



SISTEMATIZACIÓN PROGRAMA DE COOPERACIÓN SOCIO-SANITARIO EJE LOJA - PIURA

MICROREDES: SUYO - MACARÁ Y LANCONES - ZAPOTILLO



Catalogación hecha por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

SISTEMATIZACIÓN PROGRAMA DE COOPERACIÓN SOCIO-SANITARIO EJE PIURA-LOJA MICROREDES: SUYO-MACARÁ Y LANCONES-ZAPOTILLO / Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue; -- Lima: ORAS-CONHU; 2010.
75 p.

SISTEMATIZACIÓN PROGRAMA SOCIO- SANITARIO / cooperación / MODELO ATENCION INTEGRAL/ políticas / ÁREAS FRONTERIZAS / tendencias / SALUD PÚBLICA / PARTICIPACIÓN COMUNITARIA/ COMUNICACIÓN SOCIAL/

Agosto, 2010
Lima - Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°

Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

OSCAR FEO ISTÚRIZ, Secretario Ejecutivo

PATRICIO YEPEZ NIÑO, Secretario Ejecutivo Adjunto / Coordinador del PASAFRO

Comité Editorial ORAS CONHU:

Dr. Patricio Yépez Miño

Dr. Luis Beingolea More

Lic. Bertha Luz Pineda Restrepo

Coordinación de Publicación:

Lic. Yaneth Clavo

Diseño, Diagramación:

Tec. Milagros Araujo García

Tec. Melissa Suarez García

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2010

Av. Paseo de la República N° 3832 Oficina 301, Lima 27 – Perú

Telf.: (00 51-1) 4226862 / 6113700

<http://www.orasconhu.org>

contacto@conhu.org.pe

Primera edición, 2010

Tiraje: 200 ejemplares

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.

Esta publicación ha sido financiada por la Corporación Andina de Fomento CAF, y realizada con el apoyo de la Cooperación Italiana.

Comité de Elaboración y Revisión de Documento

SEGUNDO CALLE DURAN

Coordinador Proceso Normatización
Coordinador de Fronteras en Salud Provincial de Loja - Ecuador

WILMA ARROBO LOPEZ

Educadora para la salud
Dirección Provincial de Salud de Loja - Ecuador

MIRTHA BRICEÑO A.

Coordinadora del Modelo de Atención Integral de Salud
Dirección Provincial Salud de Loja - Ecuador

MARIA GARCÍA SHIMIZU

Responsable de Cooperación Internacional
SRS LCC PIURA II Sullana - Perú

WALTER ALBERTO VEGAS OLAYA

Director Salud de las Personas
SRS LCC Piura II Sullana – Perú

CIRO GARCIA VILELA

Director Epidemiología
Dirección Regional de Salud Piura - Perú

JOSÉ PABLO JUAREZ VILCHEZ

Responsable de la Unidad de Calidad en Salud
Sub-región Luciano Castillo de Sullana - Perú

ROSA LUZ BENITES PRADA

Médico Cirujano
MD y PhD Administración
Asesora Municipalidad Piura - Perú

LUIS BEINGOLEA MORE

Coordinador de la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica (RAVE)
Asesor Técnico del PASAFRO
Medico Epidemiólogo
Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

BERTHA LUZ PINEDA RESTREPO

Consultora, Plan Andino de Salud en Fronteras
Proyecto Salud Puente para la Paz y la Integración
Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

VALENTINO LUZI

Coordinador
Cooperación Italiana para el Proyecto Socio Sanitario Loja-Piura

INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL DOCUMENTO

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR

DAVID CHIRIBOGA

Ministro de Salud Pública

GUSTAVO GILER ALARCO

Director de Cooperación Internacional y de Relaciones Internacionales
Miembro del Comité Ejecutivo del Plan de Salud de Fronteras

DIANA E. ZABALA DURANGO

Cooperador Técnico de Cooperación Internacional

DORA RUILOVA DAVILA

Directora Provincial de Salud de Loja

VICENTE AYALA BERMEO

Director Hospital Binacional de Macará

ALBA PATRICIA ORDOÑEZ ORDOÑEZ

Enfermera
Hospital Binacional de Macará

ÁNGEL VIVANCO NOVILLO

Médico Tratante.
Hospital Binacional de Macará

BOLÍVAR MEDINA

Médico
Hospital Binacional de Macará

JULIA CHUQUIMARCA

Trabajadora Social
Hospital Binacional de Macará

MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ

OSCAR UGARTE UBILLUZ

Ministro de Salud

LILIANA LA ROSA HUERTAS

Directora de la Oficina General de Cooperación Internacional
Miembro del Comité Ejecutivo del Plan de Salud de Fronteras

MANUEL ARRUNATEGUI NOVOA

Médico Cirujano
Director de la Región Piura

ANA MARIA PALACIOS FARFÁN

Médico Epidemiólogo
Directora General de la Subregión de Salud-Sullana

DANIEL ANTONIO SANCHEZ HUAYAN

Médico Cirujano
Dirección de Salud Luciano Castillo Colonna - Sullana

WALTER ALBERTO VEGAS OLAYA

Director de Salud de las Personas de la Subregión de Salud-Sullana
Dirección Regional de Salud Sullana

PATRICIA PILAR BALLÓN CARRANZA

Oficina General de Cooperación Internacional

MARTHA ROCÍO FIGUEROA MAGALLANES

Oficina General de Cooperación Internacional

ROSA LUZ BENITES PRADA

Médico Cirujano
MD y Phd Administración
Asesora de la Municipalidad Provincial de Piura.

MARTHA CAJAS DE VELARDE

Presidenta de la Comisión de Salud y Población de la Municipalidad Provincial de Piura

**SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA
PROGRAMA DE COOPERACIÓN SOCIO-SANITARIO
EJE LOJA - PIURA
REDES: SUYO - MACARÁ Y LANCONES - ZAPOTILLO**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. Presentación y antecedentes del Programa de Cooperación Socio-Sanitario	7
2. Ámbito del Programa de Cooperación Socio-Sanitario	3
3. Planificación Participativa del Proceso de Sistematización	9
4. El Proyecto Binacional de Salud	13
5. El Modelo de Atención Integral de Salud Binacional	20
6. La Red Binacional de Servicios de Salud Piura-Loja	26
7. El sistema de Referencia y Contrareferencia Binacional de salud	34
8. Participación Comunitaria y el Plan de Comunicación	39
9. Estructura Administrativa: Comités Binacionales	47
10. Plan de Generación de Competencias	50
11. Salas Situacionales de Salud	54
12. Logros Generales	58
13. Dificultades Generales	60
14. Recomendaciones Generales	61
15. Lecciones Aprendidas	63
Referencias Bibliográficas	65
Anexos	66

I PRESENTACIÓN Y ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE COOPERACIÓN SOCIO-SANITARIO

El tercer objetivo¹ del Proyecto “*PASAFRO: Salud Puente para la Paz y la Integración*”; busca la identificación de redes binacionales de servicios en salud adecuadas para garantizar la atención en salud a las personas que viven y/o se desplazan a través de las fronteras. De acuerdo a las estrategias implementadas para llevar a cabo dicho objetivo, durante el año 2009, en la frontera entre Perú y Ecuador, se identificó el *Programa de Cooperación Socio-Sanitario en apoyo al Plan Binacional de Desarrollo de la región Fronteriza del eje Piura-Loja*. Con los equipos binacionales (técnicos y políticos de los niveles nacionales, regionales, provinciales y locales de salud) se definió como prioridad realizar la sistematización de dicha experiencia.

La decisión de sistematizar la experiencia tuvo como fundamentos el reconocimiento de que el Programa Socio-Sanitario es una experiencia pionera de trabajo binacional en salud, en la Región Andina y una forma de garantizar la atención en salud en un ámbito de frontera. Además, otras organizaciones como la Comunidad Andina y la Unión Europea están financiando la conformación de redes binacionales de servicios en salud en otras fronteras como Zumba, Zamora-Chinchipe; Ecuador y San Ignacio, Cajamarca en Perú, por lo que se amerita el reconocimiento de aprendizajes y recomendaciones de experiencias similares realizadas. Asimismo, la Cooperación Italiana tiene el interés de financiar la segunda etapa del Programa Socio-Sanitario, lo que hace aún más apremiante la necesidad de sistematizar la experiencia y tener en cuenta sus resultados en la planificación de la segunda etapa.

Los factores anunciados contribuyeron para que los equipos binacionales, con la asistencia técnica del equipo del Proyecto PASAFRO-ORAS/CONHU, asumieran con empeño las tareas de sistematización de las experiencias del Programa de Cooperación Socio Sanitaria.

Respecto a los antecedentes del Programa Socio-Sanitario, el Acuerdo Amplio de Paz y de Integración Fronteriza, Desarrollo y Vecindad entre Perú y Ecuador, suscrito por los gobiernos de ambos países el 26 de octubre de 1998, despejó el camino para avanzar en una relación de acercamiento y colaboración fraternal entre dichos países.

En este marco, se elaboró el Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza Perú-Ecuador, concebido como una estrategia para mejorar la calidad de vida de las poblaciones de frontera.

Entre otros antecedentes, se tiene el Acuerdo Marco de Cooperación Técnica entre los Gobiernos de Perú e Italia del 14 de enero de 1987, que se integró con el Acuerdo Marco de Cooperación Económica, Industrial, Científica, Tecnológica, Técnica y Cultural, firmado el 25 de octubre de 1991; y el Acuerdo Marco de Cooperación Técnica entre los Gobiernos de Italia y Ecuador suscrito el 30 de Junio de 1998.

¹ OE3 Identificar mecanismos para garantizar la atención en salud a las personas que vivan y/o se desplacen a través de las fronteras.

El Plan Binacional de Desarrollo comprende en el Perú 130 distritos (NUTES 3)² y 20 provincias (NUTES 2) pertenecientes a los departamentos de Tumbes, Piura, Cajamarca, Amazonas y Loreto; y en el Ecuador 68 cantones (NUTES 3) ubicados en las provincias (NUTES 2) de El Oro, Loja, Zamora, Morona, Orellana, Pastaza, Napo y Sucumbíos.

A nivel del corredor Piura-Loja comprendido dentro de este Plan Binacional (donde se han definido cinco corredores) se viene desarrollando el **“Programa de Cooperación Socio-Sanitario del Gobierno de Italia en Apoyo al Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza”** que se orienta específicamente al tema de salud por la vida con una visión de integración y en beneficio de la población de frontera.

El Convenio Tripartito entre Italia, Perú y Ecuador, para la formalización de la ejecución de este Programa, fue suscrito el **23 de enero de 2004** y desde entonces se han sentado las bases para la implementación de un modelo de atención e integración sanitaria construido a partir de la realidad común de ambos países. Los Ministerios de Salud de Perú y Ecuador, con el apoyo de la Cooperación Italiana, han impulsado el **Modelo de Atención Integral de Salud Binacional**, cuya organización se basa en la conformación de una **Red Binacional** en el ámbito del cordón fronterizo Piura-Loja. Este modelo de atención binacional busca rescatar y garantizar los derechos de salud de las comunidades (NUTES 4) de Suyo, Lancones, Jililí en el Perú y Macará, Zapotillo y Sozoranga en el Ecuador.

A continuación, presentamos el ámbito en el cual se desarrolla el Programa Socio-Sanitario, sus objetivos y resultados, el Modelo de Atención Integral de Salud Binacional, el Sistema de Referencia y Contrareferencia y otros aspectos claves relacionados con el Programa.

²NUTE, Nomenclatura de las unidades territoriales estadísticas.

2 ÁMBITO DEL PROGRAMA SOCIO-SANITARIO

Gráfico N° 1: Ámbito del programa de cooperación socio-sanitario



Fuente: Ministerio de Relaciones exteriores del Perú Oficina Nacional de desarrollo Fronterizo

El Programa de Cooperación Socio-Sanitario se desarrolla en el departamento de Piura, en los distritos de Lancones, Jililí y Suyo; y en la provincia de Loja en los cantones de Macará, Sozoranga y Zapotillo.



El Departamento de **Piura**³ es una circunscripción regional del Perú situada en la parte noroeste del país, en la costa norte. Limita con Tumbes y el Ecuador por el norte, con Lambayeque por el sur, con Cajamarca por el este y con el Océano Pacífico por el oeste.

Las ocho provincias de este departamento son las siguientes: Ayabaca, Huancabamba, Morropón, Paita, Piura, Sechura, Sullana y Talara.



La provincia de **Sullana** tiene una extensión de 5.423,61 km² y 298,698 habitantes y se divide en ocho distritos: Sullana, Bellavista, Ignacio Escudero, Lancones, Marcavelica, Miguel Checa, Querecotillo y Salitral. El distrito de Sullana tiene 162.434 habitantes y el distrito de Lancones 13.310.

Loja es una provincia⁴ ubicada en el extremo sur de la Cordillera ecuatoriana; forma parte de la Región Sur que limita con las provincias de El Oro al oeste; con la provincia de Zamora Chinchipe al este; con la provincia del Azuay al norte; y al sur con el Perú. Tiene una superficie de 10.793 km².



La provincia de Loja se divide en 16 cantones: Loja, Calvas, Catamayo, Chaguarpamba, Celica, Espíndola, Gonzanamá, Macará, Paltas, Puyango, Saraguro, Sozoranga, Zapotillo, Pindal, Quilanga y Olmedo.

2.1. Características sociodemográficas

Respecto a las características sociodemográficas de la población del Programa Socio-Sanitario, en el Perú más del 80% de población es rural. En Ecuador el mayor porcentaje de la población es urbana.

3 http://es.wikipedia.org/wiki/Departamento_de_Piura

4 [http://es.wikipedia.org/wiki/Loja_\(provincia\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Loja_(provincia))

Tabla N° 1: Población de ámbitos de influencia del proyecto, según procedencia rural vs. urbana 2006

País	Distritos	Población	Rural	Urbana
PIURA, PERÚ	Suyo	17.231	88,9%	11,06%
	Jililí	4.66	90%	9,6%
	Lancones	18.06	97%	2,8%
LOJA, ECUADOR	Macará	26.126	26,43%	73,56%
	Zapotillo	11.712	74,40%	25,60%

Fuente: Red Binacional de Servicios de Salud Piura-Loja. 2006. p. 14-15.

En cuanto al aspecto económico, en la zona correspondiente al Perú, las ocupaciones predominantes son: la minería artesanal, que en los últimos años se ha incrementado significativamente en Suyo; la ganadería, el comercio, la agricultura y las ocupaciones de trabajadores públicos (docentes y policías). Las madres de familia se ocupan principalmente del cuidado de los hijos e hijas, en labores de las parcelas y en la crianza de ganado. En la zona correspondiente al Ecuador, la labor más frecuente en la comunidad de la frontera de Macará y Zapotillo es el comercio. Macará es zona predominantemente agrícola, destacándose el cultivo de arroz. En Zapotillo predomina la crianza de ganado caprino. Existen otras ocupaciones comunes a ambos cantones como: empleados públicos y privados, militares, policías y otros profesionales.

En esta zona de frontera se presentan problemas relacionados con el trabajo informal, el comercio “ilegal” (de combustible y gas), el movimiento migratorio de personas indocumentadas y otros aspectos que inciden en la salud y bienestar de las personas. *Como puede verse en la siguiente tabla, en ambos contextos hay problemas relacionados con analfabetismo y baja escolaridad.*

Tabla N° 2: Indicadores educativos en la población de influencia de la Red Binacional de Servicios de Salud, según NUTES

NUTE 2 Y PAÍS	Distrito/Cantones	Tasa de Analfabetismo (%)	Años de Escolaridad de la Mujer
PIURA, PERÚ	Suyo	11,8	12,3
	Lancones	22,1	6,4
	Jililí	26,7	8,3
LOJA, ECUADOR	Macará	8,9	5,6
	Zapotillo	5,1	5,3

Respecto a los problemas ambientales, los tres distritos del Perú (Suyo, Lancones y Jililí) presentan problemas de abastecimiento seguro de agua potable. En la parte ecuatoriana, debido a que Macará es una zona agrícola productora de arroz y por su forma de cultivo, las pozas de sembríos se encuentran cubiertas de agua convirtiéndose en criaderos de mosquitos que causan paludismo y dengue.

Además, el uso de insecticidas y fertilizantes para los cultivos da lugar a la contaminación del medio ambiente. En ambos países se presentan problemas relacionados con la disposición final de los residuos sólidos y eliminación de excretas

2.2. Perfil epidemiológico

En los distritos de Jililí, Suyo y Lancones las principales causas de morbilidad reportadas en el documento Red Binacional de Servicios de Salud Piura-Loja (2007) fueron: infecciones de las vías respiratorias, enfermedades infecciosas intestinales, helmintiasis y enfermedades de la cavidad bucal. En Macará y Zapotillo las dos primeras causas de morbilidad son la infección respiratoria aguda, infección diarreica aguda, seguido de dermatitis en Macará y de parasitosis en Zapotillo. Ambos países tienen un perfil epidemiológico similar, variando en algunas patologías el orden de frecuencia de presentación. Las enfermedades infecciosas de las vías respiratorias ocupan el primer lugar tanto en el Perú como en Ecuador. En el documento “Red Binacional de Servicios de Salud Piura-Loja”, se encuentra información detallada del perfil epidemiológico para cada una de las áreas.

En las reuniones grupales realizadas (febrero 2010) para la reconstrucción de la experiencia, el equipo de funcionarios del Centro de Salud de Suyo destacó como importantes problemas de salud la gestación en adolescentes, la violencia familiar, las enfermedades trasmisibles por vectores, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida. Algunos de estos problemas (básicamente Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA) comienzan a surgir a partir del incremento migratorio por actividades de minería artesanal. También se destacan problemas relacionados con los accidentes de las personas que laboran de manera artesanal en las minas. Las autoridades locales señalan como prioridad los problemas relacionados con la violencia social.

Dentro de las principales causas de mortalidad en el Perú se encontraban las enfermedades hipertensivas, isquémicas del corazón, cerebrovasculares y del sistema digestivo; en Macará el cáncer y la cirrosis hepática y en Zapotillo, la enfermedad cerebrovascular⁵.

Para mayor información sobre las características sociales, geográficas, económicas, culturales y epidemiológicas revisar el documento: *Red Binacional de Servicios de Salud Piura-Loja*⁵, donde se detalla, ciclos vitales y pirámides poblacionales de cada uno de los distritos y cantones que conforman la Red Binacional.

⁵ En **Ecuador**, el Ministerio de Salud Pública, emitió el Acuerdo Ministerial 0000553, con fecha 13 de mayo de 2004, en el que se aprueba y autoriza la publicación del Modelo de Atención Integral basado en la Atención Primaria de Salud, formulado por la Dirección Nacional de Salud. En el **Perú**, el Ministerio de Salud con la Resolución Ministerial N° 729-2003/SA-DM, aprobó el documento: *Salud Integral Compromiso de Todos – Modelo de Atención Integral de Salud*, que establece las acciones y estrategias para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud de las personas, familia y comunidad. Resolución Ejecutiva regional 286/2007 Gobierno Regional Piura-PR (Emitida el día 02 de Mayo del 2007 Aprueba los Documentos Técnicos Normativos Red Binacional de Servicios de Salud y Sistema de Referencia y Contrarreferencia Binacional de Salud Eje Piura Loja)

2.3. Atenciones realizadas en los establecimientos de la Red Binacional de Servicios de Salud

Tabla N° 3: Atenciones a peruanos y ecuatorianos en establecimientos de salud de la Red de Servicios de Salud Binacional. Años 2005 y 2006

PAISES	AÑO 2005		AÑO 2006	
	ATENCIONES	PORCENTAJE	ATENCIONES	PORCENTAJE
PERÚ	110	34,16	174	25,85
ECUADOR	212	65,84	499	74,15
TOTAL	322	100,00	673	100,00

Fuente: Ministerio de Salud del Perú, y Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Como se puede apreciar en la Tabla N° 3, las atenciones en el año 2006 (673) duplicaron en volumen a las atenciones reportadas en el 2005 (322 con información recuperada). Del total de atenciones binacionales predominan las brindadas a la población peruana en establecimientos de salud de Ecuador, las cuales se incrementaron en un 134% con respecto al año anterior.

Las atenciones por Micro Redes son mayoritarias en la Red Suyo-Macará; así en el año 2005 alcanzan el 54,35% y en el año 2006 el 64,49%; situación debida a la presencia del Hospital Binacional de Macará, que presta atención las 24 horas del día y lo mismo ocurre en la Micro Red Lancones-Zapotillo con el Centro de Salud Materno Infantil de Zapotillo.

Por grupos de edad, en el año 2006, el mayor número de atenciones a peruanos en establecimientos de salud de Ecuador, corresponde al grupo de 0 a 4 años de edad, seguido del grupo de personas de 20 a 30 años de edad. En las atenciones brindadas en servicios de salud de Perú, las más numerosas corresponden al grupo de edad de 20 a 30 años, seguido del grupo de edad de 31 a 40 años.

Entre los consultantes prevalece la atención dirigida a las mujeres y en las edades de mayor vulnerabilidad, niños y niñas menores de cinco años, y la población económicamente activa, ésta última, debido a que las personas a esta edad se dedican principalmente al comercio y por tanto migran fácilmente, ya sea al lado peruano o ecuatoriano.

Otros resultados pueden encontrarse en el documento “Atenciones realizadas a usuarios peruanos y ecuatorianos en los Establecimientos de la Red Binacional de Servicios de Salud 2005-2006” (**Revisar Anexo 1**). En dicho estudio, se concluyó que, a pesar de no existir, en ese momento una normativa, los servicios de salud binacionales son brindados en forma espontánea en los establecimientos de salud del ámbito de la red, aspecto que se resalta dada la situación de hermandad, solidaridad y de frontera viva entre las comunidades.

Al respecto, en dicho estudio se recomienda:

- 1) Establecer directivas de carácter binacional que regule la atención en salud.
- 2) Establecer protocolos y/o flujogramas de manejo sanitario, así como formatos estandarizados para que los dos países recojan la información pertinente relacionada con las atenciones y se implemente en cada establecimiento de salud de la red.
- 3) Brindar de igual manera, como se hace en el Ecuador, la atención a los pacientes ecuatorianos en el lado peruano sin ningún costo.
- 4) Reuniones de monitoreo y evaluación semestral en la red binacional.

3 PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN



Reunión con la Dirección Regional de Salud de Piura - Perú
Febrero de 2010.



Reunión Sub-dirección de Salud de Sullana- Perú
Febrero de 2010.



Reunión equipo el Centro de Salud Suyo - Perú
Febrero de 2010



Reunión con alcalde y regidores de Suyo
Febrero de 2010



Reunión Hospital de Macará - Ecuador
Febrero 2010



Reunión en el ORAS-CONHU
Febrero de 2010



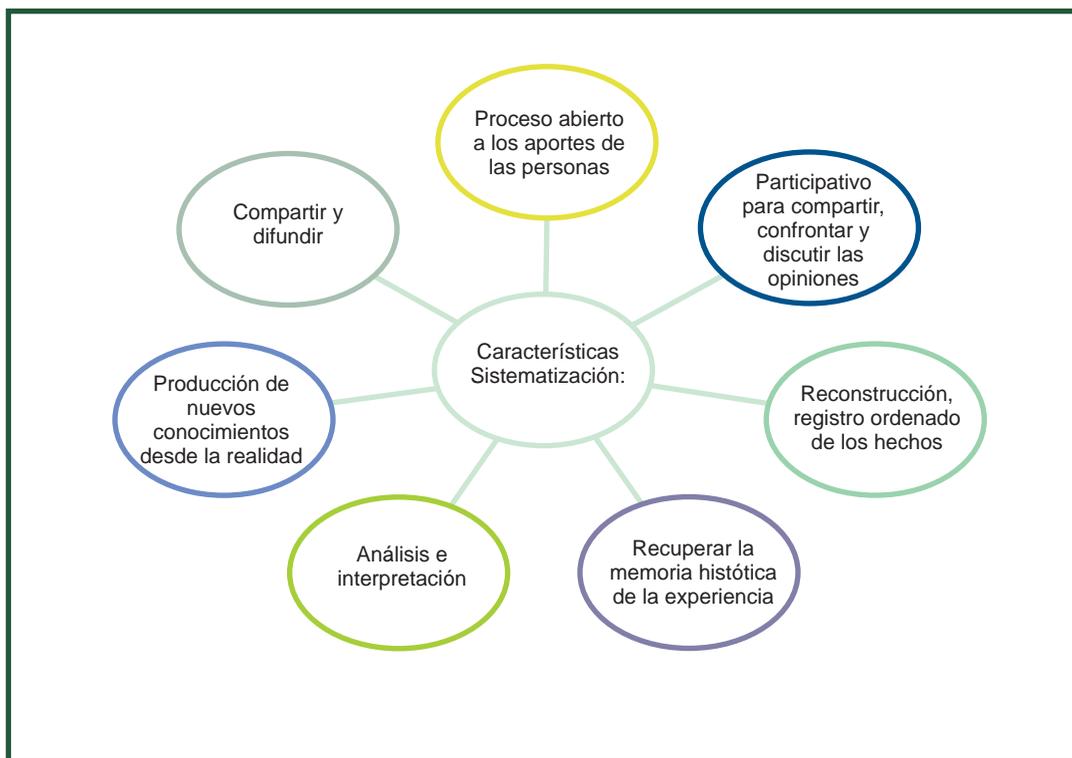
Entrevista a líderes de la Red de Mujeres Macará
Febrero de 2010

La etapa de planificación participativa del proceso comenzó la primera semana de febrero del año 2010, a través de reuniones virtuales y presenciales y la resolución de la encuesta de los equipos binacionales centrales, regionales, provinciales, distritales y locales (equipo binacional de sistematización), con la asistencia técnica del ORAS-CONHU, Proyecto PASAFRO se elaboró el documento “Planificación participativa de la sistematización” y se definió como objetivo central:

“Sistematizar el Programa de Cooperación Socio-Sanitario con énfasis en el Modelo de Atención Integral de Salud Binacional (MAISB) y el Sistema de Referencia y Contrareferencia, en la zona de frontera Piura-Loja y sus dos redes: Suyo-Macará y Lancones-Zapotillo, en el periodo comprendido 2004-2010”.

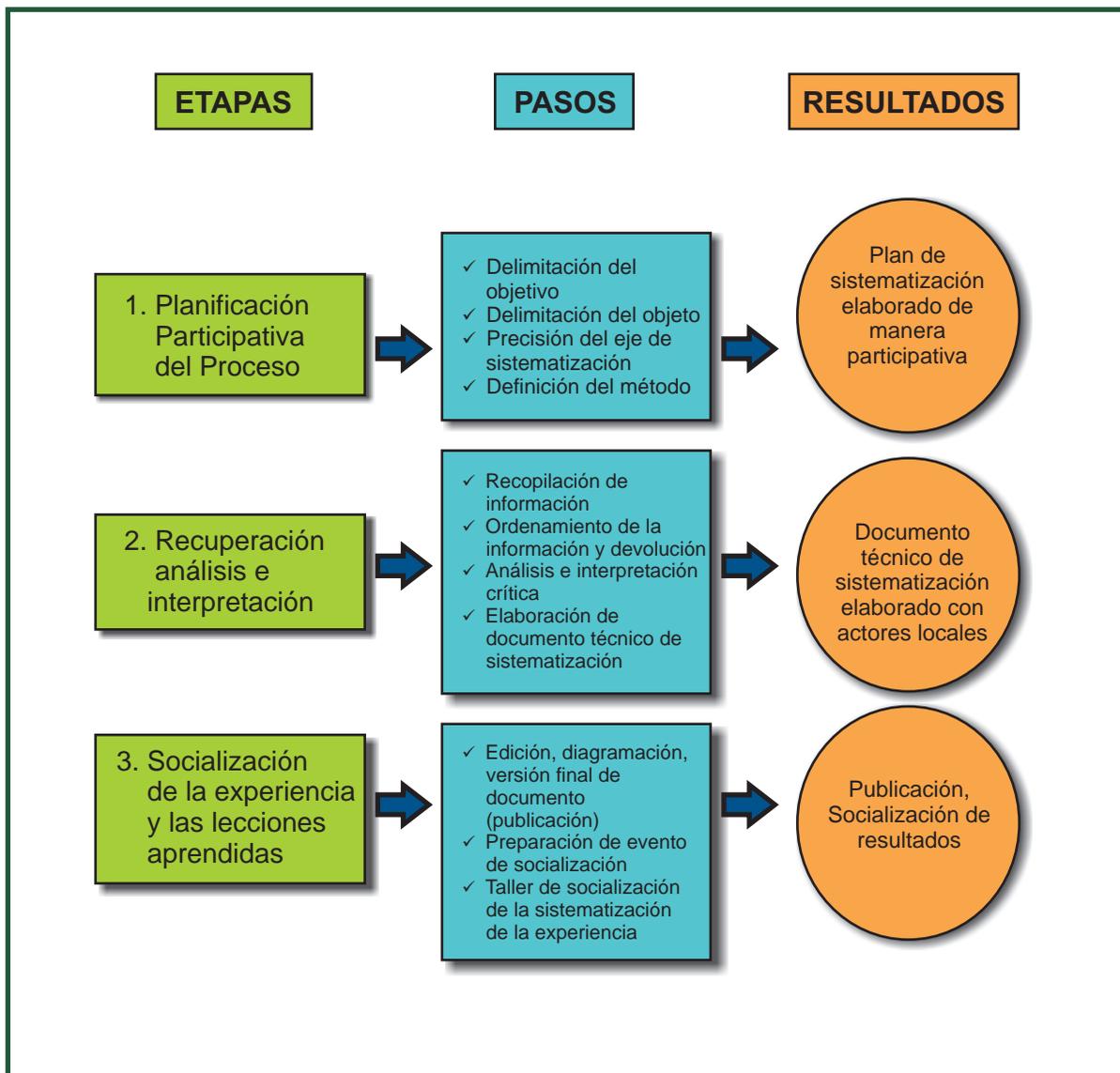
Además, con los equipos se procedió a concretar aspectos relacionados con el concepto de sistematización y la metodología a utilizar. Respecto al concepto de sistematización, se entendió como un proceso de reconstrucción, reflexión, análisis e interpretación crítica de una experiencia, mediante la cual se genera conocimiento para mejorar la práctica y compartir y aplicar los aprendizajes obtenidos.

Respecto a las principales características del proceso de sistematización se identificaron las siguientes:



En cuanto a la metodología propuesta, históricamente, la sistematización de experiencias en América Latina ha tenido sus diferentes desarrollos debido a su vinculación con la educación popular, la investigación acción participativa y las escuelas de trabajo social. Como resultado del análisis de diferentes enfoques de sistematización, se dividió el proceso en tres etapas que implicaron la participación protagónica del equipo binacional de sistematización.

Gráfico N° 3.- Esquema del proceso de Sistematización



A partir de la elaboración participativa del plan de sistematización y la definición del equipo responsable se inició la etapa de recuperación de la experiencia. En febrero de 2010, se aplicó la técnica de estudio de grupos focales (cinco) y entrevistas individuales (tres), en las que participaron 43 personas (33 representantes de las direcciones regionales, provinciales, distritales y locales de salud y trabajadores de la salud, seis autoridades locales y cuatro líderes comunitarias) y se recogió otra información secundaria. Con estos insumos se elaboró la primera versión de la **Sistematización del Programa de Cooperación Socio-Sanitario**. Posteriormente, integrantes del equipo de gestión y técnico de los Ministerios de Salud de Ecuador y Perú realizaron aportes para mejorar el documento.

En marzo del año 2010, se realizó la etapa de Análisis, la cual consistió en remitir el documento de reconstrucción de la experiencia del programa al equipo binacional de sistematización. El 9 de abril del mismo año, se realizó una reunión virtual para el análisis de los resultados del proceso de sistematización del Programa Socio-Sanitario y revisaron cada uno de los capítulos del documento. Los y las participantes realizaron aportes que se incorporaron en el documento, que fue el insumo básico para continuar con la etapa de interpretación crítica.

En ese mismo mes, para culminar la etapa de Análisis e Interpretación Crítica, se realizó el taller “Explorando lecciones aprendidas: De los logros y dificultades a los aprendizajes obtenidos para mejorar” (Piura – Perú, 27, 28 y 29 de abril de 2010). En este taller se identificaron los logros, las dificultades, las recomendaciones y los aprendizajes para cada uno de los componentes del Programa de Cooperación Socio-Sanitario (Modelo de Atención Integral Binacional de Salud, Sistema de Referencia y Contrareferencia, Red Binacional de Salud, entre otros). Entre mayo y junio, se elaboró la versión final y se planificó la socialización de los resultados.

4 PROYECTO BINACIONAL DE SALUD

El fin del proyecto binacional de salud es el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de la frontera ecuatoriano-peruano. El propósito es lograr servicios de salud: eficaces, eficientes y con calidad, funcionando en el contexto de una red binacional.

El Programa Socio-Sanitario tiene tres componentes: Infraestructura, Equipamiento y Sistema Sanitario Binacional.



En cuanto a infraestructura, un resultado que se relaciona con el mejoramiento de la capacidad instalada en Ecuador, el Programa Socio - Sanitario hizo la ampliación y remodelación del Hospital Binacional de Macará, la habilitación del Centro de Salud Infantil de Zapotillo, la construcción del Puesto de Salud de Progreso, la Construcción de la Casa Hogar Binacional de la Mujer, el mejoramiento de dos unidades de salud, el mejoramiento de las unidades de salud Cazaderos y Mangahurco, ampliación y mejoramiento del

Sub-centro de salud Paletillas, saneamiento escolar en Zapotillo y Macará, construcción del sistema de agua en Sozoranga y en Zapotillo. En el Perú se construyeron los puestos de salud Amor, Playas de Romero, ampliación y remodelación del puesto de salud de Cucuyas, remodelación del puesto de salud Guitarras y la construcción del puesto de salud de Suyo. Todas estas obras se concluyeron por parte del programa.

Igualmente en Ecuador, se implementó con equipos al Hospital Binacional de Salud de Macará, con presupuesto del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, el centro de salud infantil de Zapotillo, el laboratorio de Sozoranga. Se equipó de 12 unidades operativas, de las salas situacionales de Loja, las áreas 7 y 13, Macará y Zapotillo, 12 motocicletas para unidades de salud, equipamiento e instalación de la red de datos y de radiocomunicaciones y mantenimiento de ambulancias de áreas intervenidas.

En el Perú al Hospital de Sullana se entregó una ambulancia, cuatro motocicletas para unidades de salud, 13 radios, equipo informático para crear un sistema de información unificado y módulos de salud para 11 unidades operativas. Sin embargo algunos equipos no se entregaron de acuerdo a lo programado; como fueron equipos para atención de emergencias en las ambulancias, y tampoco se realizó el mantenimiento de las mismas y a las motocicletas. En Ecuador y Perú se equiparon seis oficinas de la Red de Mujeres.

En cuanto al componente Sistema Sanitario Binacional, a continuación, se describen los resultados esperados y las actividades propuestas. Los indicadores, medios de verificación y supuestos pueden verse en el anexo: Programa de Cooperación Socio-Sanitaria en Apoyo al Plan Binacional de Paz.

Tabla N° 4: Situación de las actividades propuestas, según resultados esperados, luego de culminada la primera etapa del proyecto socio-sanitario binacional, red Loja-Piura

Resultados esperados	Actividades	Realizada	Inconclusa
R1: Modelo de atención de Salud unificado funcionando en un contexto de red de servicios binacional.	▪ Diseño y elaboración del modelo de atención de salud de la red binacional.	✓	
	▪ Aprobación del modelo de salud diseñado por ambos países.	✓	
	▪ Implementación del modelo de atención de salud.		✓
	▪ Monitoreo y evaluación de la implementación del modelo de atención de la red.		✓
	▪ Suscripción de convenios para la progresión del financiamiento de la prestación con recursos nacionales a ambos lados de la frontera.		✓
R2: Sistema de referencia y contrareferencia funcionando en el contexto de la red binacional.	▪ Elaboración y/o adecuación del sistema de referencia de la red binacional.	✓	
	▪ Implementación del sistema con equipos de comunicación y medios de transporte.		✓
	▪ Monitoreo del sistema.		✓
R3: Coordinación Binacional Intra e Inter sectorial funcionando adecuadamente.	▪ Identificación de actores sociales involucrados en actividades de salud.	✓	
	▪ Sensibilización a través de talleres para los actores sociales identificados.	✓	
	▪ Conformación y/o fortalecimiento del Comité Binacional de Salud y comités binacionales locales.		✓
	▪ Establecer planes de trabajo binacionales para la coordinación de actividades.		✓
	▪ Comité de Gestión y reuniones de coordinación binacional.	✓	
R4: Activa y permanentemente participación comunitaria en acciones de salud.	▪ Taller de capacitación a líderes y lideresas.		✓
	▪ Taller en la elaboración y ejecución del Plan Local de Salud.	✓	
	▪ Taller de derechos, deberes ciudadanos e interculturalidad en salud.		✓
	▪ Elaboración y ejecución del Plan Local de salud con participación de la comunidad con énfasis en Promoción de la salud y Atención Primaria de Salud.		✓
	▪ Construcción de la Casa Binacional de acogida a la mujer.	✓	
R5: Red de Servicios de Salud con capacidad resolutive adecuada.	▪ Delimitación de la red de servicios de salud binacional y diagnóstico de la capacidad resolutive y categorización de los establecimientos de salud de la red.	✓	
	▪ Estudio de la demanda de los establecimientos de salud de la red Binacional.	✓	
	▪ Adecuación de la capacidad resolutive de la red de servicios de salud binacional (infraestructura, equipamiento y recursos humanos).		✓
	▪ Instalar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo.		✓

R6: Sistema de información binacional funcionando oportuna, coordinada y eficientemente.	▪ Diseño y elaboración de un sistema de información único de la red binacional.		✓
	▪ Taller de articulación y validación de los sistemas de información en ambos países.		
	▪ Implementar en la red binacional el sistema de información unificado.		
	▪ Implementar y/o fortalecer salas situacionales binacionales, provinciales y locales.		
	▪ Diseño e implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica único de la red.		
	▪ Realización de boletín binacional de salud.		
R7: Oficina y comité para la gestión del proyecto funcionando eficientemente.	▪ Gestión del proyecto, coordinación con instituciones locales, asistencia técnica.	INTERRUPCIÓN DEL PROGRAMA Junio 2007	
	▪ Administración y contabilidad del proyecto, logística, secretaría, limpieza, mantenimiento general.		
	▪ Transporte y movilización.		
	▪ Estructura organizativa local y soporte a las actividades previstas.		
	▪ Funcionamiento del Comité de Gestión.		

Fuente: Comité Técnico de Gestión del Programa Socio- Sanitario.

Teniendo en cuenta los resultados de las reuniones (virtuales y presenciales) y entrevistas grupales realizadas en febrero de 2010 y los aportes realizados por integrantes del equipo binacional, se presenta un breve análisis de los avances del Programa Socio-Sanitario.

Respecto al primer resultado acerca del **Modelo de atención de Salud unificado funcionando en un contexto de red de servicios binacional**, los equipos avanzaron a través de un proceso que implicó la concertación y articulación de aspectos legislativos de ambos países en el diseño de un modelo de atención integral de salud binacional. El modelo se socializó a todo el personal profesional, técnico, administrativo; y a escala menor, al comunitario. A pesar de los recursos y esfuerzos invertidos en el diseño del Modelo de Atención de Salud, éste aún no ha sido implementado, y por lo tanto, no ha sido monitoreado ni evaluado. El Modelo de Atención Integral de Salud Binacional MAISB se presenta en el siguiente capítulo. (Además se anexa el documento en el CD de la publicación).

En cuanto al segundo resultado esperado: **Sistema de referencia y contrareferencia funcionando en el contexto de la red binacional**, los equipos binacionales elaboraron y adecuaron el sistema de referencia de la red binacional de salud. El sistema de referencia y contrareferencia, fue validado y socializado con sus instrumentos a nivel de los servicios de salud; sin embargo, no se realizó evaluación y monitoreo de su implementación. Igual que en el caso anterior, por diversos factores no ha sido implementado. El sistema de referencia y contrareferencia se presenta en el capítulo siete. (El documento del sistema de referencia y contrareferencia se incluye como anexo en el disco compacto).

Respecto al resultado esperado de la **Coordinación binacional intra e inter sectorial funcionando adecuadamente**, las personas entrevistadas expresaron que, para el diseño del programa, se identificaron los actores sociales de la zona; se involucraron en actividades de salud y a partir de la línea de base de necesidades de capacitación del personal de la red de servicios, se llevó a cabo un conjunto de actividades de sensibilización y capacitación a través de talleres con ellos. Sin embargo, en el proceso de sistematización se encontró que un número significativo de trabajadores de la salud que fueron capacitados ya no se encuentran laborando en la zona. Por ejemplo, en el Centro de Salud de Suyo (Perú), de 17 trabajadores de salud que participaron en el grupo focal, tres conocían el programa. Asimismo, expresaron que 4 trabajadores, que no se encontraban en ese momento habían sido capacitados en el Programa Socio-Sanitario.

De acuerdo a los testimonios de las personas entrevistadas, durante el período 2004-2006 se conformaron y fortalecieron tanto el Comité Directivo como el de Gestión o Técnico. Debido a que el Programa tuvo una interrupción inesperada, entre el 2007 y 2008, estos Comités Binacionales de Salud no funcionaron. En el 2009 se hicieron dos reuniones y se retomó el proceso con la sistematización de la experiencia.

Respecto al cuarto resultado esperado de **Activa y permanente participación comunitaria en acciones de salud**, se elaboraron de manera participativa las propuestas técnicas “Planificación en Salud con Participación Comunitaria” y el “Plan de Comunicación”. (En el capítulo 8, puede verse una síntesis relacionada con estos temas. Ambos documentos se encuentran como anexo en el disco compacto).

De acuerdo a diversos testimonios, se reconoció que, a través del programa, se brindó amplia capacitación a líderes, pero faltó continuidad y seguimiento. Actualmente, se plantea como prioridad generar un proceso que posibilite conocer los significados sobre participación comunitaria en salud y las características de una participación comunitaria adecuada desde la perspectiva de los trabajadores de la salud, líderes y población, y con base en los resultados, generar estrategias, como la elaboración y ejecución de los Planes Locales de Salud, para lograr una activa participación comunitaria.



En cuanto al quinto resultado esperado respecto a una **Red de Servicios de Salud con capacidad resolutive adecuada**, los equipos delimitaron la red de servicios de salud binacional. Asimismo, llevaron a cabo el diagnóstico de su capacidad resolutive y realizaron la categorización de los establecimientos de salud de la red. También elaboraron el estudio de la demanda de los establecimientos de salud de la red binacional (Ver documento de sistema de referencia y contrareferencia que se incluye en el disco compacto). Sin embargo, el

proceso de adecuación de la capacidad resolutive de la red de servicios de salud binacional (infraestructura, equipamiento y recursos humanos) quedó inconcluso porque no se dio continuidad con el equipamiento y no se instaló el programa de mantenimiento preventivo y correctivo. (En el sexto capítulo se presenta aspectos relacionados con la Red Binacional).

En el año 2006, los equipos elaboraron la Línea de Base de atenciones binacionales a nivel de los establecimientos de salud de la red, algunos de cuyos resultados se presentaron brevemente en el capítulo dos.

Respecto al sexto resultado esperado acerca del **Sistema de información binacional funcionando oportuna, coordinada y eficientemente**, en el año 2006, miembros del personal que labora en los establecimientos de salud de la red de servicios binacional recibieron capacitación y realizaron el Análisis de Situación de Salud (ASIS), y fruto de ello son las salas de situación de salud locales. Los equipos avanzaron en la elaboración de una propuesta técnica para la implementación de salas situacionales binacionales y en la elaboración de un documento metodológico del ASIS, pero no consolidaron el ASIS binacional. Es decir, no se diseñó el sistema de información único de la red binacional, ni otras actividades planificadas como la implementación del sistema de información unificado; la implementación y fortalecimiento de las salas situacionales binacionales y el sistema de vigilancia epidemiológica único de la red.

Respecto al séptimo resultado esperado, **Oficina y comité para la gestión del proyecto funcionando eficientemente**, los comités directivo y de gestión ampliado integrado por miembros de la Dirección Regional de Salud Piura y de la Sub Región de Salud Luciano Castillo Colonna (Sullana), Hospital de Sullana, Dirección Provincial de Salud de Loja, Áreas 7, Macará y 13 Zapotillo que funcionaron del 2004 a 2006 y cuyas funciones principales eran:

- Realizar a través de un plan de trabajo binacional estudios y documentos técnicos según el Marco Lógico del Programa, Plan Operativo General (POG) y programación Contable-Financiera semestral para solicitud de fondos.
- Sugerir cambios en la programación, ejecución y monitoreo de actividades.
- Programación, ejecución y monitoreo de actividades.
- Realizar el seguimiento de las actividades, proponer modificaciones y sugerencias para mejorar el trabajo del Programa al Comité de Gestión.
- Socializar los logros alcanzados y las problemática resultantes del trabajo de los integrantes de los comités y comisiones.
- La organización de la reunión binacional y preparación de la agenda la realiza el responsable de la sede donde se realiza la reunión.
- Actualmente, sus integrantes han expresado la necesidad de reactivar la estructura organizativa para que se garantice la continuidad del Programa. Las oficinas de cooperación internacional de ambos países asumieron el compromiso de lograr dicha reactivación (acta taller Sullana, 26 y 27 de noviembre de 2009).

Para el logro de los fines establecidos en el Programa los comités definieron la creación de las siguientes comisiones.

- Capacitación
- Plan de Comunicaciones y Participación Ciudadana
- MAISB
- Red de Servicios
- Sistema de Referencia y Contrareferencia
- Salas Situacionales

LOGROS

- Se conformó un Comité Binacional y Comités de Gestión y Técnico a través de los cuales se promovió el trabajo binacional, logrando así la operativización del programa a través de la conformación de la estructura técnico-administrativa.
- El Programa Socio-Sanitario financiado por la Cooperación Italiana se anticipó a las nuevas directrices de Cooperación Internacional, poniendo en práctica la Declaración de París (firmada en el 2005), aplicando cinco principios: apropiación, alineación, armonización, gestión orientada a resultados y responsabilidad mutua.
- La oficina del programa cuenta con toda la información de la misma.
- El coordinador del programa ha sido un baluarte. Sus cualidades y características han sido: humanista, respecto por los procesos propios de cada país, líder, persistente, organizado, armonizador, conciliador, buscador de consenso, facilitador, con “don de gente”, creador e innovador, con capacidad para fomentar el trabajo en equipo y para enseñar a hacer y construir camino juntos.

DIFICULTADES

- Inicialmente los cambios de coordinadores del programa afectaron el desarrollo de las actividades, sin embargo esto se superó logrando un avance armónico y sostenido en coordinación con el equipo binacional del programa
- El cambio de directivas afectó el desarrollo del programa, especialmente cuando no había la inducción adecuada y no se valoraba el trabajo técnico adelantado o no se reconocía la importancia del trabajo binacional.
- Fui insuficiente el involucramiento y la responsabilidad a los equipos locales binacionales (micro redes).
- El Comité Directivo no logró suficiente apoyo político y no cumplió su rol. No se generó una comunicación oportuna.

RECOMENDACIONES

- Redefinir funciones de los Comités para propiciar un mejor funcionamiento y cumplimiento de funciones.
- Socializar y compartir los logros con la comunidad organizada correspondiente a cada ámbito de jurisdicción de los establecimientos de salud de la red binacional.
- Los equipos locales deben estar empoderados con relación al programa binacional y desempeñar un rol protagónico. Es necesario desarrollar diferentes mecanismos para lograr mayor involucramiento de la comunidad.
- Los equipos locales deben estar empoderados con relación al programa binacional y desempeñar un rol protagónico. Es necesario desarrollar diferentes mecanismos para lograr mayor involucramiento de la comunidad.
- Definir claramente el rol de las Direcciones Regionales/Provinciales de Salud y la Sub-región de Salud de Sullana.
- Incorporar los avances exitosos del programa en los planes estratégicos y operativos de ambos países para el ámbito de frontera.

5 EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BINACIONAL

Al inicio del proceso no se había planteado el diseño del Modelo de Atención Integral de Salud Binacional (MAISB). La idea surgió a partir de las reuniones y trabajo de los equipos binacionales. El diseño, fue un largo camino que implicó que representantes de la Dirección Provincial de Salud de Loja, la Dirección Regional de Piura, la Sub-región Luciano Castillo de Sullana, la Universidad Nacional de Loja y la Cooperación Italiana realizaran varias reuniones, actividades de capacitación, reflexión y concertación para la elaboración de varias versiones de documentos, hasta obtener una versión final que se anexa a este documento (Revisar Anexo 3).

En el documento se plantea como propósito desarrollar un **Modelo de Atención Integral de Salud Binacional** enmarcado en la realidad del ámbito fronterizo ecuatoriano-peruano y en las políticas nacionales de ambos países, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población de la frontera Piura - Loja. En ella definen los principios, características, componentes y estrategias de dicho modelo. Los Ministerios de Salud de ambos países aprobaron el MAISB.

En el MAISB, la salud se define como un derecho social, individual y colectivo, fundamental para la realización del potencial humano (biológico, psicológico y social). Tiene como base la atención primaria en salud y la promoción de la salud, enfoques en los que la participación social y el ejercicio de la ciudadanía permiten impulsar los derechos y contribuir a una cultura de la salud enfrentando al viejo paradigma biomédico centrado en lo biológico, asistencial y recuperativo.

Teniendo en cuenta este documento y las reuniones de reconstrucción del proceso (febrero a marzo de 2010), la promoción de la salud se concibe como un proceso en el cual se proporciona a las poblaciones las oportunidades para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así mejorarla. La promoción de la salud, se refiere al incremento de la capacidad de intervención y control de los determinantes sociales de la salud, por lo cual resulta fundamental el desarrollo de políticas públicas saludables, la participación social, la intersectorialidad, la reorientación de los servicios, los entornos saludables y, en general, mejores formas de vivir de las familias y comunidades.

En el MAISB, la unidad de intervención es el **individuo en familia** y su interacción en el medio ambiente, lo que permite comprender cada ciclo vital individual (niño, adolescente, adulto y adulto mayor) enmarcado en el continuum del ciclo vital, en una dinámica familiar y en un contexto socio-ambiental que cambia constantemente en el tiempo y que determina el proceso salud - enfermedad a nivel individual, familiar y comunal (Revisar Anexo 7). Además, se conceptualiza y analiza el rol y ciclo de vida de la familia como institución y espacio privilegiado de interacción de individuos, producto histórico social, vinculado estrechamente a cada contexto socio-cultural y en continua transformación.

En el mismo sentido, se entiende que la comunidad es un conjunto de personas agrupadas en familias, organizaciones sociales, servicios, instituciones, que comparten

un territorio, un sistema de organización, una cultura, valores, creencias e intereses básicos, en un momento determinado y que establecen formas de comunicación, comparten equipamientos y servicios comunes, desarrollan un sentido de pertenencia o identificación con algún símbolo local y, como consecuencia de ello, pueden desempeñar funciones sociales a nivel local, de tipo económico, de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo.

Gráfico N° 4: Principios y características del MAISB



Elaborado con base en el MAISB, 2004. p.7 y 8.

Los principios y componentes del MAISB, se presentan en el siguiente gráfico y pueden verse con más detalle en el documento Modelo de Atención Integral de Salud Binacional⁶ (Revisar Anexo 3).

El MAISB plantea que la prestación de los servicios de salud se hace de manera coordinada entre las instituciones prestadoras de servicios de salud, y los programas se ofertan por paquetes dirigidos al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, a través de una estructura organizativa por niveles, que se articulan en función de una red binacional de servicios de salud.

La gestión del modelo de atención se centra en el mejoramiento de la calidad de los servicios en el marco de la descentralización y participación social, integrando de manera activa los procesos de organización, planificación, monitoreo, evaluación e investigación operativa, para lo cual se debe realizar capacitación permanente al personal de salud. Asimismo, propone que la financiación se realiza con fondos de los gobiernos centrales, con presupuestos descentralizados y otras contribuciones.

6 “Modelo de Atención Integral de Salud Binacional”. Universidad Técnica Particular de Loja; Máx González; M. Ángel Ordóñez C.; Amable Bermeo F; Víctor H. Jiménez M. Dirección Provincial de Salud Loja: Segundo Calle, Mirtha Briceño; Dirección Regional Piura: Rodolfo González R, Márx Ríos T; Sub Región de Salud Luciano Castilla Colonna Walter Vegas O; Manuel Castro A; Jesús Adrianzén R; María García; Pablo Juárez V; Cooperación italiana: Valentino Luzi. 2.004. p. 9– 10

Respecto a la operativización del Modelo de Atención Integral de Salud Binacional, se tienen en cuenta cuatro aspectos:

Gráfico N° 5: Aspectos de la operativización del MAISB



Fuente: Presentación Programa Socio-Sanitario

El Modelo propone que la prestación de servicios de salud se organice en tres niveles:

- 1) Individual, por ciclo de vida.
- 2) Colectivo, por familia y comunidad.
- 3) Ambiental.

En el documento Modelo de Atención Integral en Salud Binacional se describe el ciclo de vida individual y familiar y definen los paquetes de atención integral por niveles: etapas de ciclo de vida y acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

LOGROS

- El Modelo de Atención Integral de Salud Binacional (MAISB), se elaboró a partir de un proceso que implicó amplia participación y concertación de los equipos binacionales y fue aprobado por los Ministerios de Salud de Perú y Ecuador.
- El MAISB retoma el marco legal de ambos países para responder a sus problemáticas sanitarias fronterizas, conceptualiza un enfoque individual insertado en la dinámica familiar y comunitaria, por ciclo vital. Además, tiene como base el enfoque de promoción de la salud y atención primaria y salud. Plantea como principios la equidad, la universalidad, solidaridad, la eficiencia, la calidad, la complementariedad; y define un conjunto de características como integralidad, continuidad, coordinación, participación, holístico y estratégico. También define las estrategias y los componentes: prestación de servicios de salud, organización, gestión y financiamiento, entre otros aspectos.

- El proceso de elaboración del MAISB y su amplia validación, socialización y capacitación con todo el personal de salud con el apoyo y financiamiento de la Cooperación Italiana contribuyó a fortalecer la integración en el marco de la visión de una red binacional.
- Se alcanzó una participación de aproximadamente 200 personas peruanas y ecuatorianas en la capacitación del MAISB y aunque algunas personas capacitadas no están en la zona de frontera (Piura-Loja), se encuentran en otros ámbitos de frontera donde aplican los conocimientos generados en el proceso.
- El MAISB ya es un documento base para realizar el modelo de atención en salud en Ecuador y es un referente en otros contextos y zonas de frontera.

Los aspectos que facilitan la implementación del modelo de atención se puntualizan en:

- Tanto el Ministerio de Salud de Perú como el Ministerio de Salud Pública de Ecuador están aplicando el enfoque de atención integral de salud.
- El contexto social y económico en el cual se desarrolla esta población ha permitido la vinculación de familias peruanas con ecuatorianas, dando lugar a estas “familias binacionales” a nivel de la frontera, donde tienen su espacio de desarrollo económico.
- La existencia de Programas de Salud (gratuitos en un primer momento), y luego los programas de subsidios para la atención de grupos vulnerables.
- La voluntad integradora del personal de salud y funcionarios del nivel regional y local en Perú así como provincial y local en Ecuador, quienes buscan alternativas para formalizar lo que ya viene ocurriendo en la práctica desde hace años (atención a pacientes extranjeros; peruanos en Ecuador y viceversa), facilitándoles su acceso a los programas de subsidio.

DIFICULTADES

- Las políticas y el modelo de atención en salud son diferentes en cada país. En Ecuador la gratuidad en los servicios de salud se da en un 100% y esto causa un desequilibrio porque en el Perú el modelo y sistema de salud no contempla la gratuidad para los usuarios de Ecuador.
- Hubo discontinuidad de las personas que participaron en el proceso y qué han sido capacitadas. “Muchas personas han pasado como estrellas fugaces” . A las reuniones del Comité Técnico Ampliado, llegaban personas insuficientemente comprometidas con el proceso, “para hacer un bonito día de vacaciones” y sin dedicación exclusiva al Programa.

⁷ Testimonio, Taller “Explorando las lecciones aprendidas” Piura, abril 27 a 29 de 2010.

⁸ Testimonio, Taller “Explorando las lecciones aprendidas” Piura, abril 27 a 29 de 2010.

- El MAISB no se aplicó por diversas razones, entre las que podemos destacar:
 - Insuficiente apoyo y decisión política para desarrollar el programa.
 - El MAISB requiere la aplicación de varios instrumentos. Es un proceso largo.
 - El MAISB no se introdujo en los planes operativos locales.
 - Hubo una interrupción del programa.

A continuación se describen algunos aspectos que limitaron la implementación de este modelo a nivel de las microredes, y las sugerencias respectivas (Tomado del documento Análisis de limitaciones de la implementación del MAISB, octubre de 2005):

- **El Sistema de financiamiento de prestaciones.** Si bien existe en cada país programas de subsidios, cada uno con su población beneficiaria nacional, es necesario formalizar el hecho que se utilicen para subvencionar atenciones de extranjeros, tal cual ha venido sucediendo desde antes y después del último conflicto armado. Sin embargo, es necesario resolver interrogantes como las siguientes: ¿Cómo se pagará la contraprestación?, ¿Con qué criterios se homogenizarán los costos?, ¿Cómo se seleccionarán los beneficiarios?, etc.
- **El paquete de atención o cartera de servicios cubiertos por los programas de subsidios es diferente entre ambos países.** Por consiguiente se debe homogenizar, buscando en todos los casos asegurar la continuidad de la atención con un enfoque de complementariedad de servicios entre ambos países bajo una perspectiva de red.
- **Los aspectos legales respecto al sistema de referencia y contrareferencia de pacientes en ambulancias para que pasen de un país a otro.** En ello, todavía hay vacíos acerca de cómo asumir los problemas médico-legales que puedan devenir de situaciones como: denuncias por negligencia o mala atención, traslados internacionales de cadáveres, etc.
- **Los aspectos técnico-normativos.** Tales como protocolos o guías clínicas de tratamiento, que se aplican en cada país, deben homogenizarse a partir del MAISB.
- **Los Sistemas de Información Sanitaria son diferentes tanto para Perú como para Ecuador.** Es necesario diseñar un modelo que integre información clave para la toma de decisiones de manera articulada y que esté disponible para ambos países.

RECOMENDACIONES

- Actualizar el Modelo de Atención Integral de Salud Binacional con los cambios que se han dado en los modelos de atención de salud del Perú y Ecuador, y con enfoques referidos a salud intercultural, salud y medio ambiente, atención primaria en salud, promoción de la salud, participación comunitaria en salud, entre otros. Respecto a la perspectiva de salud intercultural, es pertinente retomar las experiencias que se han desarrollado en Bolivia con el apoyo de la Cooperación Italiana⁹. Las acciones deben estar enfocadas hacia la producción de la salud, desde un modelo holístico y no hacia la atención de la enfermedad.
- Obtener financiamiento, cooperación y apoyo político de los Ministerios de Salud del Ecuador y Perú, de la Cooperación Italiana, de la asociación de municipalidades, gobiernos locales, entre otras instituciones de los ámbitos internacional, nacional, regional y local.
- Lograr la aprobación para que la zona de frontera (Piura-Loja) se declare como “Zona Modelo de Integración en Salud”, para brindar aseguramiento universal y para que los recursos sean dirigidos a este fin, y así, desde esta perspectiva se haga efectivo el convenio de prestación de servicios de salud binacionales.
- Desarrollar un proceso amplio de socialización y capacitación del MAISB dirigido al personal de salud y población beneficiada sensibilizándolos en los principios, características y perspectivas del programa, con énfasis hacia lo preventivo y promocional.
- El tema del financiamiento de la contraprestación es importante para que opere la Red Binacional de Servicios de Salud. Por ello, en primer lugar, es necesario que el Seguro Integral de Salud (Perú) y el Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (Ecuador) revisen su normatividad y elaboren una propuesta homogéneamente estandarizada para ambos países. En segundo lugar, que realicen un estudio de campo de tal manera que establezcan los costos de la prestación de salud en Perú y en Ecuador, se defina un manual de procedimientos que permita generar una tarifa binacional. En tercer lugar, es necesario definir los mecanismos para hacer efectivo el pago de la contraprestación. Como es de suponer, se deberá contar con una programación presupuestal adicional al respecto.

⁹ CITARELLA, Luca; ZANGARI, Alessia. Yachay Tinkuy Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina. Cooperación Italiana. 2009.

Además, una frontera viva, de intensa relación comercial y de intercambio entre ambos países, entre otros. Con la red binacional de salud, se busca optimizar el uso de todos sus recursos (humanos, logísticos, financieros y administrativos), cuya combinación y complementariedad asegure la provisión y continuidad de un conjunto de cuidados básicos y esenciales para garantizar la salud de la población.

El proceso de articulación y operativización de la Red Binacional, implicó el análisis y reconocimiento de las bases normativas legales de ambos países desde el año 1987, la definición conjunta de objetivos, y la conceptualización de la Red Binacional de servicios de salud. Asimismo, una caracterización detallada de la demanda, de las características socio-demográficas, geográficas, económicas, culturales, poblacionales y los perfiles epidemiológicos que eran similares en ambos lados de la frontera.

También implicó la caracterización y organización de la oferta de los establecimientos de salud, del recurso humano, de la información sobre equipamiento disponible, y de la infraestructura de la red. Implicó una serie de actividades de análisis, discusión, reflexión y creatividad, reuniones, concertación, elaboración y revisión reiterada del documento técnico por parte de los equipos de la Dirección Provincial de Salud de Loja, la Dirección Regional de Salud de Piura, la Subdirección de Salud de Sullana y de la Cooperación Italiana.

Como puede verse en el siguiente gráfico la Red de Servicios de Salud involucra seis procesos en mutua relación.

Gráfico N° 7: Procesos involucrados en la red de servicios de salud



Elaborado con base en el documento: *Red Binacional de Servicios de Salud Piura-Loja*. 2006.p. 13 y 14.

6.1 CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA Y DE LA OFERTA

Los equipos binacionales realizaron la caracterización de la demanda y la oferta de los servicios de salud. Algunos de los datos que se presentaron en el capítulo 2 “Ámbito del Programa” corresponden a la caracterización de la demanda. En cuanto a la caracterización de la oferta de salud a continuación se presenta información relevante: Caracterización de Establecimientos de Salud.

El reconocimiento formal de la red binacional requirió un trabajo de categorización binacional de los establecimientos de salud, fortalecimiento y mejoramiento de las capacidades los recursos humanos, de la infraestructura y del equipamiento. Los establecimientos de la red binacional de servicios de salud tenían diferentes denominaciones y capacidad resolutive que obedece a la organización estructural de cada Ministerio de Salud, dado que era necesario hablar un mismo lenguaje y llegar al acuerdo de homogenizar estas denominaciones proponiendo una categorización funcional donde se establecen equivalencias aproximadas entre establecimientos de salud por unidad operativa de servicios, según nivel de complejidad y capacidad resolutive estableciéndose denominaciones: “A, B, C, D, E y F”, de acuerdo a tipo y cantidad de recursos humanos, determinándose de forma ascendente desde “A” hasta “F”.

En el siguiente cuadro se presenta las categorías, denominación en Perú y Ecuador y características del personal de acuerdo a la categoría establecida.

Tabla N° 5: Caracterización de establecimientos de salud, según nivel de complejidad, en la Red Loja – Piura

	DENOMINACIÓN		CARACTERÍSTICA DEL PERSONAL
	PERÚ	ECUADOR	
A	-	Puesto de Salud	A cargo de un auxiliar de enfermería.
	Puesto de Salud I .1		Personal profesional médico itinerante, técnico de enfermería y/o enfermera y/o obstetra.
B	-	Sub Centro de Salud	Tiene médico, enfermeras rurales y auxiliar de enfermería.
	Puesto de Salud I – 2	-	Médico general, enfermera, obstetra, técnicos de enfermería.
C	Centro de Salud sin Internamiento I – 3	-	Cuenta con médico cirujano o médico familiar, enfermera, obstetra, técnico o auxiliar de enfermería, odontólogo, técnico de laboratorio, técnico de farmacia, técnico o auxiliar de estadística.
D	Centro de Salud con Internamiento I – 4	-	Médico cirujano o médico familiar, médico de la especialidad prioritariamente gineco-obstetra y pediatra. Personal de enfermería, personal de obstetricia, odontólogo, puede haber químico farmacéutico, nutricionista y asistente social.
	-	Centro de Salud Materno Infantil	Cuenta con médico, enfermera y/o obstetrix, auxiliar de enfermería, tecnólogo, médico de laboratorio, odontólogo, auxiliar de farmacia, auxiliar de estadística, administrador. Atiende las 24 horas.

E	Hospital II - 1	-	Médico internista, pediatra, gineco-obstetra, cirujano general, anesthesiólogo, odontólogo, psicólogo, enfermera/ obstetra, asistente social, nutricionista, químico farmacéutico, tecnólogo médico (en laboratorio, terapia física y radiología). Técnico de laboratorio, técnico de enfermería, auxiliar de enfermería, técnico sanitario, técnico o auxiliar de estadística, personal de servicios generales.
		Hospitales Básico	Cuentan con equipos de profesionales generales y cuatro especializadas básicas (pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna), así como personal técnico y asistencial. Atención completa las 24 horas.
F	Hospital II - 2	Hospital General	Adicionalmente a lo consignado en la categoría anterior, cardiólogo, médico especialista en medicina de rehabilitación, neurólogo, neumólogo, gastroenterólogo, reumatólogo, psiquiatra, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, traumatólogo, urólogo, patólogo clínico, radiólogo, anatómico-patólogo. Profesional de la salud con post grado (maestría o PREC) en epidemiología, administrador, estadístico, contador. Técnico de laboratorio, técnico de enfermería, auxiliar de enfermería, técnico en estadística, técnico o auxiliar administrativo, personal de servicios generales, técnicos especialistas en informática, auxiliares, artesanos.

Fuente: Red Binacional de Servicios de Salud Piura-Loja. 2006. p. 40-41.

En el documento “Red Binacional de Servicios de Salud”¹⁰ se muestra la calificación a la fecha (2006) y la calificación que deben tener cada uno de los establecimientos de salud. A continuación se presentan los cuadros que resumen la conformación de las dos redes: Zapotillo-Lancones y Suyo - Macará.

Tabla N° 6: Resumen de establecimientos de salud
micro red Zapotillo – Lancones 2006

Establecimiento de Salud	Perú	Ecuador	Total EESS
Hospitales	0	0	0
Centros Materno Infantil	0	1	1
Centros de Salud I – 3	1	0	1
Sub Centros de Salud	0	2	2
Puestos de Salud	0	3	3
Puesto de Salud I – 1	14	0	14
Puesto de Salud I -2	03	0	03
Total	18	6	24

Fuente: Red Binacional de Servicios de Salud Piura-Loja. 2006. p. 41.

¹⁰ “Red Binacional de Servicios de Salud Piura – Loja. Programa de Cooperación Socio-Sanitario en apoyo al Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza Perú-Ecuador, eje Piura – Loja”. Dirección Provincial de Salud Loja: Nelson Samaniego I; Segundo Calle D; Mirtha Briceño A; José Molina. Dirección Regional de Salud de Piura: Rodolfo González R; Walter Vegas O; Enrique Llontop I; Cecilia Bellina Montoya; Helen Luna. Manuel Castro Alamo, María García Shimizu, José Pablo Juárez Jesús Adrianzen Cooperación italiana: Valentino Luzi. Versión editada. 2006. p. 42

Tabla N° 7: Resumen de establecimientos de salud
micro red Macará-Suyo 2006

Establecimiento de Salud	Perú	Ecuador	Total
Hospitales	1	2	3
Centros Materno Infantil	0	0	0
Centros de Salud I – 3	2	0	2
Sub Centros de Salud	0	6	6
Puestos de Salud	0	4	4
Puesto de Salud I - 1	4	0	4
Puesto de Salud I – 2	4	0	4
Total	11	12	23

Fuente: Red Binacional de Servicios de Salud Piura-Loja. 2006. p. 43

Tabla N° 8: Tipificación de los establecimientos de Salud en la Red Binacional 2006

Tipo de establecimiento	Total
A	22
B	17
C	3
D	1
E	1
F	2

Fuente: "Red Binacional de Servicios de Salud Piura-Loja 2006"

Un minucioso análisis sobre la calificación de cada establecimiento de salud y el ideal de calificación, junto al recurso humano necesario para brindar servicios de salud acorde con los enfoques y categorías planteadas, se encuentra en el documento "Red Binacional de Servicios de Salud Piura-Loja (Revisar Anexo 4). En dicho documento se considera como aspecto apremiante mejorar el sistema de comunicación a través de la instalación de radios y medios de transporte. De los 47 establecimientos de la red binacional, 6 requerían de nueva construcción y 13 de ampliación y/o remodelación.

En cuanto al análisis de la atención de los establecimientos de salud de la red binacional, ésta es variable en ambos países. En Ecuador, los sub-centros y puestos de Salud atienden 8 horas, mañana y tarde y el hospital de Macará 24 horas; de otro lado, en Perú, el horario de atención puede variar según modalidad de trabajo del servidor de salud (Salud Básica o CLAS) entre 6 y 12 horas en los centros y puestos de salud y 24 horas en el Hospital Apoyo III Sullana.

Actualmente, se considera fundamental fortalecer el enfoque de atención primaria en salud, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

En las reuniones grupales en el Hospital Binacional de Salud de Macará y el Centro de Salud de Suyo (febrero 2010), los trabajadores de salud, reconocieron que hay baja participación comunitaria en salud, debido en parte a debilidades en las estrategias desarrolladas, que no logran incentivar la participación.

En el documento *“Red Binacional de Servicios de Salud”* se presenta el análisis de tiempo promedio de atención médica y rendimiento hora médico, rendimiento de sala de operaciones, promedio de análisis del laboratorio, promedio de permanencia o estancia, porcentaje de ocupación de camas, porcentaje de cesáreas. (Véase: *documento Red Binacional de Servicios de Salud. 2006. p. 48-50*).

6.2 ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DE LA RED

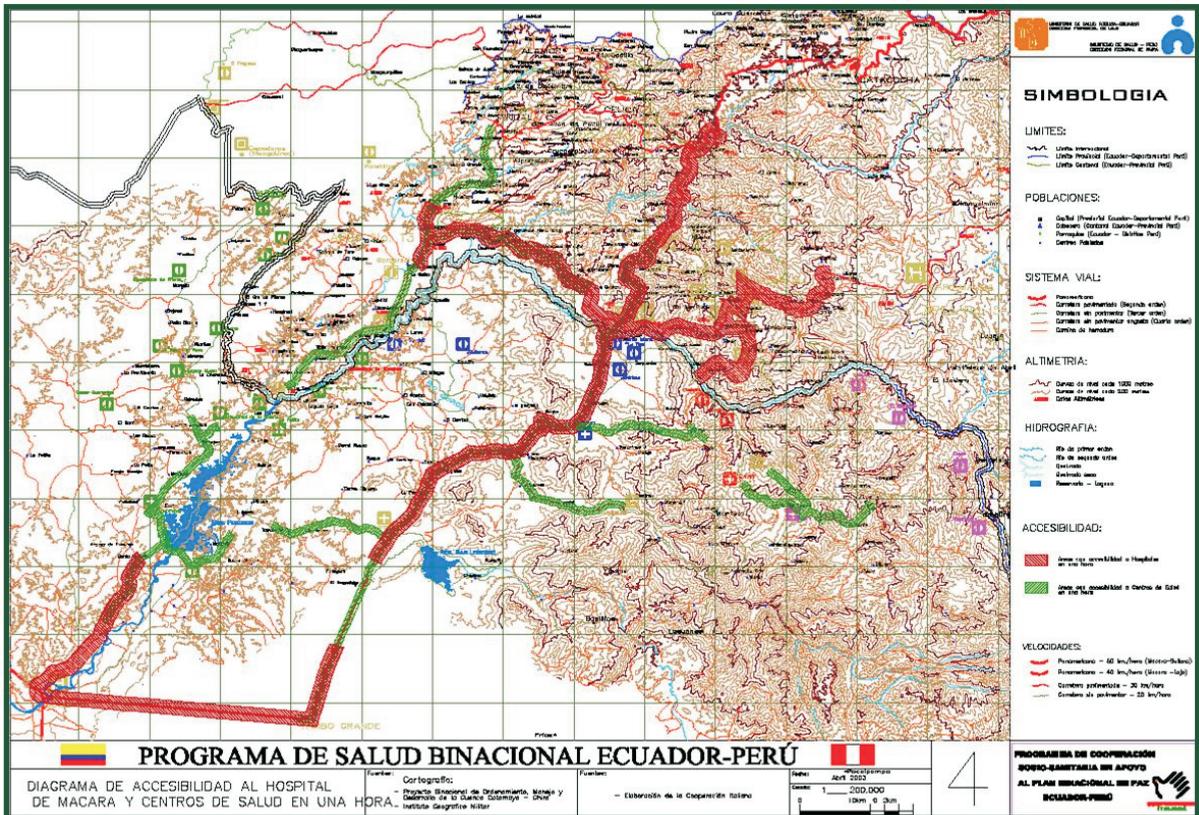
Los equipos técnicos binacionales de ambos países acordaron delimitar una red binacional de servicios de salud, que comprende las microredes Suyo-Macará y Lancones-Zapotillo. Para ello, se consideraron flujos, distancias y tiempos de traslado en vehículo, con el propósito de permitir la accesibilidad a través de una atención oportuna, una adecuada referencia y contrareferencia de los usuarios, medidas de vigilancia epidemiológica, control de brotes y mejora de la salud de las comunidades.

El esquema de organización y gestión de la red permite el flujo adecuado de las relaciones entre los establecimientos de salud integrantes de la red.

Gráfico N° 8: Esquema de organización y gestión de la red de salud Loja - Piura



Gráfico N° 9: Diagrama de accesibilidad al hospital de Macará y centros de salud en una hora



Fuentes Cartografía: Proyecto Binacional de Ordenamiento Manejo y Desarrollo de la Cuenca Catamayo- Chira. Instituto Geográfico Militar.

LOGROS

- Contar con dos microrredes con nomenclatura estandarizada, validadas y según niveles de atención con mapas en todos los establecimientos de salud de la red binacional.
- Haber definido los flujos de atención según la oferta por niveles de atención a través de trabajo de campo en cada uno de los establecimientos de salud con equipos binacionales.
- Generar intercambio de información y de experiencias entre los equipos de salud de los diferentes establecimientos de salud de la red binacional.
- Se ha aprobado un documento único binacional que define un modelo que recupera las experiencias de cada país y que incorpora indicadores del modelo que se han adecuado, teniendo en cuenta las particularidades de cada país.

DIFICULTADES

- Aún predomina un modelo de salud basado en una concepción biologicista, asistencial y curativa, centrado en la enfermedad y en su atención.
- No se cuenta con un sistema de radio de comunicación binacional. Cada país tiene su propio sistema de radios.
- No se ha monitoreado el avance de la implementación del MAISB en cada país.

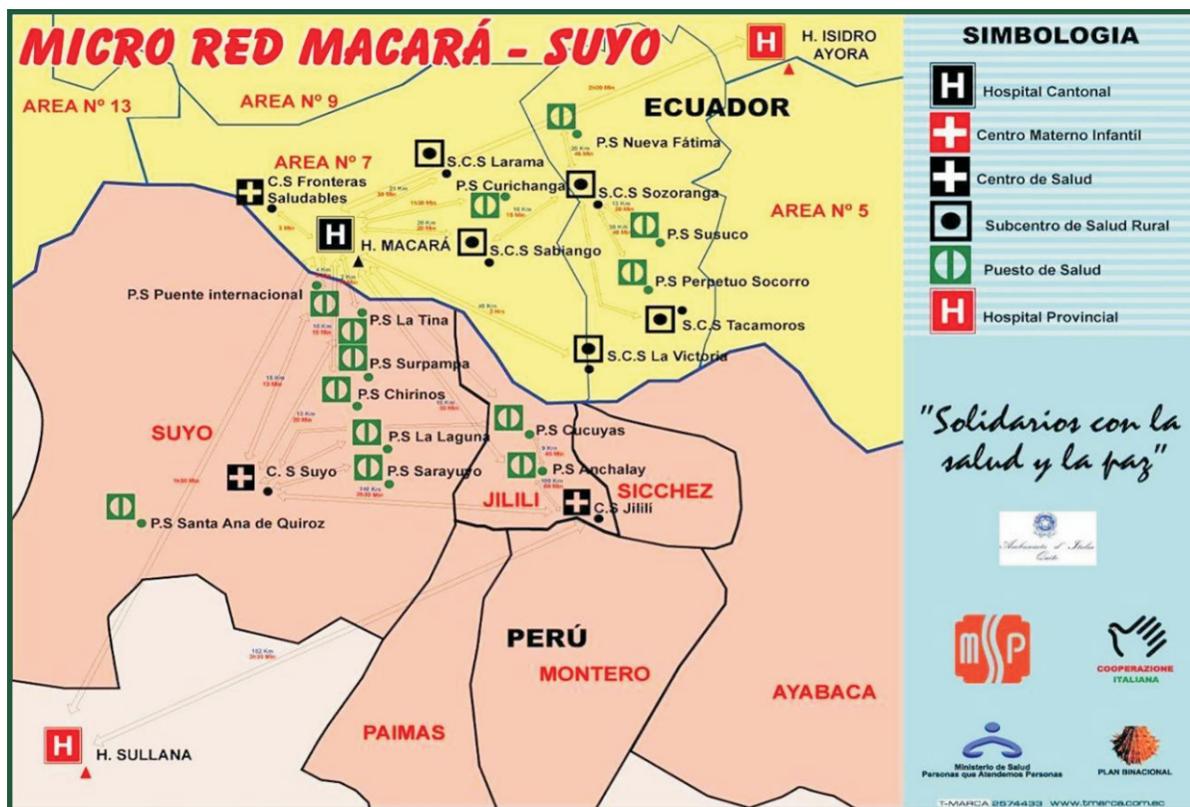
RECOMENDACIONES

- Promover un modelo sustentado en la integralidad entre lo social y lo biológico, de corte bio-psico-social e histórico, con eje en el equipo interdisciplinario de la salud y la intersectorialidad, con énfasis en la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, los determinantes sociales, y sustentado en los principios de la atención primaria de salud.
- Abogar por contar con políticas sociales que promuevan un modelo de salud holístico, bio-psico-social e histórico.
- Generar diversos mecanismos para que el recurso humano de salud viva en la zona y pueda brindar atención permanente y que las capacidades y los recursos necesarios para desarrollar las acciones desde una perspectiva de atención primaria en salud y promoción de la salud.
- El documento de sistematización de la experiencia es una herramienta que sirve para replicarse y tener en cuenta en la implementación de la propuesta de la segunda fase.

7 EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA BINACIONAL DE SALUD

El sistema de referencia y contrareferencia fue elaborado tomando en cuenta los principios del MAISB, en un proceso participativo, analítico, reflexivo y creativo del que hicieron parte los trabajadores de salud de las diferentes unidades de salud de ambos países, conjuntamente con los equipos técnicos de la Dirección Provincial de Salud de Loja, la Dirección Regional de Salud de Piura, Sub región Luciano Castillo de Sullana y la Cooperación italiana y los equipos operativos de las redes binacionales con base en los documentos técnicos existentes en cada país y con el marco legal de ambos países.

Gráfico N° 10: Croquis de la micro red Macará – Suyo



Fuente: Comité de Gestión del Programa Socio Sanitario.

El propósito del *sistema de referencia y contrareferencia* es garantizar la continuidad de la atención de los usuarios en los servicios de salud, a través de un sistema de referencia y contrareferencia efectivo y eficiente, implementado en todos los establecimientos de salud que constituyen la red binacional, eje Piura-Loja, según los convenios establecidos y en función a las normas institucionales vigentes en cada país, para beneficio de la población que vive o se desplaza en las zonas de frontera.

Gráfico N° 11: Croquis de la micro red Zapotillo - Lancones

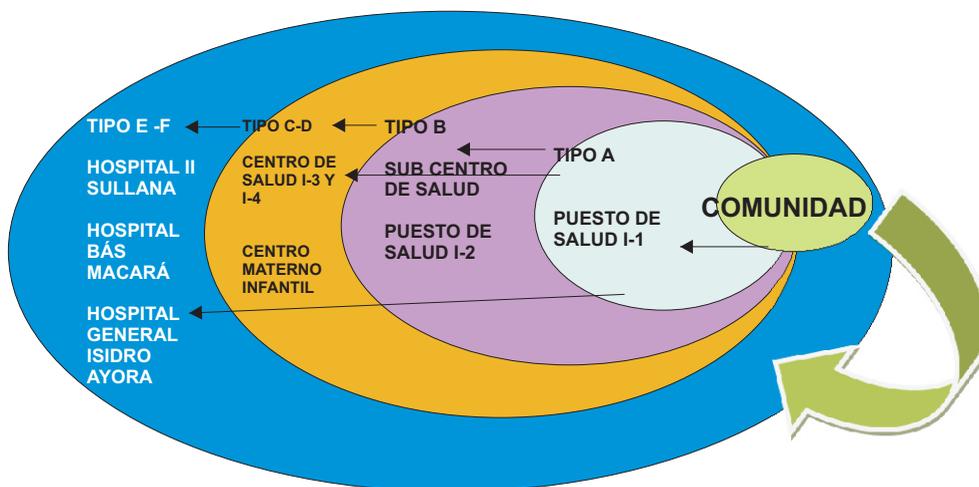


Fuente: Comité de Gestión del Programa Socio Sanitario

Bajo este contexto, el modelo de prestación de los servicios, complementariamente, se basa en el principio de integralidad, teniendo como dimensión la continuidad de la atención, que supone que la atención de salud de una persona no puede darse en forma limitada o verse interrumpida a causa de la escasa capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, sino que debe ser seguida y completada hasta la resolución del daño o episodio de enfermedad específica.

Por lo tanto, con la continuidad de la atención se busca que el usuario sea captado, identificado, evaluado y seguido dentro de un sistema inteligente, funcional, operativo y ordenado de atención de la salud, integrando la atención promocional, preventiva y recuperativa, organizándola y articulándola a la red binacional por niveles de resolución y asegurándole adecuados procedimientos de relación entre ellos.

Gráfico N° 12: Concepción del sistema de referencia y contrareferencia en la red binacional de salud Piura - Loja



Fuente: Red Binacional de Servicios de Salud Piura - Loja. 2006.p.51.

El objetivo general del sistema de referencia y contrareferencia es normar y regularizar la organización, los procesos y procedimientos administrativo-asistenciales del sistema de referencia y contrareferencia entre los establecimientos de salud de la red binacional, estableciendo desde la normatividad existente en Perú y Ecuador, pautas técnico-normativas comunes y homogéneas a ambos países que garanticen la continuidad de la atención de la salud de la población fronteriza ecuatoriana-peruana.

La estructura del sistema de referencia tiene dos instancias:

Tabla N° 9: Estructura del Sistema de Referencia y Contrareferencia

ADMINISTRATIVA	- Dirección Regional de Salud de Piura y Dirección Provincial de Salud de Loja - Subregión de salud Luciano Castillo de Sullana y las áreas de Salud N° 7 Macará y N° 13 Zapotillo
ASISTENCIAL	- Micro Red Lancones – Zapotillo: Centro de Salud Lancones, Puestos de Salud: Encuentro Pilares, Jahuay Negro, Pitayo, Huasimal, El Amor, Quebrada Seca, Chorreras de Pulgueras, La Tienda, Playas de Romero, Chilaco Pelados, La Peñita, Casas Quemadas, Pilares, Encuentros de Romeros, Blas, Pampa Larga, Guitarras; Centro de Salud Zapotillo, Sub-centro de Salud Paletillas, Puesto de Salud Progreso, Cazaderos, Mangahurco, Garza Real y Miraflores. - Micro Red Suyo – Macará: Centro de Salud Suyo, Jililí, Puesto de Salud de Puente Internacional, Chirinos, Cucuyas, Anchalay, La Tina, Santa Ana de Quiroz, Sarayuyo Surpampa, Hospital Binacional Macará, Sub-centro de Salud Sabiango, Victoria, Larama, Fronteras Saludables, Sozoranga, Tacamoros, Puesto de Salud Nueva Fátima, Susuco, Perpetuo Socorro, Curichanga. - De referencia: Hospital de Apoyo II Sullana y Hospital Isidro Ayora de Loja.

La estructura del sistema de referencia y contrareferencia tiene dos instancias, tal como se muestra en la tabla N° 9. En el documento técnico se encuentran los formatos del sistema de referencia y contrareferencia con sus respectivos instructivos (Revisar anexo 5). Además, se presenta el anexo en el cual se explica la capacidad resolutoria de los hospitales de referencia de segundo nivel: Sullana y Macará.

Los instrumentos de registro e información propuestos han sido:

- a. **Hoja de Referencia Binacional:** El formato debe usarse en todos los establecimientos de salud de la red binacional bajo la responsabilidad del técnico o profesional de la salud que requiera referir a un usuario (por emergencia o consulta externa) o solicitar exámenes de ayuda diagnóstica a un establecimiento.
- b. **Hoja de Contrareferencia Binacional:** El formato es único y debe ser utilizado en todos los establecimientos de la red de servicios de salud binacional bajo responsabilidad del profesional de salud que brinda el servicio al usuario.

LOGROS

- El Sistema de referencia y contrareferencia se elaboró a través de un proceso participativo con representantes de ambos países.
- Se definieron los conceptos de referencia y contrareferencia, las responsabilidades, los mecanismos de coordinación y los procesos de referencia y contrareferencia en el ámbito de la red binacional (origen, destino, criterios de selección de establecimientos, etc).
- Se elaboraron instrumentos básicos (formatos de referencia y contrareferencia binacional), los mismos que se validaron y estandarizaron para utilizar en la referencia y contrareferencia.
- El sistema de referencia y contrareferencia binacional y sus instrumentos fueron aprobados por los Ministerios de Salud de Perú y Ecuador.
- El sistema de referencia y contrareferencia definido, establece el flujo de relación entre los establecimientos de salud.

DIFICULTADES

- El sistema de referencia y contrareferencia no se llegó a implementar.
- No se han utilizado los instrumentos diseñados para el funcionamiento de sistema de referencia y contrareferencia, los usuarios no llegan con la respectiva documentación. Por lo tanto, este sistema no funciona formalmente en los países (Ecuador y Perú) y la normatividad no se cumple.

RECOMENDACIONES

- Es necesario actualizar el sistema de referencia y contrareferencia y luego operativizarlo, para lo cual debe tenerse en cuenta experiencias exitosas como Salud de la Mujer en Ayacucho (Perú) y el Seguro Social en Ecuador, entre otras.
- Brindar capacitación para que todos los trabajadores de salud de la red tengan claridad sobre los puntos de referencia. La referencia tiene que funcionar, como se ha planteado en el documento técnico, de un establecimiento de salud de menor complejidad hacia otro de mayor complejidad.
- Generar procesos amplios de sensibilización y capacitación de los trabajadores de la salud para fortalecer capacidades para brindar atención en salud con calidad y oportunidad y bajo los principios y características del MAISB.
- Obtener a través de la gestión política-administrativa y técnica las condiciones mínimas y normativas legales para que funcione el sistema de referencia y contrareferencia.
- Establecer mecanismos eficientes de comunicación entre los equipos de salud de los diferentes establecimientos de salud para que estén preparados para prestar el servicio en el momento oportuno.
- Se recomienda tener como referente el modelo de medicina familiar. Desde un enfoque de atención primaria en salud se debe brindar atención en salud a las familias. Por lo tanto, el equipo de salud es responsable y hace seguimiento a los integrantes de toda la familia y las referencias son acompañadas. El médico familiar (médico de base del sistema de salud) es el encargado de hacer la referencia

8 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y EL PLAN DE COMUNICACIÓN

8.1 PLANIFICACIÓN DE SALUD CON PARTICIPACIÓN COMUNITARIA



Taller de Sistematización del eje Loja-Piura Frontera Ecuador-Perú. Piura, Perú 27 al 29 Abril 2010

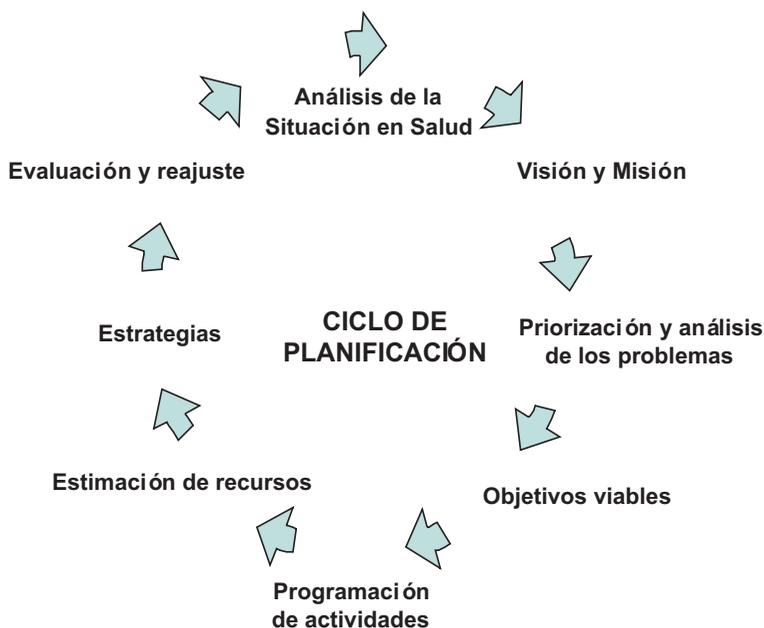
Para dar cumplimiento a las actividades planificadas: capacitación a líderes en planes locales de salud, y elaboración y ejecución de los planes con participación de la comunidad, en el marco del cuarto resultado esperado: Activa y permanente participación comunitaria en acciones de salud, en el 2007, los equipos avanzaron en la elaboración de los documentos ***“Propuesta para la Planificación de Salud con Participación Comunitaria en el Ámbito Binacional”*** y ***“Plan de Comunicación”***.

El propósito de la planificación de salud con participación comunitaria es garantizar el derecho a la salud mediante la participación activa de los actores sociales y la implementación de planes locales participativos para satisfacer las necesidades de atención de salud a través de un sistema de servicios efectivo y eficiente. Los objetivos específicos planteados han sido:

- Promover la participación comunitaria como aliados estratégicos de los servicios de salud binacionales.
- Fortalecer las competencias del personal de salud y agentes comunitarios en la elaboración de planes locales de salud.
- Facilitar la cogestión de las acciones de salud entre servicios de salud y comunidad.

La participación comunitaria se entendió como el proceso en virtud del cual los individuos y las familias **asumen responsabilidades** en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la vecindad en la que habitan para contribuir a su propio desarrollo socio-económico y comunitario. Se considera que la participación comunitaria es fundamental en todo el proceso de la atención de la salud y especialmente en la Atención Primaria de la Salud (APS). La comunidad puede participar a través de diferentes medios: formación de los agentes comunitarios de salud, creación de consejos locales de salud, comités de salud, entre otros. Como puede verse en el siguiente gráfico, para la realización de los planes locales de salud, se consideró un ciclo de planificación que parte del análisis participativo de la situación de la salud.

Gráfico N° 13: Ciclo de planificación de análisis participativo de la situación de salud



Fuente: Propuesta para la planificación de salud con participación comunitaria en el ámbito binacional. 2007.

Información detallada sobre cada una de las etapas puede verse en el documento anexo; *“Propuesta para la planificación de salud con participación comunitaria en el ámbito binacional”* (Ver Anexo 8).

En general, las personas entrevistadas (febrero de 2010) y que han participado en las reuniones virtuales y presenciales (febrero-abril de 2010) consideran que es necesario desarrollar diversas estrategias para fortalecer la participación comunitaria en salud, inicialmente, a través de procesos de investigación-acción-participativa para indagar por los significados sobre la participación comunitaria y las características de una participación comunitaria adecuada desde la perspectiva de los líderes comunitarios, los trabajadores de la salud y la población en general y a partir de los resultados encontrados desarrollar las estrategias de fortalecimiento de la participación comunitaria como los planes locales de salud, entre otras.

En el proceso de sistematización, se realizaron grupos focales y entrevistas individuales, las personas entrevistadas coinciden en que hubo actividades de capacitación a líderes pero hizo falta seguimiento.

“Se realizaron actividades con las autoridades; les dimos a conocer qué era el programa, también se hacían reuniones en las unidades de salud, y se hacían réplicas, muchas personas participaron y se analizó si el modelo de atención en salud respondía a las necesidades. Les pareció un excelente proyecto.

Después de las capacitaciones, ellos se acercaron al hospital preguntando por las otras actividades que se habían programado”.

Entrevista grupal hospital de Macará (febrero 25 de 2010).

En las entrevistas realizadas representantes del comité de usuarias y la red de mujeres expresaron que participaron en las capacitaciones. Sin embargo, tanto en Sullana, Suyo y Macará, quienes participaron en las entrevistas consideran que los niveles de participación de la comunidad son muy bajos.



Respecto a la actividad “*Construcción de la Casa Binacional de acogida a la mujer*”, se construyó la Casa Binacional de la Mujer y se equiparon tres Casas. Se definió que la capacitación en temáticas relacionadas con derechos y otros temas era responsabilidad de la Red de Mujeres. La Casa Binacional fue construida con el objetivo de dar acogida a las personas enfermas y sus familias que llegan de comunidades rurales de Perú y Ecuador y no tienen dónde alojarse. Se definió dar prioridad a las mujeres gestantes.

De acuerdo a los testimonios de Luz Novillo (representante de la Red de Mujeres), en la entrevista realizada el 25 de febrero de 2010, la Casa Binacional de acogida a la mujer, fue construida en Macará a través de un proceso que implicó capacitación y gestión de la Red de Mujeres.



“El trabajo de la red de mujeres estaba débil, no teníamos recursos. Con el Programa recibimos capacitación en la Ley de No Violencia, en la Ley de maternidad gratuita, en derechos y deberes, en temas de salud. Perdimos el miedo de reclamar los derechos y la medicina gratuita. También participamos en encuentros binacionales en Piura para intercambiar experiencias”.

“La Casa de la Mujer se logró construir gracias a la gestión. En el 2002 la Cooperación italiana hizo la donación. Se gestionó el terreno, y se tuvo que hacer una gran inversión para adaptarlo porque era inadecuado. Fue difícil la consecución del agua, del plano, en fin, hasta que se logró la construcción y equiparla. Actualmente, tiene una habitación con tres camas (de dos pisos) con colchones; una oficina con computadora con impresora, su mesa y archivador; una cocina (nevera, horno, licuadora); una sala con mesa grande y sillas. En la casa realizamos capacitaciones y reuniones, pero no se presta el servicio de albergue para mujeres víctimas de la violencia o para personas enfermas que vienen de otros lugares y que no tienen donde quedarse ni recursos para pagar alojamiento”.

Actualmente, en la Casa Binacional de la Mujer, se realizan actividades de capacitación, especialmente para mujeres de Macará. De acuerdo con los testimonios de las representantes de la Red de Mujeres, la casa podría cumplir con su objetivo (alojamiento para personas de escasos recursos que vienen de otros establecimientos de salud de la red binacional o mujeres víctimas de violencia) con una mejor gestión que posibilitará el cuidado y mantenimiento de la casa. En el año 2010, en Ecuador, se conformó el Comité de Prevención de Violencia, al que pertenece la Coordinadora de la Red de Mujeres, además se está trabajando en la prevención y atención de la mujer violentada y gestionando la reactivación de la casa.

LOGROS

- Elaboración participativa de una propuesta técnica que sirve de base para promover la participación comunitaria en salud.
- Tener una Casa Binacional de la Salud y lograr su equipamiento, así como el de tres oficinas para el grupo de mujeres con el apoyo de la Red de Mujeres.

DIFICULTADES

- No hubo continuidad en los procesos de capacitación a líderes comunitarios. De acuerdo a los testimonios, éstos habían asumido compromisos de réplica, que no realizaron debido a la falta de monitoreo y de capacitación continua.
- Se hizo la propuesta técnica de planificación participativa pero no se ejecutó. No se han desarrollado estrategias para promover la participación comunitaria.
- Insuficiente articulación de las Redes de Mujeres de ambos países.
- Los equipos entrevistados consideran que no se llegó a la ejecución de los planes de participación ni de comunicación.

RECOMENDACIONES

- Se debe tener en cuenta que las personas son sujetos de derechos de salud, así como de sus responsabilidades en la exigencia y materialización de dichos derechos. En este sentido es fundamental fortalecer las organizaciones sociales y de base comunitaria, así como los líderes existentes.
-
- Desarrollar una investigación participante cualitativa (investigación-acción participativa) para indagar por los significados sobre la participación comunitaria y las características de una participación comunitaria adecuada desde la perspectiva de los líderes comunitarios, trabajadores de la salud y población en general en los establecimientos de salud de Suyo y Hospital Binacional de Salud de Macará.
-
- Ampliar la conceptualización de participación comunitaria desde una perspectiva de derechos humanos y de acciones para el fortalecimiento de capacidades que permitan lograr niveles de participación de cogestión, autogestión e incidencia en políticas públicas y sociales por parte de las comunidades.
-
- Generar estrategias para la activación del trabajo y la participación con la Red de Mujeres de Perú y Ecuador, así como el fortalecimiento de otras organizaciones sociales y de base comunitaria y de sus líderes comunitarios.
-
- Fomentar la participación de diferentes actores sociales (autoridades locales, líderes, etc.) en salud y de otros sectores (educación, agricultura, desarrollo local, etc.).
-
- Realizar las gestiones pertinentes para que la Casa de la Mujer cumpla los objetivos para los cuales fue construida, acogida a personas de comunidades rurales de Perú y Ecuador que no tienen donde llegar, especialmente a mujeres gestantes. Si en la Casa de la Mujer se va a brindar acogida a las mujeres víctimas de la violencia es necesario contemplar otros servicios y aspectos relacionados con la seguridad de la mujer víctima de violencia a la que se le brinda acogida, por lo tanto, es fundamental el trabajo coordinado con las instancias responsables del tema.
-
- Retomar los líderes comunitarios de salud capacitados e integrales activamente en las actividades en salud y que sean la columna del Programa Socio-Sanitario.

8.2 EL PLAN DE COMUNICACIÓN EDUCATIVA

El equipo binacional de comunicación diseñó el Plan de Comunicación Educativa con el propósito de informar a la población, entes gubernamentales y no gubernamentales respecto al desarrollo del programa Socio-Sanitario en el ámbito binacional. Se considera que la comunicación, como eje transversal del programa, contribuye para que la población acceda a los saberes básicos para ejercer sus derechos y responsabilidades en salud. Sus objetivos son:

- Difundir las actividades del “Programa de Cooperación Socio- Sanitaria Ecuador – Perú”, en la perspectiva de que la población beneficiaria construya ciudadanía en un clima de paz y ejerza sus derechos y responsabilidades en salud.
- Informar a través de diferentes canales y productos comunicacionales el avance y logros del Proyecto Binacional de Salud.
- Impulsar el involucramiento de los prestadores de salud de la red binacional, en la difusión de las actividades del Programa de Cooperación Socio – Sanitaria Ecuador-Perú.
- Lograr que la población de la micro red conozca y se empodere de los beneficios que proporciona el Modelo de Atención Integral de Salud Binacional (MAISB).
- Crear Imagen Corporativa del Programa Socio Sanitario Ecuador – Perú.

Los públicos considerados han sido, entre otros, la población del ámbito de intervención, las autoridades políticas, el personal de salud, las instituciones públicas y privadas, los agentes comunitarios, los promotores de salud, los líderes de opinión y aliados estratégicos (medios de comunicación, Cooperación Italiana, gobiernos locales, Direcciones de Salud de Loja y Piura, instituciones de salud, Ministerio de Educación, organizaciones de base, Iglesia, etc.). Teniendo cada audiencia un rol específico en el logro de los objetivos planteados.

Para operativizar el plan de comunicación se preparó el Módulo de Comunicación Binacional que incluye cuatro etapas: diagnóstico, estrategia, intervención y evaluación. Este documento fue implementado en el taller de *Planificación de la Estrategia de Comunicación Educativa Binacional* (diciembre de 2006) dirigido al personal de los establecimientos de salud, cuyo producto inmediato fue que cada establecimiento de las dos micro redes realizaran un plan de comunicación educativa específico, basado en los problemas priorizados. Posteriormente, se hicieron reuniones con las comunidades, con quienes se priorizaron los problemas e hicieron materiales específicos de comunicación.

Dentro de las actividades realizadas se pueden destacar la producción de algunas piezas comunicacionales tales como: mapas de las dos micro redes que se exhiben en todos los establecimientos del área del proyecto binacional, y que ilustran el sistema de referencia y contrareferencia a fin de que la población pueda hacer un buen uso de los servicios de salud; cuñas radiales que informan los aspectos fundamentales del Modelo de Atención de Salud Binacional.

Por otro lado, se hizo un trabajo participativo en las comunidades y elaboraron mensajes radiales y materiales comunicacionales teniendo en cuenta los problemas prioritarios en las comunidades, los elementos del Programa Socio Sanitario, el Modelo de Atención Integral en Salud Binacional (MAISB), la organización de los servicios de salud en la red binacional, los avances en infraestructura, el desarrollo del talento humano a través de la capacitación, la cartera de prestaciones por niveles de atención. (Para mayor información revisar Anexo 7 “Plan de comunicación del Programa de Cooperación Socio-Sanitario en apoyo al Plan Binacional de Desarrollo de la Región fronteriza Ecuador-Perú”. 2007).

El slogan propuesto: **“Solidarios con la salud y la paz”**
y como mensaje secundario **¡La paz, construye!**

En general, las personas entrevistadas y que han participado en las reuniones virtuales entre febrero y abril de 2010, consideran que es necesario, a través de un trabajo conjunto entre los equipos binacionales, implementar el plan de comunicación desde una perspectiva de la comunicación y participación comunitaria y sus puntos claves que se orientan por la consideración de la salud como derecho y la comunicación como diálogo de saberes. En este sentido, recobra importancia las estrategias de comunicación interpersonales, sin descuidar las estrategias de comunicación masivas.

LOGROS

- Se cuenta con el Plan de Comunicación Binacional elaborado de manera participativa. Este plan se hizo con base en el análisis de las problemáticas comunes identificadas con autoridades locales del área de frontera en las micro redes, cumpliéndose las dos primeras etapas, a saber: diagnóstico de problemas de salud y comportamientos de la población; y la etapa de diseño de la estrategia.
- Se han establecido contactos para analizar las problemáticas comunes y definir el plan de comunicación con las autoridades locales del área de frontera en las micro redes.
- El plan de comunicación fue aprobado por el equipo binacional. Se realizaron varias actividades relacionadas con el plan de comunicación y se brindó capacitación en el tema.

DIFICULTADES

- De acuerdo a los resultados de entrevistas con líderes, se denota debilidad en el desarrollo del componente de comunicación, mismo que en la etapa de intervención únicamente llegó a cierto segmento de la audiencia secundaria, quedando sin cobertura la audiencia primaria; asimismo, no se cumplió la etapa de evaluación en sus diferentes momentos.
- En general, las personas entrevistadas y que han participado en las reuniones virtuales entre febrero y abril de 2010, consideran que es necesario, a través de un trabajo conjunto entre los equipos binacionales, implementar el plan de

comunicación desde una perspectiva de la comunicación y participación comunitaria y sus puntos claves que se orientan por la consideración de la salud como derecho y la comunicación como diálogo de saberes.

- En este sentido, recobra importancia las estrategias de comunicación interpersonales, sin descuidar las estrategias de comunicación masivas.
- Al no haberse implementado los diferentes componentes que implica el Modelo de Atención Integral en Salud Binacional, imposibilitó la ejecución del plan de comunicación; que debe estar en coherencia con la oferta que promueve.
- El componente comunitario aún no se ha implementado, es decir que las redes de mujeres estructuradas y redes de mujeres locales asuman su liderazgo.

RECOMENDACIONES

- Actualizar el plan de comunicación desde una perspectiva de la comunicación y participación comunitaria y sus puntos claves que se orientan por la consideración de la salud como derecho y la comunicación como diálogo de saberes. Sólo la participación comunitaria dará viabilidad social al plan de comunicación.
- Diseñar y aplicar una estrategia, validación, monitoreo y evaluación con diferentes instrumentos de las actividades del plan comunicacional, así como su enfoque y nivel de apropiación e incidencia en los comportamientos del público objetivo.
- Desarrollar con participación de la población estrategias de información, comunicación y educación (IEC) en vigilancia epidemiológica comunitaria y los diversos componentes del programa y el MAISB.
- Promover que la comunidad asuma responsabilidades en el cuidado de la salud, la propuesta plantea que las comunidades apliquen el ciclo de planificación, desde una metodología dinámica-participativa.
- Sumar actores como docentes, líderes y otros para el trabajo de comunicación.
- Incorporar en la planificación, ejecución y evaluación de actividades comunicacionales dirigidas a la comunidad, a actores sociales como docentes, dirigentes vecinales, redes de mujeres y otros líderes.
- Revisar el documento y promover su análisis y discusión con los equipos nacionales, provinciales, regionales, locales y la comunidad organizada de ambos países.
- Los contenidos del plan comunicacional deben ser concordantes y sincronizados con el avance de los servicios sanitarios que se ofertan y no generar expectativas que aún no se pueden cumplir.
- El plan debe ser segmentado y sincronizado con el avance del proyecto.
- Crear la Red Binacional de Mujeres con la participación de las redes de mujeres locales.
- Promover la viabilidad social del programa a través de la participación comunitaria.

9 ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA - COMITÉS BINACIONALES

Para darle funcionalidad al Programa Socio-Sanitario se conformaron los siguientes comités: directivo, de gestión o técnico. Dentro de los comités técnicos se formaron comisiones de capacitación, plan de comunicación y participación comunitaria, MAISB, red de servicios, comisión del sistema de referencias y contrareferencia, salas situacionales, entre otros. Estos comités fueron aprobados en el comité directivo.

En el Acuerdo Tripartito firmado en enero de 2004, se expresó la necesidad de conformar los comités, definiendo sus funciones de la siguiente manera:

1) El **Comité Directivo** se encuentra conformado por un representante de:

- La Embajada de Italia.
- El Plan Binacional – Capítulo Perú.
- El Plan Binacional – Capítulo Ecuador.
- La Cooperación Internacional de los Ministerios de Salud de Perú y Ecuador.

Las funciones de este comité son las siguientes: La organización de la agenda de reuniones binacionales se hizo en conjunto con la oficina de Cooperación Italiana en Loja.

- Aprobar los planes operativos anuales, los presupuestos e informes anuales presentados por los directores del comité de gestión del Programa Socio-Sanitario.
- Aprobar las modificaciones sustantivas que requiera el Programa Socio-Sanitario para su adecuada implementación.
- Realizar el monitoreo y seguimiento integral del Programa Socio-Sanitario.
- Otras funciones para garantizar la correcta ejecución del Programa Socio-Sanitario.
- Plan binacional según el Capítulo sede de las reuniones.
- Organización de la agenda de reuniones binacionales según el Capítulo sede de las reuniones.

2) El **Comité de Gestión** está conformado por representantes de:

- La Cooperación Italiana: Coordinador de Programa.
- La Dirección Provincial de Salud – Loja: Director Provincial.
- La Dirección Regional de Salud – Piura: Director Regional.

Las funciones de este comité son las siguientes:

- Preparar los planes operativos, presupuestos e informes anuales a ser presentados al comité directivo.
- Aprobar los resultados de los contratos y las actividades del Programa Socio-Sanitario y verificar el cumplimiento de los objetivos específicos y generales.

- La organización de la agenda de reuniones binacionales se hizo en conjunto con la oficina de Cooperación Italiana en Loja.

Para operativizar las actividades se conformó el Comité Técnico de Gestión integrado por técnicos de la DIRESA de Piura, Subregión Luciano Castillo, Hospital de Sullana, Dirección Provincial de Salud de Loja y Áreas 7 Macará y 13 Zapotillo.

Las funciones de este comité técnico de gestión son las siguientes:

- Realizar a través de un trabajo binacional estudios y documentos técnicos según el marco lógico del programa, plan operativo general (POG) y la programación semestral para solicitud de fondos.
- Sugerir cambios en la programación de actividades teniendo en cuenta los resultados del trabajo de campo.
- Programación, ejecución y monitoreo de actividades.
- Realizar seguimiento a las actividades, proponer modificaciones y sugerencias para mejorar el trabajo del programa al comité de gestión.
- Socializar los logros alcanzados y las problemáticas resultantes del trabajo de los integrantes de los comités y comisiones.
- La organización de la reunión binacional y preparación de la agenda es responsabilidad de la sede donde se realiza la reunión.

Además, se conformó el Comité Binacional de Salud Local que está integrado por los Ministerios de Salud del Perú y Ecuador, Gobiernos Locales, Institutos de educación, Municipalidades, Fuerzas armadas, ONGs, Rondas Campesinas, la Universidad Nacional de Loja, entre otros.

LOGROS

- Se conformó un comité binacional, y comités de gestión y técnico a través de los cuales se promovió un trabajo binacional. Conformación de la estructura técnico-administrativa que permitió la operativización del programa. La oficina del programa funcionó administrativamente con tres personas y las contrapartes binacionales.
- El Programa Socio Sanitario financiado por la Cooperación Italiana se anticipó a las nuevas directrices de Cooperación Internacional, poniendo en práctica la “Declaración de París” firmada en el año 2005, aplicando así los cinco principios fundamentales tales como: apropiación, alineación, armonización, gestión orientada a resultados y responsabilidad mutua. Se destaca el trabajo de manera horizontal con las instituciones nacionales para contribuir al fortalecimiento de capacidades de los países, optimización de los recursos y apropiación del programa.

- Se tiene en la oficina del programa todos los documentos, planes, informes de los comités, comisiones y archivos en general.
- El coordinador del programa ha sido un baluarte. Sus cualidades y características han sido: humanista, el respeto que tiene a los procesos propios de cada país, líder, persistente, organizado, armonizador, conciliador, buscador de consenso, facilitador, con “don de gente”, creador e innovador, con capacidad para fomentar el trabajo en equipo y para enseñar a hacer y construir camino juntos.

DIFICULTADES

- El cambio de directivas afectó el desarrollo del programa, especialmente cuando no había la inducción adecuada y no se valoraba el trabajo técnico adelantado o no se reconocía la importancia del trabajo binacional.
- Fue insuficiente el involucramiento y la responsabilidad a los equipos locales binacionales (micro redes).
- El comité directivo no logró suficiente apoyo político y no cumplió su rol, no se generó una comunicación oportuna.

RECOMENDACIONES

- Redefinir funciones de los comités para propiciar un mejor funcionamiento y cumplimiento de funciones.
- Sensibilizar e involucrar adecuadamente a los integrantes de los comités, tanto a nivel político como diplomático
- Los equipos locales deben estar empoderados con relación al programa binacional y desempeñar un rol protagónico. Es necesario desarrollar diferentes mecanismos para lograr mayor involucramiento de la comunidad.
- Definir claramente el rol de las Direcciones Regionales/Provinciales de Salud y la Sub-región de Salud de Sullana.

En el año 2006, los equipos binacionales, identificaron en los sistemas de salud, en el ámbito de frontera peruano y ecuatoriano, como limitante no contar con información relacionada con los recursos humanos, por lo que el Programa de Cooperación Socio-Sanitario dentro de su plan de generación de competencias consideró conveniente realizar un diagnóstico situacional cuyo objetivo era determinar las competencias conceptuales, procedimentales y actitudinales del personal de salud que trabaja en la red binacional, necesarias para la implementación del MAISB.

Respecto a resultados encontrados, en el 2006, se pueden destacar los siguientes:

De los 47 Establecimientos de Salud existentes en la Red Binacional de Servicios de Salud se realizó el diagnóstico en el 88,6% (39 Establecimientos de Salud). En Ecuador se llegó al 68,8% por dificultades en el acceso a cinco establecimientos de salud (época invernal), mientras que en Perú se cubrió el 100%. En relación al número de trabajadores de salud se encuestó al 90,6% (145) de los 160 trabajadores existentes en la zona, correspondiendo a Ecuador el 92,6%, y a Perú el 90,6%.

En el 2006, la edad promedio del trabajador de salud en la red binacional es de 35 años. Por países, en el Perú fue de 32,5 y en Ecuador de 37 años. La mayoría del personal encuestado corresponde al sexo femenino en ambos países con el 61,6%.

Con relación al lugar de nacimiento del personal, en Perú el 67,2% de los trabajadores han nacido fuera de la zona de frontera, a diferencia de Ecuador en donde el 51,8% del personal es oriundo de la zona de frontera.

El 87,2% es personal asistencial, de ellos en Perú el 31,0% y en Ecuador 56,7% son profesionales. En relación a la condición laboral, en el Perú el 82,8% es contratado y en Ecuador el 50,6%. Respecto a si los trabajadores radican en la zona, se encontró que en general la mayoría (59,4%) si viven en la zona, pero se aprecian diferencias sustanciales entre ambos países, puesto que en el caso de Perú el 26% de los trabajadores radican en la zona, frente a un 82,4% de trabajadores de Ecuador.

En el estudio se indagó por los conocimientos relacionados con el Modelo de Atención Integral de Salud: concepción de la salud; principios, características, componentes del modelo, entre otros.

En la línea de base realizada en el 2006, cerca de la mitad del personal de salud, se identifican con la definición de salud establecida en el MAISB: *“Es la capacidad y el*

¹¹ “Plan de generación de competencias en los recursos humanos de la red binacional de servicios de salud en el eje Piura-Loja, informe final de la fase I. Diagnóstico de línea de base”. **Dirección Provincial De Salud Loja:** Mirtha Briceño A; Wilma Arrobo L. **Dirección de Salud de Sullana:** Rodolfo Gonzáles; **Manuel Castro Alamo, Walter Vegas Olaya, María García Shimizu, Pablo Juárez Vilchez, Jesús Adrianzén.** Universidad de Parma: Eco. Marcello Cospite. Cooperación Italiana: Valentino Luzi. 2006.

derecho individual y colectivo de realización del potencial humano, que posibilita una forma de vivir autónoma y solidaria, consustancial a la cultura humana". En segundo lugar, se identifican con la clásica definición de la OPS/OMS: "Estado de completo bienestar físico, mental y social". Otros resultados pueden verse en "Plan de generación de competencias en los recursos humanos de la red binacional de servicios de salud en el eje Piura-Loja, informe final de la fase I. Diagnóstico de línea de base", que se encuentra anexo en el disco compacto.

En cuanto a los **niveles de atención**: *individual* (por ciclo de vida); *colectivo* (familia y comunidad) y *ambiental* (por riesgos), en Perú un 39,7% respondió correctamente al señalar cuáles eran todos los niveles de atención establecidos en el MAISB. En el Ecuador la mitad del personal (49%) destacó las prestaciones en el nivel ambiental por riesgos.

El 62,1% del personal de salud de la red no recibió capacitación respecto al Modelo de Atención Integral de Salud. Cerca de la mitad (49,0%) no recibió capacitación en **mejora de la calidad**, y el 77,2% no tuvo **capacitación alguna en el último año**.

En el diagnóstico realizado en el año 2006, se encontró que hay desconocimiento en cuanto al funcionamiento de los **sistemas de información y administrativos**. Respecto al **manejo administrativo y financiero** a nivel de las micro redes o áreas, se encontró que entre el 42,8% y el 50,3% desconocía del tema.

Se encontró que entre el 31,0% y el 37,2% desconocía cómo funcionaba el **sistema de referencia y contrareferencia** a nivel de las micro redes o áreas. En el estudio también se indagó por **provisión de medicamentos, monitoreo, supervisión y evaluación y normas y directivas**, en general hubo un desconocimiento en un 20,0% del personal. También se analizó el **compromiso** y la participación de las autoridades locales, la participación del equipo de salud con los homólogos de la frontera, el uso de prácticas de medicina tradicional, entre otros temas que pueden verse en el documento **Plan de generación de competencias** (Ver anexo 8).

El personal de salud de la red binacional ha manifestado sus expectativas frente al programa, así:

En cuanto al establecimiento de salud: aumentar coberturas en la atención; mejorar la calidad de atención; equipar unidades; implementar un sistema informático; mejorar la infraestructura; incrementar los recursos materiales; mejorar la integración entre los diferentes servicios de salud y mejorar el sistema de referencia y contrareferencia.

En lo laboral: ganar experiencias nuevas y elevar la satisfacción del usuario; ayudar a la gente del vecino país; mayor capacitación; que se hable un solo idioma y para ello se capacite; tener estabilidad laboral y contar con todos los instrumentos básicos para realizar su función.

Para la comunidad en la cual labora: que tengan atención de calidad y con calidez; mejorar los estilos de vida; brindar paquetes de desparasitación; brindar atención oportuna; disminuir la prevalencia de enfermedades; que no se den barreras ni divisiones territoriales y mejorar el saneamiento básico.

CONCLUSIONES

Dentro de las conclusiones del diagnóstico realizado en el 2006, se destacan los siguientes aspectos:

1) En el personal de salud que labora en los establecimientos de la red binacional de servicios de salud Piura-Loja, se encontró desconocimiento en temas relacionados con: los elementos teóricos-prácticos del Modelo de Atención Integral de Salud, en administración y gestión institucional, en el paquete prestacional de servicios, en los mecanismos de presupuesto y financiamiento, en los niveles de atención, las estrategias de coordinación y los sistemas de información y de referencia. Ésta situación se genera por la escasa capacitación y por las formas de abordaje de la misma.

2) Ante la expectativa generada a partir de la implementación del Programa de Cooperación Socio-Sanitario Binacional, que apunta al diseño y puesta en marcha de un Modelo de Atención Integral de Salud Binacional (MAISB), en el que se suman las perspectivas técnicas de ambos países para definir una red binacional de servicios de salud, se asume que mejorarán las competencias del personal de salud que labora en dicho ámbito para construir un modelo consensuado para satisfacer las necesidades operativas de la parte fronteriza de la red.

3) Es necesario que el plan de generación de competencias para el desarrollo de los recursos humanos de la red binacional de servicios de salud, contemple los cuatro componentes del MAISB, que ayude a superar las debilidades encontradas en esta línea de base y fortalezca la capacidad y calidad de atención en el ámbito fronterizo. Asimismo, es necesario que las actividades del plan contribuyan a fortalecer la integración del personal y los servicios de salud de ambos países.

LOGROS

- Se elaboró un plan de desarrollo de capacidades con un enfoque basado en competencias, habilidades y actitudes. que permitió incorporar al personal de salud en una visión integrada y binacional.
- Se capacitó a todo el personal en el modelo de atención integral binacional, sistema de redes, sistema de referencia y contrareferencia, planificación estratégica de la comunicación, ASIS Binacional.
- En relación con el componente educativo para el personal de salud de Ecuador, a partir del Programa Socio-Sanitario, se hizo el convenio entre la Universidad Nacional de Loja, la Universidad de Parma y la Dirección Provincial de Salud Loja, para fortalecer la capacidad resolutoria en la parte de especialidades, por lo que se planificaron capacitación en gineco-obstetricia, pediatría, imagenología, Rayos X y otros temas; de esta manera se lograron nuevos recursos (no eran fondos del Programa Socio-Sanitario).

Dentro de la capacitación se adquirió material didáctico para gineco-obstetricia y reanimación neonatal, etc. Se formó un centro de aprendizaje para estudiantes de pregrado. Participaron enfermeras, obstetrices, parteras. Se brindó capacitación y materiales para un “Parto Limpio”. El rol del coordinador del Programa Socio-Sanitario fue clave en la gestión (proceso de seis meses) con la Universidad de Parma. Se realizaron tesis de maestría por parte de estudiantes de las Universidad de Milán y Parma.

DIFICULTADES

- No se concretó la certificación de los recursos humanos capacitados pertenecientes a la red binacional.
- No se capacitó en la implementación del modelo de atención integral por etapas de vida, participación comunitaria, sistema de información, salas situacionales entre otros.
- En el tema de recursos humanos no se tiene un crecimiento vegetativo (creación de plazas nuevas), lo cual genera falta de personal y alta rotación del mismo.

RECOMENDACIONES

- Brindar capacitación específica al recurso humano. Actualmente el equipo peruano que no se vio beneficiado en la primera fase del proyecto, hará una propuesta a la Universidad de Parma durante el desarrollo de la 2da. Fase, para fortalecer la atención por redes en los servicios de salud, por ejemplo: Atención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).
- Lograr el aval de las Universidades Nacionales de Parma, Loja y Piura, respecto a los certificados que otorguen créditos académicos a las personas capacitadas en el Programa Socio-Sanitario.
- Fomentar que las Universidades (Piura, Loja, Parma) se incorporen en el Programa de Cooperación Socio-Sanitario y se promueva el intercambio entre las universidades. Si no es posible que las Universidades otorguen el aval para los certificados, se solicitará al ORAS-CONHU, Cooperación Italiana u otros organismos de competencia; realizar las gestiones y procedimientos para lograr la certificación del personal de salud de los ámbitos de frontera de la red binacional que participen en las capacitaciones.
- Entregar certificados de reconocimiento a los facilitadores que cumplieron con sus planes de capacitación y certificado a las personas que desarrollaron los seis módulos de capacitación.



Respecto a las salas situacionales de salud, se elaboró un documento que tiene como referente la publicación “Salas Situacionales de salud: Guía para su Implementación”. Peru/Minsa/04-009/Serie Análisis de Situación de Salud y Tendencias”. En este documento se plantean los principales antecedentes situacionales de salud y en la justificación se destaca el hecho que el uso adecuado de las salas situacionales de salud tiene como objetivo orientar la toma de decisiones, mediante el uso de información oportuna y de calidad, para lo cual es necesario que el personal de los establecimientos de la red binacional conozcan la metodología para su respectiva implementación. Una de las finalidades consiste en desarrollar capacidades regionales para la vigilancia y control de enfermedades, ejecutando estrategias de prevención y control de enfermedades priorizadas en la zona de frontera, la investigación operativa y epidemiológica del impacto de dichas estrategias, y la evaluación de su eficacia y eficiencia.

Entre los principales factores que justifican la implementación de las salas situacionales de salud en la red binacional, se encuentran:

- 1) Ausencia de un espacio articulador para el análisis de los problemas de salud y propuestas de solución, en la gestión sanitaria de la red binacional.
- 2) Insuficiente capacidad técnica para identificar y analizar la información que se requiere para la planificación y la gestión de los servicios de salud de la red binacional.
- 3) Deficiencias en la calidad, oportunidad y acceso de los sistemas de información, indispensables para el análisis de datos, en todos los niveles de la red binacional.

En este sentido, el objetivo general es: implementar salas situacionales de salud en los establecimientos de salud de la red binacional de salud correspondiente al corredor Piura – Loja, con la finalidad de elevar la capacidad de respuesta de gestión sanitaria a las exigencias y demandas de la sociedad, las cuales requieren de decisiones oportunas, adecuadas y eficaces para el abordaje integral de los problemas de salud-enfermedad.

En el documento sobre salas situacionales de salud se describen aspectos referidos a la vigilancia en salud pública y la sala situacional de salud; la gestión sanitaria y el concepto de sala situacional.

La sala situacional de salud se entiende como el espacio físico donde se desarrollan procesos dinámicos y flexibles de vigilancia en salud pública e incluye la vigilancia epidemiológica y el análisis de la situación de salud, y una instancia de apoyo al proceso de toma de decisiones en periodos normales y de emergencia.



Para ello, es necesario contar con un ambiente dotado con recursos tecnológicos y humanos; asignación de un espacio territorial, manejo de información selectiva, y una presentación visual que permita a las autoridades y personal de salud acompañar y evaluar los problemas de salud prevalentes y emergentes, así como los riesgos y la respuesta institucional (Matusy Montiel, 1995). Además, se describen las funciones de las salas situacionales (preventiva, reactiva, proactiva y propositiva) y los tipos de sala situacional de salud (temática, multitemática, integradora).

Se propone que el modelo de análisis de la sala situacional de salud debe regirse por las políticas y prioridades del Estado, los compromisos asumidos por el equipo de gestión, articular las aspiraciones, demandas y prioridades de la población frente a recursos disponibles, tomando en cuenta la cultura local e institucional.

Asimismo, el análisis de los problemas de salud deben identificar, medir e interpretar las brechas o desigualdades injustas y evitables en salud que obstaculicen el desarrollo de las comunidades, con la finalidad de encontrar estrategias conducentes a lograr la equidad, para lo cual es importante: utilizar un modelo de intervención para mejorar los resultados del sistema de salud; la aplicación del modelo por ciclos de vida y la aplicación del modelo de diagnóstico, evaluación e intervención de los sistemas de salud.



Los elementos básicos de la sala situacional de salud (sistemas de información, datos en salud, tipos de información, análisis de la información, información georeferenciada, capacitación, trabajo en equipo, integración funcional de las oficinas y legalidad reconocida) se encuentran ampliamente descritos en el documento Salas Situacionales de Salud¹². También se describe aspectos relacionados con los recursos para el funcionamiento e implementación de la sala situacional de salud.

Dentro de los principales logros identificados en el Programa Socio-Sanitario se destaca la capacitación a todo el personal en la metodología de análisis de situación en salud y el documento que describe la metodología para implementar las salas situacionales. En cuanto al principal Análisis de Situación de la Salud (ASIS) quedó en fase de implementación con avances de un 60%.

¹² "Implementación de la Sala Situacional de Salud Binacional". Documento preliminar. Programa de Cooperación Socio-Sanitario en apoyo al Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza. Peru-Ecuador, Eje Piura – Loja. Peru: Manuel Castro Alamo, Walter Vegas Olaya, Pablo Juárez Vilchez, María García Shimizu, Jesús Adrianzen. 2007.

PRINCIPALES LOGROS

- Se ha contribuido a fortalecer las capacidades del personal de salud del ámbito de intervención en la metodología de análisis de situación en salud.
- Se ha elaborado dos documentos de diagnóstico de la situación de salud de las micro redes Zapotillo-Lancones y Macará-Suyo.
- Se han construido indicadores binacionales.
- Se ha elaborado el documento (versión preliminar) que describe la metodología para implementar las salas situacionales en la red binacional.

PRINCIPALES DIFICULTADES

- No se inició la fase de implementación de las salas situacionales en el ámbito de intervención.
- Los documentos de diagnóstico de la situación de salud de las micro redes no se culminaron ni aprobaron.
- No se ha aprobado el documento técnico para la implementación de las salas situacionales de salud de la red binacional.

RECOMENDACIONES

- Aprobar el documento técnico para la implementación de las salas situacionales de salud de la red binacional
- Implementar las salas situacionales en los establecimientos del ámbito de intervención, así como la elaboración y actualización de una sala de situación virtual binacional.
- Promover el análisis situacional bianual en el eje de trabajo para prevenir los eventos en salud pública de interés internacional entre las partes en aplicación del RSI2005.
- Actualizar los documentos de diagnóstico de la situación de salud binacional de ambas micro redes de salud binacionales.
- Validar los indicadores binacionales de salud.
- Establecer el flujo de información en el ámbito de la red utilizando tecnologías que permitan disponer de información en línea.



LECCIONES APRENDIDAS

- La relación entre los equipos de salud binacionales se ha fortalecido y se han consolidado relaciones de amistad a partir de los encuentros de capacitación y reflexión sobre el abordaje de la salud desde un modelo integral y en una red binacional de salud.
- La metodología participativa y democrática de los talleres contribuyó a generar aprendizajes significativos y a fortalecer el compromiso de mejorar las relaciones y calidad humana.
- Fortalecimiento de capacidades del equipo técnico en el diseño, planificación y ejecución de actividades binacionales (módulos de capacitación, construcción de indicadores, etc.)

12 LOGROS GENERALES

- El contar con la participación de la Cooperación Italiana en el seguimiento del proyecto fue clave para dar cohesión. En los términos de los participantes: “Nos enlazó”.
- Los equipos (Piura-Loja) cuentan con experiencia de trabajo binacional y confianza en el trabajo en red para la garantía de los derechos de salud de la población que vive y/o se desplaza en las fronteras. El proceso ha contribuido a generar mejores relaciones interpersonales y mayor intercambio de información entre los equipos binacionales de salud. La metodología participativa utilizada es un aspecto clave en este logro.
- Los procesos de capacitación y socialización con el programa socio sanitario al personal de salud en ambos países se ha realizado en forma integrada.
- Con el proyecto se ha mejorado la capacidad operativa del sistema de radiocomunicación en el ámbito de la red binacional.
- Existe un equipo binacional (funcionarios que han integrado los comités directivos, de gestión y técnicos), con capacidades, experiencia y motivación de realizar la sistematización de la experiencia y reactivar el Programa Socio-Sanitario para la segunda fase.
- La articulación de los equipos directivos y de gestión permitió resolver la mayoría de los problemas y optimizar los procesos.
- Los equipos binacionales mejoraron sus competencias técnicas y experiencias compartidas durante el proceso de ejecución del programa socio sanitario.
- A partir de la elaboración de un diagnóstico de oferta y demanda, los equipos binacionales diseñaron mediante procesos de concertación y capacitación los siguientes documentos/instrumentos técnicos:



Modelo de Atención Integral de Salud Binacional - MAISB

Red binacional de servicios de salud Piura – Loja.

Sistema de referencia y contrareferencia.

Análisis de la situación de salud de redes o micro redes de salud.

Investigación de atenciones realizadas a usuarios peruanos y ecuatorianos en los establecimientos de la red binacional de servicios de salud.

Módulo de planificación estratégica de comunicación educativa binacional.
Plan de comunicación educativa de la red binacional.
Plan de generación de competencias para la red binacional.
Asimismo, se elaboraron los siguientes documentos técnicos que se encuentran en versión preliminar.
Propuesta técnica de participación comunitaria.
Propuesta técnica para la implementación de salas situacionales binacionales.
Propuesta técnica del sistema prestacional de servicios de salud binacional.

- Se mejoró la capacidad resolutive con infraestructura, equipamiento y capacitación del talento humano, lo que posibilitó optimizar la atención de salud.



13 DIFICULTADES GENERALES

- Los participantes en las entrevistas realizadas en febrero del 2010, consideraron que el MAISB y el sistema de referencia y contrareferencia no se han consolidado debido principalmente, a que no se cuenta con un marco legal que garantice la gratuidad de atención en salud para la población ecuatoriana en territorio peruano; decisiones que son de carácter político para lograr su funcionamiento. Con la interrupción inesperada del programa en el año 2007, se produjo hasta la fecha (Agosto 2010) una inercia en su ejecución.
- En el Perú el Seguro Integral de Salud (SIS) es para la población peruana que vive dentro del territorio. Actualmente, a pesar de diversas gestiones, aún no se cuenta con mecanismos legales para atender gratuitamente a los ciudadanos ecuatorianos en la zona de frontera por reciprocidad.
- Existe un desbalance de respuesta institucional en el lado peruano debido a diferentes modelos de prestación de servicios de salud. Durante el primer año de la implementación del programa, surgieron dificultades de organización, estructura y desarrollo del proceso.
- Hay inestabilidad laboral en el ámbito del programa, generando frecuentes rotaciones del personal debido a una inadecuada política de recursos humanos.
- Hubo dificultad en resolver problemas prioritarios planteados por el comité de gestión.
- El diseño está propuesto y técnicamente bien definido, sin embargo no funciona porque muchas veces la comunidad se va directamente a los hospitales colmando a estos establecimientos, especialmente al Hospital Binacional de Macará.

14 RECOMENDACIONES GENERALES

- La declaración de una “Zona Modelo de Integración Binacional en Salud” para el corredor binacional, se debe realizar en el marco de una decisión política de alto nivel para encontrar soluciones a la problemática del desequilibrio de atenciones en salud.
- El apoyo político de las autoridades es fundamental para el desarrollo de las actividades desde el nivel nacional, regional, provincial y local, lo que posibilita la permanencia de los equipos binacionales y conlleva a que se sostengan las actividades dando la relevancia que requiere el trabajo técnico y los avances en la construcción de principios en un modelo integral de salud.
- En la capacitación del talento humano del ámbito binacional, es necesario gestionar el aval académico de las universidades involucradas en el eje Piura – Loja y otras instituciones académicas relevantes nacionales e internacionales.
- Teniendo en cuenta las necesidades de atención de la salud de estas poblaciones y toda la inversión realizada, resulta de alta prioridad para ambos países generar las alternativas políticas, económicas y técnicas para lograr la continuidad y sostenibilidad del programa socio sanitario.
- Actualizar el diagnóstico situacional de la demanda y la oferta de los servicios de salud con participación activa de los actores sociales, comunidad y personal de salud. Documentar la participación de la población del distrito de Jililí en este corredor socio-sanitario, como parte del diagnóstico de la demanda.
- Diseñar e implementar estrategias orientadas a garantizar que las personas que ingresen a laborar en la red dispongan de capacidades y conocimientos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales y del programa
- Es importante nombrar desde el inicio un comité de gestión binacional ampliado, es decir con la activa participación de los equipos técnicos de las direcciones regionales/sub regionales de salud que dirija las actividades operativas del programa.
- Nombrar un comité técnico de salud binacional local en cada micro red de salud.
- Desarrollar diversas estrategias que permitan mejorar la comunicación binacional entre los establecimientos de salud del ámbito de intervención. Para efectos de optimizar la atención y prevención.
- Fomentar estrategias de información y comunicación hacia la comunidad sincronizada con los avances del programa “culturalmente” apropiadas y sostenibles.
- Debe implementarse un sistema de evaluación y monitoreo permanente.

- Implementar otros objetivos y componentes del Proyecto PASAFRO “Salud Puente para la Paz y la Integración” que se consideren pertinentes por el equipo binacional en la zona de frontera donde se desarrolla el Programa Socio-Sanitario.
- Diseñar e implementar un plan de emergencias y desastres binacional; tema relevante que no fue abordado durante la ejecución del programa en la primera fase.
- Se sugiere revisar los procedimientos actuales de uso de la casa binacional de la mujer.
- Es fundamental socializar los avances del proceso de sistematización en otros ámbitos de frontera, con autoridades ministeriales, diplomáticas y regionales, así como apoyar la gestión con el fin de que la voluntad política se concrete y se obtengan los recursos necesarios que posibiliten reactivar el Programa Socio-Sanitario y que este cumpla sus objetivos propuestos.
- Es importante gestionar la institucionalización de los objetivos del programa en las instancias regionales, sub regionales y locales a fin de darle la sostenibilidad y continuidad. Los comités de gestión binacional deben tener continuidad en el tiempo para garantizar los avances definidos en materia de salud pública binacional.
- El sistema de referencia y contrareferencia debe mantenerse operativo durante las 24 horas del día.
- El Hospital Binacional debe exigir los formatos correspondientes para que los usuarios puedan recibir la atención correspondiente (ordenar la atención).
- En las atenciones de emergencia, sólo atender la emergencia y referirlo a su nivel de atención.
- Es necesario el marco legal que permita el reconocimiento de la gestión (la atención sólo debe realizarse con los formatos correspondientes), esto que ya está normado debe ser conocido por la comunidad para que sepa cuándo y dónde le corresponde recibir su atención según los casos que se pueden presentar.
- Se debe de realizar un proceso de información y concientización de la comunidad y el personal de salud para que las acciones de referencia y contrareferencia se ejecuten debidamente (ámbitos de las redes, carteras de servicios, niveles de referencias, requisitos de atención en los establecimientos de salud).

15 LECCIONES APRENDIDAS

- El trabajo binacional orientado a garantizar los derechos en salud contribuye a los procesos de integración entre ambos países y a la consolidación de la paz en la zona de frontera, a borrar las líneas de frontera en salud y enlazar los dos sistemas de salud como si fuera uno solo.
- Un equipo de alto nivel técnico que da primacía a las relaciones humanas con calidad, es un aspecto fundamental en el desarrollo de un programa binacional con énfasis en la salud. Puede afirmarse que el proceso se ha desarrollado y fortalecido “con rostro humano”.
- Priorizar la calidad en las relaciones interpersonales mediante un vínculo ético, personal, y entre los equipos binacionales, por una salud humanista, dando prioridad a procesos participativos y democráticos genera mayor cohesión y compañerismo, aspectos fundamentales para unir esfuerzos en el logro de metas comunes.
- Un modelo de la salud sustentado en la integralidad entre los aspectos bio-psico-social e históricos, posibilita el abordaje de acciones interdisciplinarias e intersectoriales desde una perspectiva de atención primaria en salud. En este sentido, la participación de las comunidades en la toma de decisiones para mejorar las condiciones sociales, económicas y políticas que afectan la salud es un eje fundamental de los procesos y fortalecimiento del ejercicio de la ciudadanía y los derechos sociales en sistemas democráticos.
- El empoderamiento de los equipos de los establecimientos de salud y de los grupos de base comunitarios ha contribuido a los logros del programa.
- Los avances en el desarrollo del programa se han visto limitados por la débil participación de la comunidad porque aún no se implementó el objetivo propuesto para este fin.
- Los procesos pueden mejorar y funcionar si las personas entienden que estos procesos tienen valor. Tener conciencia del problema y entender que se puede cambiar y mejorar a partir del análisis de los logros, pero también de los errores y dificultades; y tomando de manera oportuna decisiones para mejorar. A partir de los aprendizajes obtenidos se pueden revertir aspectos negativos en beneficio del proyecto para que en otros contextos se aprenda de la experiencia desarrollada.
- Los equipos reconocen que el Programa Socio-Sanitario es una experiencia única y que puede llegar a ser un referente en América Latina, de allí su compromiso técnico y social con la propuesta de sistematización y la reactivación del proceso.

- Los participantes reconocen que en el Ecuador, a partir de los Acuerdos de Paz firmados entre ambos países, se han logrado importantes avances en el desarrollo de la frontera. Asimismo, se reconoce como avance significativo para la garantía del derecho a la salud, contar con un sistema de salud que garantiza la gratuidad de servicios de maternidad y atención a la infancia.



Taller "Socializando los Resultados del Programa de Cooperación Socio-Sanitario"
Loja - Piura, 8 y 9 de Julio de 2010

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Briceño M, Adrianzén J, Gonzales R. Informe de la investigación de atenciones realizadas a usuarios peruanos y ecuatorianos en los establecimientos de la red binacional de servicios de salud. Corredor socio-sanitario Piura-Loja. Reporte final. Proyecto de cooperación socio-sanitaria. Loja. Octubre 2007.
2. Proyecto de cooperación socio-sanitaria. Documento de proyecto en apoyo al plan de Paz binacional Perú – Ecuador. Loja 2004.
3. Gonzales M, Ordoñez M, Bermeo A, Jiménez V, Gonzales R, Rios M, et al. Modelo de atención integral de salud binacional. Proyecto de cooperación socio-sanitaria corredor Piura-Loja. Loja 2004
4. Samaniego N, Calle S, Briceño M, Molina J, Gonzales R, Vegas W, et al. Red binacional de servicios de Salud Piura-Loja. Proyecto de Cooperación Socio-Sanitario Piura – Loja. Informe final. Loja. Marzo 2007.
5. Coronel R, Calle S, Briceño M, Molina J, Gonzales R, Castro M, et al. Sistema de referencia y contrareferencia Binacional de salud. Proyecto de Cooperación Socio-Sanitario Piura – Loja. Informe final. Loja. Marzo 2007.
6. Vegas W, Castro M, Adrianzen J, García M, Juárez P, Luna H, et al. Propuesta para la planificación de salud con participación comunitaria en el ámbito binacional. Proyecto de Cooperación Socio-Sanitario Piura – Loja. Informe final. Loja. Marzo 2007.
7. Arrobo W, Portocarrero J. Plan de comunicación del proyecto de cooperación socio-sanitaria en apoyo al plan Binacional de desarrollo de la región fronteriza Ecuador-Perú. Consolidando la paz con desarrollo. La paz construye. Proyecto de cooperación socio-sanitaria corredor Piura-Loja Loja 2007.
8. Briceño M, Arrobo W, Gonzales R, Vegas W, García M, Adrianzén J, et al. Plan de generación de competencias en los recursos humanos de la red binacional de servicios de salud en el eje Piura-Loja. Informe final de la fase I de diagnóstico de línea de base. Proyecto de cooperación socio-sanitaria corredor Piura-Loja. Loja 2006.
9. Castro M, Vegas W, Juárez P, García M, Adrianzén J. Implementación de la sala situacional de salud binacional. Documento preliminar. Programa de Cooperación Socio-Sanitario en apoyo al Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza. Perú-Ecuador, Eje Piura – Loja. Loja 2007.

ANEXOS

Se incluyen en el Disco Compacto

1. Informe de la investigación de atenciones realizadas a usuarios peruanos y ecuatorianos en los establecimientos de la red binacional de servicios de salud.
2. Documento de Proyecto “Programa de Cooperación Socio-Sanitaria en apoyo al Plan Binacional de Paz”.
3. Modelo de Atención Integral de Salud Binacional.
4. Red Binacional de Servicios de Salud Piura – Loja. “Programa de Cooperación Socio-Sanitario en apoyo al Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza Perú-Ecuador, eje Piura – Loja”.
5. Sistema de Referencia y Contrareferencia Binacional de Salud.
6. Propuesta para la planificación de salud con participación comunitaria en el ámbito binacional.
7. Plan de comunicación del “Programa de Cooperación Socio-Sanitario en apoyo al Plan Binacional de Desarrollo de la Región fronteriza Ecuador-Perú” “Consolidando la paz con desarrollo. La paz construye”.
8. Plan de generación de competencias en los recursos humanos de la red binacional de servicios de salud en el eje Piura-Loja, informe final de la fase I. Diagnóstico de línea de base.
9. Implementación de la Sala Situacional de Salud Binacional.

Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue
Av. Paseo de la República 3832, 3er. Piso, San Isidro
Lima - Perú
Teléfonos: (51-1) 4409285; 4226862; 2210074; 6113700
Telefax: (51-1) 2222663
<http://www.orasconhu.org>