU RELACIÓN CON LA SEGURIDAD NACIONAL [Internet]. [Lima]: Centro de Altos Estudios Nacionales; 2019 [cited 2020 Sep 13]. Available from: <http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/728524/1/TESIS PARA PDF.pdf>
46. Asesor A. Influencia de la intervención pública intersectorial en la implementación de la política de desarrollo e integración fronteriza en el área crítica de frontera. Caballo Cocha, Loreto. Años 2017-2018. 2018;
47. SECTOR SALUD [Internet]. [cited 2019 Dec 19]. Available from: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=IAEG.htm>
48. Del Carmen Sara JC. Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2019 Jun 25 [cited 2020 Dec 19];36(2):288. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/4449>

# **ANEXOS**

<b>MGSS UCV - LIMA ESTE</b>	<b>INVESTIGACIÓN - TESIS</b> “Evidencia y Articulación interinstitucional de servicios de la salud”	Elaborado por: Mb. José Gonzales Rivasplata
		<b>Revisión: Final</b>

### ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “Evidencia y Articulación interinstitucional de servicios de salud en una dirección de salud, 2020.”						
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
<p style="text-align: center;"><b>Problema Principal</b></p> <p>¿Qué relación existe entre la Evidencia y la Articulación interinstitucional de servicios de salud?</p> <p style="text-align: center;"><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Existe relación entre el nivel de producción de evidencia y la articulación horizontal de servicios de salud?</p> <p>¿Existe relación entre el nivel de organización de la evidencia y la articulación horizontal de los servicios de salud?</p> <p>¿Existe relación entre el nivel de gestión de la evidencia y la articulación vertical de servicios de salud?</p>	<p style="text-align: center;"><b>Objetivo General</b></p> <p>Determinar la relación que existe entre la evidencia y la Articulación interinstitucional de servicios de salud</p> <p style="text-align: center;"><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Determinar la relación entre el nivel de producción de evidencia y la articulación horizontal de servicios de salud</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de organización de la evidencia y la articulación horizontal de los servicios de salud</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de gestión de la evidencia y la articulación vertical de servicios de salud</p>	<p style="text-align: center;"><b>Hipótesis general</b></p> <p>Existe relación entre el manejo de evidencia y la articulación interinstitucional de servicios de salud</p> <p style="text-align: center;"><b>Hipótesis específicas</b></p> <p>Si existe relación entre el nivel de producción de evidencia y la articulación horizontal de servicios de salud</p> <p>Si existe relación entre el nivel de organización de la evidencia y la articulación horizontal de los servicios de salud</p> <p>Si existe relación entre el nivel de gestión de la evidencia y la articulación vertical de servicios de salud</p>	<b>VARIABLE 1: Evidencia</b>			
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala, valores</b>
			1. Nivel de Producción	<b>Cuestionario 1: Evidencia</b>	1,2,3,4	1: Nunca 2: Casi nunca 3: A veces 4: Casi siempre 5: Siempre
			2. Nivel de Organización		5,6,7,8	
			3. Nivel de Gestión		9,10,11,12	
			<b>VARIABLE 2: Articulación interinstitucional de servicios de salud</b>			
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala, valores</b>
			1. Articulación vertical	<b>Cuestionario 2: Articulación interinstitucional</b>	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11	1: Nunca 2: Casi nunca 3: A veces 4: Casi siempre 5: Siempre
			2. Articulación horizontal		12,13,14,15,16,17,18,19,20	
			<b>TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b>			<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b>
Investigación básica, de enfoque cuantitativo y diseño no experimental, observacional, de corte trasversal, de tipo prospectivo y correlacional.			La muestra estará conformada por 50 profesionales de una Dirección de Salud, será un estudio limitado, por consiguiente, el tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia.		La investigación utilizará estadística descriptiva valores relativos y absolutos y estadística inferencial para el contraste de las hipótesis con la prueba estadística Rho Spearman.	

<b>MGSS UCV - LIMA ESTE</b>	<b>INVESTIGACIÓN - TESIS</b> “Evidencia y Articulación interinstitucional de servicios de la salud”	<b>Elaborado por:</b> Mb. José Gonzales Rivasplata
		<b>Revisión: Final</b>

## ANEXO 02 A

### MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE EVIDENCIA

#### VARIABLE 1: EVIDENCIA

Concepto	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems o preguntas	Tipo de variable	Escala de medición	Valores y/o categorías
“Es un tipo de conocimiento que corrobora la verdad, con certeza, sin sombra de duda, sirve de prueba y puede ser usado para la toma de decisiones gerenciales”. (Núñez 2019)	Habilidades y competencias para la producción, organización y gestión de la evidencia en las organizaciones.	1. Producción	1.1. Abordaje de los DSS 1.2. Producción de evidencia 1.3. Producción de instrumentos 1.4. Participación social 1.5. Vinculación de la evidencia	1,2,3,4	Variable cualitativa ordinal politómica	Escala de Likert	1: Nunca 2: Casi nunca (CN) 3: A veces (AV) 4: Casi siempre (CS) 5: Siempre (S)
		2. Organización	2.1. Formación profesional (PDP) 2.2. Uso de Tecnologías colaborativas 2.3. Servicios digitales 2.4. Promoción de la evidencia	5,6,7,8			
		3. Gestión	3.1. Articulación de la evidencia 3.2. Articulación intersectorial 3.3. Participación del sector privado 3.4. Fortalecimiento institucional	9,10,11,12			

<b>MGSS UCV - LIMA ESTE</b>	<b>INVESTIGACIÓN - TESIS</b> “Evidencia y Articulación interinstitucional de servicios de la salud”	<b>Elaborado por:</b> Mb. José Gonzales Rivasplata
		<b>Revisión: Final</b>

## ANEXO 02 B

### MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

#### VARIABLE 2: ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

Concepto	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems o preguntas	Tipo de variable	Escala de medición	Valores y/o categorías
“Intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida” (OPS, 2017) (Flacso, 2015).	Habilidades y competencias para la Articulación vertical y horizontal de servicios de salud en las organizaciones	1. Articulación Vertical	1.1. Vínculo con los tres niveles de gobierno 1.2. Participación de representantes 1.3. Colaboración institucional 1.4. Participación política 1.5. Participación social	1,2,3,4,5,6, 7,8,9,10,11,	Variable cualitativa ordinal politómica	Escala de Likert	1: Nunca 2: Casi nunca 3: A veces 4: Casi siempre 5: Siempre
		2. Articulación Horizontal	2.1 Vínculo con un mismo nivel de gobierno 2.2 Coordinación de proyectos de interés común 2.3 Implementación colaborativa de políticas públicas 2.4 Participación ciudadana 2.5 Planificación de proyectos	12,13,14,15, 16,17,18,19,20			

<b>MGSS UCV - LIMA ESTE</b>	<b>INVESTIGACIÓN - TESIS</b> “Evidencia y Articulación interinstitucional de servicios de la salud”	<b>Elaborado por:</b> Mb. José Gonzales Rivasplata				
		<b>Revisión: Final</b>				

**ANEXO 03:  
INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

**Instrumento: “Evidencia”**

Este cuestionario tiene por finalidad recoger información para identificar el nivel de gestión de evidencia en su organización.

**Indicaciones:** Marque con un aspa (X) sólo una alternativa.

**OPCIONES DE RESPUESTA**

1	2	3	4	5
Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre

Ítems	VARIABLE 1: EVIDENCIA	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
	<b>PRODUCCIÓN</b>					
1	Genera evidencia que aborda los Determinantes Sociales de la Salud (DSS)					
2	Participa en programas de formación para la recolección y producción de evidencia					
3	Usa evidencia para la creación de instrumentos de gestión					
4	Usa evidencia para promover la participación de otros sectores en salud pública					
	<b>ORGANIZACIÓN</b>					
5	Usa evidencia para la formación y dirección de equipos de trabajo multisectoriales					
6	Usa tecnologías colaborativas para la recolección, organización y articulación de evidencia social					
7	Participa en la creación de servicios digitales de salud basados en evidencia					
8	Genera y organiza evidencia para la vinculación y articulación estratégica de la institución					
	<b>GESTIÓN</b>					
9	Usa evidencia para generar propuestas sectoriales de servicios de salud					
10	Elabora y plantea propuestas para la articulación de evidencia social					
11	La entidad formula programas para la gestión y articulación sectorial de evidencia social					
12	Genera evidencia para la defensa y fortalecimiento estratégico de la institución					

**¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!**

<b>MGSS UCV - LIMA ESTE</b>	<b>INVESTIGACIÓN - TESIS</b> “Evidencia y Articulación interinstitucional de servicios de la salud”	<b>Elaborado por:</b> Mb. José Gonzales Rivasplata
		<b>Revisión: Final</b>

**Instrumento: “Articulación interinstitucional de servicios de salud”**

Este cuestionario tiene por finalidad recoger información para identificar el nivel de articulación interinstitucional de servicios de salud.

**Indicaciones:** Marque con un aspa (X) sólo una alternativa.

**OPCIONES DE RESPUESTA**

1	2	3	4	5
Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre

Ítems	VARIABLE 2: ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
	<b>ARTICULACIÓN VERTICAL</b>					
1	Realiza coordinaciones entre la institución y alguna institución de los 3 niveles de Gobierno					
2	Le es fácil a su institución conseguir vinculaciones con alguna entidad de los 3 niveles de Gobierno					
3	Elaboran proyectos con participación de algunas instituciones de los distintos niveles de Gobierno					
4	La participación de los representantes de su institución en la gestión de proyectos es importante					
5	Muestran interés los representantes de su institución en los proyectos a realizar					
6	Existe cooperación entre los representantes de su institución y las instituciones de los 3 niveles de Gobierno					
7	La entidad ha participado de alguna política pública nacional de salud					
8	La entidad elabora proyectos basados en la necesidad de la población					
9	La entidad ha presentado algún programa para ser considerado como política pública de salud					
10	Las políticas públicas de salud benefician a la población					
11	Existe consolidación de equipos de trabajo para la ejecución de proyectos de articulación, planes y programas					
	<b>ARTICULACIÓN HORIZONTAL</b>					
12	Existe algún vínculo entre la institución y alguna institución del Gobierno local					
13	Las coordinaciones y comunicación entre la institución y las instituciones del Gobierno local son fluidas					
14	Existen obstáculos para articularse con otras instituciones locales					
15	Qué tan a menudo la institución coordina proyectos con otras entidades de nivel local					
16	La institución y otras instituciones locales trabajan proyectos en base a las necesidades de la población					
17	Entre la entidad y alguna otra institución del Gobierno local ejecutan propuestas pensadas por la propia población					
18	Existen coordinaciones con otra entidad local para implementar políticas públicas de salud					
19	Qué tan a menudo la institución realiza un consenso con la población para implementar políticas públicas					
20	La entidad tome en cuenta las propuestas de la población y las plantea al Gobierno local para ser implementadas					

**ANEXO 04**  
**FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO EVIDENCIA**

**1. Nombre:**

Cuestionario para medir el nivel de Evidencia en las organizaciones.

**2. Autor:**

Br. Jose Miguel Gonzales Rivasplata

**3. Objetivo:**

Determinar el nivel de producción, organización y gestión de evidencia en las organizaciones.

**4. Normas:**

- Es importante que al contestar sea objetivo, honesto y sincero con sus respuestas para así poder tener una información real.
- Seleccionar y marcar con un aspa (X) sólo una alternativa.

**5. Usuarios (muestra):**

El total de usuarios es de 50 trabajadores de una institución u organización de salud.

**6. Unidad de análisis:**

Trabajadores de ambos sexos que realizan labores de gestión de servicios de salud en una organización y/o dirección de salud.

**7. Modo de aplicación:**

- El presente instrumento de evaluación está estructurado en 12 ítems, agrupados en tres dimensiones de la variable Evidencia y su escala es de uno, dos, tres, cuatro y cinco puntos por cada ítem.
- Los funcionarios deben de desarrollar el cuestionario en forma individual, consignando los datos requeridos de acuerdo con las instrucciones para su desarrollo.
- El tiempo de la aplicación del cuestionario será aproximadamente de 25 minutos y los materiales que utilizará son: bolígrafo o lápiz.

**8. Estructura:**

VARIABLE	DIMENSIÓN	ÍTEMS	OPCIÓN DE RESPUESTA				
			SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
EVIDENCIA	Producción	Genera evidencia que aborda los Determinantes Sociales de la Salud (DSS)					
		Participa en programas de formación para la recolección y producción de evidencia					
		Usa evidencia para la creación de instrumentos de gestión					
		Usa evidencia para promover la participación de otros sectores en salud pública					
	Organización	Usa evidencia para la formación y dirección de equipos de trabajo multisectoriales					
		Usa tecnologías colaborativas para la recolección, organización y articulación de evidencia social					
		Participa en la creación de servicios digitales de salud basados en evidencia					
		Genera y organiza evidencia para la vinculación y articulación estratégica de la institución					
	Gestión	Usa evidencia para generar propuestas sectoriales de servicios de salud					
		Elabora y plantea propuestas para la articulación de evidencia social					
		La entidad formula programas para la gestión y articulación sectorial de evidencia social					
		Genera evidencia para la defensa y fortalecimiento estratégico de la institución					

**9. Escala:**

**9.1. Escala general de la variable 1: Evidencia**

Intervalo	Nivel
	BAJO
	MEDIO
	ALTO

**9.2. Escala específica (por dimensión):**

<b>Dimensiones</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Nivel</b>
- Producción		MUY BAJO
		BAJO
		MEDIO
		ALTO
		MUY ALTO

<b>Dimensiones</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Nivel</b>
- Organización		MUY BAJO
		BAJO
		MEDIO
		ALTO
		MUY ALTO

<b>Dimensiones</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Nivel</b>
- Gestión		MUY BAJO
		BAJO
		MEDIO
		ALTO
		MUY ALTO

**9.3. Escala valorativa de las alternativas de respuesta de los ítems:**

Siempre = 5

Casi siempre = 4

A veces = 3

Casi nunca = 2

Nunca = 1

## ANEXO 05

### FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL

**1. Nombre:**

Cuestionario de Articulación Interinstitucional

**2. Autor:**

Br. Cindy Jhuliana Díaz Rodríguez

Br. Julissa Guliana Pulido Rosales

**3. Objetivo:**

Determinar la influencia de la articulación interinstitucional en la generación de valor público en una Municipalidad.

**4. Normas:**

- Es importante que al contestar sea objetivo, honesto y sincero con sus respuestas para así poder tener una información real.
- Tener en cuenta el tiempo empleado por cada cuestionario realizado.

**5. Usuarios (muestra):**

El total de usuarios es de 46 trabajadores de una Municipalidad Provincial.

**6. Unidad de análisis:**

Servidores de ambos sexos de una Municipalidad Provincial que pertenecen a las áreas administrativas.

**7. Modo de aplicación:**

- El presente instrumento de evaluación está estructurado en 20 ítems, agrupados en dos dimensiones de la gestión gerencial y su escala es de cero, uno, dos y tres puntos por cada ítem.
- Los funcionarios deben de desarrollar el cuestionario en forma individual, consignando los datos requeridos de acuerdo con las instrucciones para su desarrollo.
- El tiempo de la aplicación del cuestionario será aproximadamente de 25 minutos y los materiales que utilizará son: bolígrafo o lápiz.

8. Estructura:

VARIABLE	DIMENSIÓN	ÍTEMS	OPCIÓN DE RESPUESTA				
			SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL	Vertical	Realiza coordinaciones entre la Municipalidad Provincial y alguna institución de los tres niveles de gobierno.					
		Le es fácil a la municipalidad conseguir vinculaciones con alguna entidad de los tres niveles de gobierno					
		Elaboran proyectos con la participación de algunas instituciones de los distintos niveles de gobierno.					
		La participación de los representantes de su entidad en la gestión de proyectos es importante.					
		Muestran interés los representantes de su entidad en los proyectos a realizar.					
		Existe cooperación y responsabilidad entre los representantes de la Municipalidad Provincial y las instituciones de los tres niveles de gobierno.					
		La entidad ha participado de alguna política pública nacional.					
		La entidad elabora proyectos basados en la necesidad de la población.					
		La entidad ha presentado algún programa para ser considerado como política pública.					
		Las políticas públicas benefician realmente a la población.					
	Existe consolidación de equipos de trabajo para la ejecución de proyectos de articulación de planes, programas y proyectos.						
	Horizontal	Existe algún vínculo entre la Municipalidad Provincial y alguna institución del gobierno local.					
		Las coordinaciones y comunicación entre la Municipalidad Provincial y las instituciones del gobierno local son fluidas.					
		Existen obstáculos para articularse con otras instituciones locales.					
		Que tan a menudo la Municipalidad Provincial coordina proyectos con otras entidades de nivel local.					
		La Municipalidad Provincial y las otras instituciones locales trabajan proyectos en base a las necesidades de la población.					

	Entre la entidad y alguna otra institución del gobierno local ejecutan propuestas pensadas por la propia población.				
	Existen coordinaciones con otra entidad local para implementar políticas públicas.				
	Qué tan a menudo la Municipalidad realiza un consenso con la población para poder implementar adecuadamente las políticas públicas				
	La entidad toma en cuenta las propuestas de la población y las plantea al gobierno local para que sean implementados.				

## 9. Escala:

### 9.1. Escala general de la variable 2: Articulación interinstitucional

Intervalo	Nivel
20 - 36	MUY BAJO
37 - 52	BAJO
53 - 68	MEDIO
69 - 84	ALTO
85 - 100	MUY ALTO

### 9.2. Escala específica (por dimensión):

Dimensiones	Intervalo	Nivel
- Vertical	11 - 19	MUY BAJO
	20 - 28	BAJO
	28 - 37	MEDIO
	38 - 46	ALTO
	47 - 55	MUY ALTO

Dimensiones	Intervalo	Nivel
- Horizontal	9 - 16	MUY BAJO
	17 - 23	BAJO
	24 - 30	MEDIO
	31 - 37	ALTO
	38 - 45	MUY ALTO

### 9.3. Escala valorativa de las alternativas de respuesta de los ítems:

Siempre	=	5
Casi siempre	=	4
A veces	=	3
Casi nunca	=	2
Nunca	=	1

## ANEXO 06

### CERTIFICADOS DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE EVIDENCIA

N.º	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia <sup>1</sup>				Relevancia <sup>2</sup>				Claridad <sup>3</sup>				Sugerencias
		M D	D	A	M A	M D	D	A	M A	M D	D	A	M A	
	<b>DIMENSIÓN 1: PRODUCCIÓN</b>													-
1	Genera evidencia que aborda los Determinantes Sociales de la Salud (DSS)				X				X				X	-
2	Participa en programas de formación para la recolección y producción de evidencia				X				X				X	-
3	Usa evidencia para la creación de instrumentos de gestión				X				X				X	-
4	Usa evidencia para promover la participación de otros sectores en salud pública				X				X				X	-
	<b>DIMENSIÓN 2: ORGANIZACIÓN</b>													-
5	Usa evidencia para la formación y dirección de equipos de trabajo multisectoriales				X				X				X	-
6	Usa tecnologías colaborativas para la recolección, organización y articulación de evidencia social				X				X				X	-
7	Participa en la creación de servicios digitales de salud basados en evidencia				X				X				X	-
8	Genera y organiza evidencia para la vinculación y articulación estratégica de la institución				X				X				X	-
	<b>DIMENSIÓN 3: GESTIÓN</b>													-
9	Usa evidencia para generar propuestas sectoriales de servicios de salud				X				X				X	-
10	Elabora y plantea propuestas para la articulación de evidencia social				X				X				X	-
11	La entidad formula programas para la gestión y articulación sectorial de evidencia social				X				X				X	-
12	Genera evidencia para la defensa y fortalecimiento estratégico de la institución				X				X				X	-

**Observaciones: Es pertinente su aplicación**

Opinión de aplicabilidad:    **Aplicable [X]**    **Aplicable después de corregir [ ]**    **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: **Mg. Efraín.Rojas Mendoza**    **DNI: 43562488**

Especialidad del validador: **Experto Seguridad y salud ocupacional**

Lima 12 de diciembre del 2020

**1 pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

**2 relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

**3 claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

-----  
**Firma del experto informante**

**Especialidad**

## CERTIFICADOS DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE EVIDENCIA

N.º	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia <sup>1</sup>				Relevancia <sup>2</sup>				Claridad <sup>3</sup>				Sugerencias
		M D	D	A	M A	M D	D	A	M A	M D	D	A	M A	
	<b>DIMENSIÓN 1: PRODUCCIÓN</b>													-
1	Genera evidencia que aborda los Determinantes Sociales de la Salud (DSS)				X				X				X	-
2	Participa en programas de formación para la recolección y producción de evidencia				X				X				X	-
3	Usa evidencia para la creación de instrumentos de gestión				X				X				X	-
4	Usa evidencia para promover la participación de otros sectores en salud pública				X				X				X	-
	<b>DIMENSIÓN 2: ORGANIZACIÓN</b>													-
5	Usa evidencia para la formación y dirección de equipos de trabajo multisectoriales				X				X				X	-
6	Usa tecnologías colaborativas para la recolección, organización y articulación de evidencia social				X				X				X	-
7	Participa en la creación de servicios digitales de salud basados en evidencia				X				X				X	-
8	Genera y organiza evidencia para la vinculación y articulación estratégica de la institución				X				X				X	-
	<b>DIMENSIÓN 3: GESTIÓN</b>													-
9	Usa evidencia para generar propuestas sectoriales de servicios de salud				X				X				X	-
10	Elabora y plantea propuestas para la articulación de evidencia social				X				X				X	-
11	La entidad formula programas para la gestión y articulación sectorial de evidencia social				X				X				X	-
12	Genera evidencia para la defensa y fortalecimiento estratégico de la institución				X				X				X	-

**Observaciones:** Es pertinente la aplicación del instrumento

Opinión de aplicabilidad:    **Aplicable [X]**        **Aplicable después de corregir [ ]** **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: **Dra.: Teresa Narvaez Aranibar**        **DNI: 10122038**

Especialidad del validador: **Docente Metodóloga**

Lima 27 de noviembre del 2020

**1 pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

**2 relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

**3 claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



-----  
**Firma del experto informante**

**Especialidad**

## CERTIFICADOS DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE EVIDENCIA

N.º	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia <sup>1</sup>				Relevancia <sup>2</sup>				Claridad <sup>3</sup>				Sugerencias
		M D	D	A	M A	M D	D	A	M A	M D	D	A	M A	
	<b>DIMENSIÓN 1: PRODUCCIÓN</b>													-
1	Genera evidencia que aborda los Determinantes Sociales de la Salud (DSS)				X				X				X	-
2	Participa en programas de formación para la recolección y producción de evidencia				X				X				X	-
3	Usa evidencia para la creación de instrumentos de gestión				X				X				X	-
4	Usa evidencia para promover la participación de otros sectores en salud pública				X				X				X	-
	<b>DIMENSIÓN 2: ORGANIZACIÓN</b>													-
5	Usa evidencia para la formación y dirección de equipos de trabajo multisectoriales				X				X				X	-
6	Usa tecnologías colaborativas para la recolección, organización y articulación de evidencia social				X				X				X	-
7	Participa en la creación de servicios digitales de salud basados en evidencia				X				X				X	-
8	Genera y organiza evidencia para la vinculación y articulación estratégica de la institución				X				X				X	-
	<b>DIMENSIÓN 3: GESTIÓN</b>													-
9	Usa evidencia para generar propuestas sectoriales de servicios de salud				X				X				X	-
10	Elabora y plantea propuestas para la articulación de evidencia social				X				X				X	-
11	La entidad formula programas para la gestión y articulación sectorial de evidencia social				X				X				X	-
12	Genera evidencia para la defensa y fortalecimiento estratégico de la institución				X				X				X	-

**Observaciones: El instrumento goza de suficiencia para su aplicación**

Opinión de aplicabilidad:    **Aplicable [X]**    **Aplicable después de corregir [ ]**    **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: **Dr. Pumacayo Palomino Ilich Iván**    **DNI: 43700917**

Especialidad del validador: **Gestión y Administrador de empresas**

Lima 27 de noviembre del 2020

**1 pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

**2 relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

**3 claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



-----  
**Firma del experto informante**

**Especialidad**

## ANEXO 07

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO EVIDENCIA

	DIMENSIONES	ÍTEMS	Alfa de Cronbach
VARIABLE: EVIDENCIA	Producción	1. Genera evidencia que aborda los Determinantes Sociales de la Salud (DSS)	.917
		2. Participa en programas de formación para la recolección y producción de evidencia	.930
		3. Usa evidencia para la creación de instrumentos de gestión	.925
		4. Usa evidencia para promover la participación de otros sectores en salud pública	.927
	Organización	5. Usa evidencia para la formación y dirección de equipos de trabajo multisectoriales	.924
		6. Usa tecnologías colaborativas para la recolección, organización y articulación de evidencia social	.923
		7. Participa en la creación de servicios digitales de salud basados en evidencia	.918
		8. Genera y organiza evidencia para la vinculación y articulación estratégica de la institución	.925
	Gestión	9. Usa evidencia para generar propuestas sectoriales de servicios de salud	.916
		10. Elabora y plantea propuestas para la articulación de evidencia social	.920
		11. La entidad formula programas para la gestión y articulación sectorial de evidencia social	.920
		12. Genera evidencia para la defensa y fortalecimiento estratégico de la institución	.921
<b>Alfa de Cronbach (.928)</b> La fiabilidad se considera como Muy alta			

### SPSS: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE DATOS

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.928	12

#### Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	25	100,0
Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
Total	25	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**ANEXO 08**  
**DOCUMENTOS ADJUNTOS**  
**SOLICITUD DE TESIS (HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA - HMA)**

**SOLICITUD PARA PROYECTO DE TESIS**

**Solicito:** Aplicar instrumentos de investigación

**Estimada Dra.**

Susana Oshiro Kanashiro

**Directora del Hospital María Auxiliadora.**

Es muy grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y expresarle mi más sincero agradecimiento por la atención brindada, el motivo de la presente es para solicitarle su ayuda para la realización de mi proyecto de Tesis:

**“Evidencia y articulación interinstitucional de servicios de salud, 2020”**

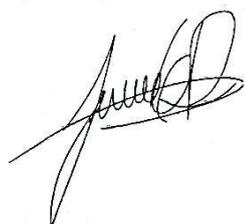
Para lo cual hemos desarrollado unos instrumentos que, a modo de encuesta, tienen la finalidad de determinar la relación entre nuestras variables de estudio, en ese sentido le pido encarecidamente me pueda permitir realizar esta encuesta en la institución que usted dirige.

Sin otro en particular y esperando la atención a la presente,

Quedo de usted,

Atentamente,

**Lima 12 de noviembre del 2020.**



-----  
Jose Miguel Gonzales Rivasplata

**DNI:** 41484191

**Tel.:** 921258251

**Correo:** [josemiguel137@gmail.com](mailto:josemiguel137@gmail.com)

**Web:** [www.indexaperu.net](http://www.indexaperu.net)

**Anexo:** Carta de presentación



**CARTA DE PRESENTACIÓN (UCV)**

“Año de la universalización de la salud”

Lima, SJL. 11 DE NOVIEMBRE DEL 2020

Carta P. 726 – 2020 EPG – UCV LE

**DOCTORA. -**

SUSANA OSHIRO KANASHIRO

**Directora**

Hospital María Auxiliadora.

**Asunto:** Carta de Presentación del estudiante **JOSE MIGUEL GONZALES RIVASPLATA.**

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a **JOSE MIGUEL GONZALES RIVASPLATA** identificado(a) con DNI N.º41484191 y código de matrícula N° 7000924423; estudiante del Programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

**EVIDENCIA Y ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL DE SERVICIOS DE SALUD EN UNA DIRECCIÓN DE SALUD, 2020.**

En ese sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso de nuestro(a) estudiante a su Institución a fin de que pueda aplicar entrevistas y/o encuestas y poder recabar información necesaria.

Con este motivo, le saluda atentamente,

  
**Dr. Raul Delgado Arenas**  
JEFE DE UNIDAD DE POSGRADO  
FILIAL LIMA – CAMPUS LIMA ESTE

**LIMA NORTE** Av. Alfredo Mendiola 6232, Los Olivos. Tel.:(+511) 202 4342 Fax.:(+511) 202 4343  
**LIMA ESTE** Av. del Parque 640, Urb. Canto Rey, San Juan de Lurigancho Tel.:(+511) 200 9030 Anx.:2510.  
**ATE** Carretera Central Km. 8.2 Tel.:(+511) 200 9030 Anx.: 8184  
**CALLAO** Av. Argentina 1795 Tel.:(+511) 202 4342 Anx.: 2650.

## APROBACIÓN DEL ESTUDIO (HMA)



PERÚ  
Ministerio  
de Salud



Hospital  
María Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Universalización de la Salud"

# CONSTANCIA

El que suscribe, el **Presidente del Comité Institucional de Ética en la Investigación** del Hospital María Auxiliadora, **CERTIFICA** que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, Versión del **27 de noviembre del presente**; **Titulado: "EVIDENCIA y ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL DE SERVICIOS DE SALUD EN UNA DIRECCIÓN DE SALUD"**; con Código Único de Inscripción: **HMA/CIEI/008/2020**, presentado por el Investigador: **José Miguel GONZALES RIVASPLATA**; ha sido **REVISADA**.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación**. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora y deberá de iniciarse la ejecución del proyecto de investigación en mención, al reiniciarse la atención ambulatoria en los consultorios externos del Departamento de Consulta Externa y Hospitalización.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **13 de diciembre del 2021**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 14 de diciembre del 2020.

Atentamente.



*M.C. Alberto Espitia Zolezzi Francio.*  
*Presidente*

*Comité Institucional de Ética en Investigación*  
*Hospital María Auxiliadora*

AEZF/mags.  
c.c. Investigador.  
c.c. Archivo.

Av. Miguel Iglesias N° 968  
San Juan de Miraflores  
Central Teléf. 2171818

[www.hma.gob.pe](http://www.hma.gob.pe)

**EL PERÚ PRIMERO**