

PROGRAMA

VIVE SALUD

Estudio de Línea de Base
Moquegua

INFORME FINAL

Ciudad de Lima, 11 de junio del 2024

PROGRAMA VIVE SALUD: Estudio de línea de base. Moquegua

**Consortio de equipo consultor: Gestiona y Aprende SAC -
Gobierna Consultores SAC**

Contenido

PRESENTACIÓN	5
RESUMEN EJECUTIVO	7
1. OBJETIVO DE LA CONSULTORÍA	11
2. NATURALEZA DEL PROGRAMA VIVE SALUD	11
2.1. Aspectos generales de la población	11
2.2. Teoría de cambio del programa	14
3. METODOLOGÍA DE LA LÍNEA DE BASE DEL PROGRAMA VIVE SALUD	15
3.1. Teoría de cambio del programa	15
3.2. Del estudio de Línea de Base.....	15
3.2.1. Del sub-estudio cuantitativo de fuente primaria	16
3.2.2. Del sub-estudio cuantitativo de fuente secundaria	19
3.3. Procesamiento y control de Calidad	22
3.4. Selección y capacitación a encuestadores	22
3.4.1. Capacitaciones al equipo encuestador por parte de Gestiona y Aprende 22	
3.4.2. Inducción social pedida por Anglo American Quellaveco sobre el enfoque en la Población a Encuestar y Perspectiva	24
3.5. Prueba piloto.....	25
3.5.1. Ejecución del piloto.....	25
3.6. Control de calidad en trabajo de campo.....	25
4. TRABAJO DE CAMPO	27
4.1. Cronograma ejecutado del Plan de Trabajo de campo	28
4.2. Ejecución del Plan de Trabajo de campo	28
5. DE LAS LIMITACIONES DE LA PROPUESTA ALCANZADA, ESTABLECIDA EN EL MARCO DE LOS TERMINOS DE REFERENCIA	36
6. RESULTADOS DE LA LINEA DE BASE	37
6.1. A NIVEL DE INDICADORES DE RESULTADOS	38
6.1.1. Indicador de Resultado Final: Resultados de Prevalencia de Morbilidad 38	
6.1.2. Indicador de Resultados intermedios	40

6.1.2.1.	Indicador de resultados Intermedios: Conocimientos y Prácticas Saludables	41
6.1.2.2.	Indicador de resultados Intermedios:	45
6.2.	A NIVEL DE LOS INDICADORES DE COBERTURA	47
6.3.	A NIVEL DE LOS INDICADORES DE OFERTA	50
6.3.1.	Equipamiento de EES	52
6.3.2.	Presupuesto requerido por servicios ofrecidos en la cartera de servicios de la RIS	65
6.3.3.	Presupuesto de los GL en el marco del PP 0018“Enfermedades No Transmisibles	66
6.4.	A NIVEL DE LOS INDICADORES DE DEMANDA	67
6.4.1.	Características de los miembros del hogar	67
6.4.2.	Características de la vivienda y acceso a servicios básicos	71
6.4.3.	Economía del hogar	76
6.4.4.	Acceso a servicios de salud	80
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	86
8.	ANEXOS	90

PRESENTACIÓN

El Programa Vive Salud es una intervención coordinada entre el Gobierno Regional de Moquegua y la empresa Anglo American Quellaveco SA que fortalecerá la oferta del servicio de salud y la demanda de atención de 14 Establecimientos de Salud y 2 Centros de Salud Mental Comunitario, que serán referentes en la atención preventivo - promocional con enfoques innovadores para el bienestar de las familias del área de influencia social de Anglo American Quellaveco SA y que su primera fase de implementación abarca desde el 2024 hasta el 2026 y su segunda fase de implementación e institucionalización abarca del 2027 al 2029.

Care Perú ejecuta la Fase 0 del Programa Vive Salud que comprende una etapa piloto en las comunidades del Área de Influencia Social (AIS) del proyecto minero Quellaveco de Anglo American por un periodo de 6 meses en la región Moquegua. La implementación de este proyecto se realiza en coordinación con la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Moquegua y los establecimientos de salud local focalizados, de forma alineada a la política de salud pública del Ministerio de Salud (MINSA) con el propósito de fortalecer los servicios de salud pública locales.

El Proyecto Piloto del Programa “Vive Salud” busca fortalecer los servicios de salud pública locales en bienestar de la población, entre ellos el proceso de captación y formación de los agentes comunitarios de salud quienes ejercen un rol fundamental en la promoción de la salud y el cambio de hábitos por parte de la ciudadanía.

Tomando en cuenta estas premisas y consideraciones que sirven de marco contextual, es importante destacar que el presente producto tiene por objetivo **Realizar el estudio de la Línea de Base del Programa Vive Salud 2023-2030 que permita la medición inicial de los indicadores contemplados en el diseño del Programa Vive Salud relacionados a la salud comunitaria en el ámbito de influencia social de la Operación Quellaveco y del Programa Vive Salud**.

El desarrollo del estudio de línea de base del Programa Vive Salud, que se tiene previsto ejecutar entre el periodo 2024-2030, a partir de la articulación de esfuerzos entre la Dirección Regional de Salud de Moquegua con el apoyo técnico de Care Perú y el financiamiento de Anglo American Quellaveco (AAQ).

Este es el entregable final que forman parte integrante del servicio de consultoría adjudicado por el consorcio Gestiona y Aprende SAC y Gobierna Consultores SAC.

El departamento de Moquegua viene atravesando por cambios en su estructura demográfica expresada en una reducción de la base piramidal, con una población infantil, adolescente y juvenil que se ha reducido, mientras la población adulta y especialmente adulta mayor se ha incrementado en el periodo intercensal, expresando un conjunto de desafíos para el sistema de protección social que involucra aspectos sanitarios, educativos, productivos y el previsional. A su vez, en el campo de la salud pública supondrá a su vez el diseño de políticas regionales que coadyuven en fortalecer el primer nivel de atención, buscando mejores condiciones de equipamiento, insumos, personal y capacidad institucional para responder no sólo a las necesidades sino también al volumen de la demanda. Esta realidad sanitaria implica centrarse e impulsar nuevas normativas para hacer frente a esta realidad socio-epidemiológica.

Ahora bien, el estudio se ha organizado en siete capítulos que a continuación se describen brevemente.

En primer lugar, se presentan los objetivos específicos que forman parte integrante de los Términos de Referencia para la prestación del servicio, centrando la atención del entregable en la presentación de los resultados del estudio de línea de base y el diseño metodológico.

En segundo lugar, se desarrolla una aproximación a la naturaleza del programa, a partir de los documentos programáticos compartidos por CARE y que han servido de marco para el desarrollo del presente entregable.

En tercer lugar, se presenta la metodología, que considera como referencia los métodos de análisis cuantitativo (con fuente primaria y secundaria) contando con una sólida propuesta del diseño muestral, sin tener un grupo comparador apropiado, tomando como referencia el requerimiento de los contratistas para dimensionar el área de influencia del proyecto minero.

En cuarto lugar, se desarrolla el trabajo de campo que se ejecutó durante la segunda quincena del mes de abril, donde se recogió información primaria a través de la Encuesta a hogares y la Encuesta a EESS, información que sirvió de base para caracterizar los indicadores que forman parte integrante del presente estudio.

El quinto capítulo presenta las limitaciones metodológicas y de la propia operación en campo que ha enfrentado el estudio, restricciones que han impactado en mayor o menor grado en las fases del desarrollo de la investigación y que se ha logrado superar planteando estrategias de solución.

El sexto capítulo da cuenta de los resultados propios del estudio de Línea de Base del Programa Vive Salud, organizándose la información por indicadores de resultado, de cobertura, de oferta y de demanda. Toda esta información ha sido construida con la información primaria y secundaria que ha sido procesada y sistematizada para el presente estudio. A su vez, se formulan elementos de mejora en el diseño de algunos indicadores que forman parte de la línea de producción.

El séptimo y último capítulo desarrolla las conclusiones y recomendaciones del estudio, tomando como referencia el rigor metodológico empleado y mirando en perspectiva la futura implementación del Programa en el territorio.

Finalmente, se presentan los anexos metodológicos que despliegan y detallan el desarrollo del estudio.

RESUMEN EJECUTIVO

En el marco del Programa Vive Salud se ha planificado como parte de las acciones conducentes el desarrollo de un estudio de línea de base que a través de una licitación fue adjudicado al consorcio conformado por las empresas consultoras Gestiona y Aprende SAC y Gobierna Consultores SAC.

Como parte del desarrollo del servicio de consultoría, se ha elaborado el presente informe final que tiene como **objetivo principal** *Realizar el estudio de la Línea de Base del Programa Vive Salud 2023-2030 que permita la medición inicial de los indicadores contemplados en el diseño del Programa Vive Salud relacionados a la salud comunitaria en el ámbito de influencia social de la Operación Quellaveco y del Programa Vive Salud .*

Al respecto, la **metodología** empleada, cabe destacar que el estudio de línea de base incluye dos sub-estudios cuantitativos de fuente primaria de tipo transversal en una muestra bietápica de la población residente en el ámbito de influencia recopilando información a través de una Encuesta en 440 Hogares, así como en los 14 Establecimientos de Salud que forman parte del ámbito de influencia de AAQ. El segundo sub estudio es de fuente secundaria que recoge la producción de los establecimientos de salud en pacientes atendidos en los establecimientos de salud de los ámbitos seleccionados a través del HIS, con data recopilada del 2021, 2022 y 2023. El diseño metodológico y los instrumentos de recojo de información fueron validados con el equipo técnico de CARE Perú, AAQ y la DIRESA en su calidad de autoridad sanitaria en la región.

Sobre la base de estas consideraciones, el **trabajo de campo** ejecutado ha contado con la capacitación al equipo de encuestadores de tres días en el manejo del instrumento de recojo de información, así como el registro a través del sistema digital KOBOTOOLBOX. De igual forma, el equipo recibió la autorización por parte de la DIRESA Moquegua para el levantamiento de la información de campo en los 14 EE.SS. a través del Memorándum Múltiple N°422-2024-GRM-DIRESA/DEIESP suscrito por el director regional de Salud de Moquegua, Dr. Alfredo Rubén Centurión. Como parte del cierre formativo, el equipo de campo recibió una charla de indicción sobre gestión social por parte del representante de AAQ, de manera tal que se conozca con mayor detalle la naturaleza del campo y se reduzca cualquier riesgo ante diversos escenarios.

Como **resultados del estudio de línea de base se han calculado los valores de un total de 57 indicadores**, organizados a nivel de resultado final, resultados intermedios, de cobertura, oferta y demanda. Adicionalmente se incluyeron un set de indicadores relacionados con la demanda, toda vez que fue parte integrante del presente servicio. A continuación, se presentan los 16 principales indicadores:

Tabla 0. Relación de indicadores según categoría del estudio de Línea de Base del Programa Vive Salud

Categoría del indicador	Formulación del Indicador	Valor	Fuente
Resultado Final	Prevalencia de casos de morbilidad de: - Diabetes Mellitus - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, - Enfermedades hipertensivas.	(E10 - E14) Diabetes mellitus: 22% (F10 - F19) Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas: 21% (I10 - I15) Enfermedades hipertensivas: 36%	HIS - DIRESA Moquegua

Categoría del indicador	Formulación del Indicador	Valor	Fuente
Resultados Intermedios	Porcentaje de hogares con conocimientos adecuados de prácticas saludables prioritarias y realizan actividad física en el ámbito de influencia de AAQ	55%	Encuesta a Hogares
Resultados Intermedios	Porcentaje de usuarios satisfechos con las atenciones recibidas en uno o más servicios de salud en el último año. Porcentaje de hogares cuyos miembros en promedio reportan estar satisfechos con las atenciones recibidas en uno o más servicios de salud en el último año.	Usuarios: 15% Hogares: 15%	Encuesta a Hogares
Coberturas	Porcentaje de incremento de atenciones preventivas y de control de la salud de los usuarios de los servicios de salud del ámbito de influencia de AAQ (200-2-2)	Var (%) APP (Promedio 2021-2023) 46% Var (%) Prevención (Promedio 2021-2023) 37% Var (%) Control (Promedio 2021-2023) 1% Var (%) Prevención + Control (Promedio 2021-2023) 14%	HIS - DIRESA Moquegua
Coberturas	Número de citas realizadas en acciones preventivo-promocionales de la salud comunitaria ejecutadas por año en el ámbito de influencia.	2021: 27,513 2022: 60,864 2023: 43,365 Promedio: 43,914	HIS - DIRESA Moquegua
Coberturas	(110-1-1) Porcentaje de usuarios de los servicios de salud del ámbito del AIS de AAQ que participa en las acciones de promoción de la salud organizadas	N.D.	Informe de gestión del programa
Coberturas	(120-1-1) Porcentaje de ACS de las comunidades cobeturdadas por los servicios de salud del ámbito del AIS de AAQ que aprueba las capacitaciones ejecutadas	N.D.	Informe de gestión del programa
Coberturas	(210-1-1) Porcentaje de personal de los servicios de salud del ámbito de influencia de AAQ que aprueba las actividades de fortalecimiento de capacidades programadas.	N.D.	Informe de gestión del programa
Oferta	(220-1-1) Número de servicios de salud del ámbito de influencia de AAQ con brecha cobeturdada de equipos para las UPS: CRED, inmunizaciones, consulta médica (paquete ENT), salud mental y nutrición	Porcentaje de EESS: 0% Asumiendo que la brecha al año anterior fue del 100%.	Encuesta de EESS
Oferta	(212-1-1) Número de establecimientos de salud del ámbito del AIS de AAQ que reducen brecha de equipamiento en servicios priorizados (CRED, inmunizaciones, consulta médica (paquete ENT), salud mental y nutrición) por año.	0 Asumiendo que la brecha al año anterior fue del 100%.	Encuesta de EESS
Oferta	Porcentaje de UE de Salud de Moquegua que ejecutan al menos el 90% del PIM de los programas presupuestales.	80% al 2023	SIAF
Oferta	Porcentaje de Gobiernos Locales del ámbito de influencia de AAQ que asignaron recursos en el PP 0018 y ejecutaron al menos el 90% del PIM	0	SIAF
Demanda	Porcentaje de población masculina y femenina	<ul style="list-style-type: none"> Masculina: 46% Femenino: 54% 	IT01 Encuesta a Hogares
Demanda	Número/Porcentaje de población encuestada por grupo etario.	<ul style="list-style-type: none"> Primera Infancia (0-5 años): - M: 8% - F: 6% Niñez (6-11 años): 	IT01 Encuesta a Hogares

Categoría del indicador	Formulación del Indicador	Valor	Fuente
		<ul style="list-style-type: none"> - M: 7% - F: 6% • Adolescencia (12-17 años): <ul style="list-style-type: none"> - M: 7% - F: 6% • Jóvenes (18-29 años): <ul style="list-style-type: none"> - M: 19% - F: 21% • Adultos(as) jóvenes (30-44 años) <ul style="list-style-type: none"> - M: 25% - F: 23% • Adultos(as) <ul style="list-style-type: none"> - M: 19% - F: 24% • Adultos mayores (60 años a más) <ul style="list-style-type: none"> - M: 17% - F: 13% 	
Demanda	Porcentaje de población según estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero(a): 48% • Casado(a): 22% • Conviviente: 21% • Separado(a): 4% • Viudo(a): 3% • Divorciado(a): 2% 	IT01 Encuesta a Hogares
Demanda	Porcentaje de población según último grado de instrucción alcanzado	<ul style="list-style-type: none"> • Inicial completa: 0.63% • Inicial incompleta: 1.81% • Ninguno: 7.23% • Primaria completa: 5.06% • Primaria incompleta: 10.57% • Secundaria completa: 27.10% • Secundaria incompleta: 11.02% • Superior no universitaria completa (técnico o pedagógico): 14.36% • Superior no universitaria incompleta (técnico o pedagógico): 5.15% • Superior universitaria completa: 12.56% • Superior universitaria incompleta: 4.52% 	IT01 Encuesta a Hogares

Entre las Conclusiones al estudio de línea de base se destacan los siguientes:

- **En relación con la metodología,** se ha triangulado información primaria (proveniente de la encuesta a hogares y a EESS) así como información secundaria (de los registros administrativos del sector salud del HIS) que ha permitido calcular los indicadores del Programa Vive Salud.
- **En relación con la consolidación de la información y gestión del conocimiento,** el trabajo de campo y el procesamiento de la información ha permitido contar con información de calidad, robusta y actualizada sobre la situación sanitaria de la región Moquegua, así como de la información socioeconómica a nivel de sus hogares del ámbito de intervención.
- **En relación con el trabajo de campo y el tejido socio comunitario,** (i) Se concluye que el trabajo de campo ha contado con la fase preparatoria y formativa exigida por CARE Perú como la entidad contratante, como por AAQ en su calidad de entidad financiadora, validando la estrategia metodológica, los instrumentos y la operación de

campo con la máxima autoridad sanitaria regional que es la DIRESA de Moquegua; y (ii) El trabajo de campo ha permitido constatar la necesidad de implementar el Programa Vive Salud, a la vez que fortalecer el primer nivel de atención en una lógica preventiva promocional.

- **En relación con los resultados del estudio de línea de base,** (i) A nivel de resultado final se concluye que un dato de preocupación está asociado con el incremento de la morbilidad de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, (ii) A nivel de los indicadores intermedios se constata que el 55.5% de la muestra encuestada cuenta con conocimientos y prácticas saludables y el 15% se encuentra satisfecho con los servicios sanitarios recibidos y (iii) Se concluye que hay un total de nueve indicadores de carácter formativo que tienen que ver con el desarrollo de capacidades, tales como participación en talleres o asistencia técnica o capacitación.
- **En relación con los indicadores de la demanda,** (i) Se concluye que no existen barreras significativas para el acceso y accesibilidad de la población a los servicios de salud, sin embargo, si se aprecian limitaciones para la atención oportuna en los centros de salud evidenciados en los tiempos de espera; (ii) Se concluye que la población del área de influencia cuenta con seguros de salud mayoritariamente, en tanto solo el 2 % de consultados (personas que trabajan) no tenían un seguro asociado; (iii) Se concluye que la población de Moquegua es predominantemente urbana, de sexo femenino, perteneciente al grupo de edad “adultos jóvenes”, con estado civil soltero, y con estudios secundarios completos.

Finalmente, entre las Recomendaciones se han formulado lo siguiente:

- **En relación con la consolidación de la información y gestión del conocimiento,** (i) Se recomienda la implementación de tablero de control del proyecto de manera tal que sea posible el seguimiento al progreso de los indicadores de resultado y cobertura, así como a las tareas y actividades previstas en el marco del Programa, (ii) Se recomienda conformar un Equipo de Gestión de carácter multidisciplinario conformado por la DIRESA, CARE Perú, AAQ, representantes de los Gobiernos Locales y una instancia de concertación con la sociedad civil.
- **En relación con el tejido socio comunitario,** se recomienda estrechar un puente de articulación con los actores de sociedad civil para fortalecer la relación interinstitucional entre Estado, Sociedad Civil y el Sector Privado.
- **En relación con los resultados del estudio:** (i) Se recomienda en el marco del Programa Vive Salud, desarrollar estrategias y actividades que potencien los servicios de salud mental y la sensibilización de la población sobre el uso de sustancias psicoactivas y la prevención de violencia, (ii) Se recomienda una mejora generalizada de los equipos, infraestructura, habilidades técnicas y blandas del personal asistencial, (iii) Se recomienda sostener de forma periódica el seguimiento a la disponibilidad de medicamentos e insumos claves para la atención prioritaria a la primera infancia, adolescencia, gestantes, salud mental y enfermedades no transmisibles, (iii) Se recomienda analizar los cuellos de botella referidos con los tiempos de espera y la calidad de la atención que inciden directamente en el nivel de satisfacción de los usuarios de salud en el primer nivel de atención.

1. OBJETIVO DE LA CONSULTORÍA

Objetivo General

Realizar el estudio de la Línea de Base del Programa Vive Salud 2023-2030 que permita la medición inicial de los indicadores contemplados en el diseño del Programa Vive Salud relacionados a la salud comunitaria en el ámbito de influencia social de la Operación Quellaveco y del Programa Vive Salud.

Objetivos específicos

- Presentar un diseño metodológico detallado, conteniendo la planeación del servicio, metodología, el trabajo de campo efectuado, así como las técnicas e instrumentos de recojo de información.
- Estimar, revisar y analizar los valores iniciales de los indicadores del programa, a fin de garantizar su viabilidad, nivel en la cadena de resultados y fiabilidad de su medición.
- Establecer recomendaciones que orienten la implementación del proyecto y su posible ampliación a escala según las vías establecidas por CARE en la estrategia 2030.

2. NATURALEZA DEL PROGRAMA VIVE SALUD

Este acápite ha sido elaborado sobre la base de la información programática e institucional que ha compartido el equipo de CARE Perú, sobre el Programa Vive Salud.

2.1. Aspectos generales de la población

De acuerdo con la publicación “Estrategia integral de salud y bienestar de Quellaveco 2023 – 2030, Programa Vive Salud”, se ha considerado tres factores para delimitar la población objetivo: geográficos, sociodemográficos y epidemiológicos, que configuran la piedra angular sobre la cual se espera lograr impactos relevantes con la intervención. En relación con la **delimitación geográfica**, se ha organizado el territorio considerando el ámbito de influencia del proyecto, agrupados en dos áreas, categoría que facilitó el trabajo de campo y que servirá de referencia para delimitar a la población a considerar en la línea de base en Área I y Área II:

- **Área I**, que comprende a la población que reside en los centros poblados dentro del ámbito de intervención de cinco (05) establecimientos de salud. **[GRUPO 1]**. En tal sentido se considera a la población urbana y rural considerada como “población potencial” de los siguientes establecimientos de salud:

Tabla 1. Población ubicada en el Área I

Provincia	Distrito	EESS	Población
Mariscal Nieto	Samegua	P.S. Tumilaca	575
Mariscal Nieto	Moquegua	C.S. San Antonio	12,456
Mariscal Nieto	Torata	P.S. Yacango	1,478

Mariscal Nieto	Moquegua	C.S. Chen Chen	11,405
Mariscal Nieto	San Cristóbal	P.S. Puente Bello	582
Total			26,496

- **Área II**, que comprende a la población que reside en los centros poblados dentro del ámbito de intervención indirecta de nueve (09) establecimientos de salud. **[GRUPO 2]**. En tal sentido se considera a la población urbana y rural considerada como “población potencial” de los siguientes establecimientos de salud:

Tabla 2. Población ubicada en el Área de Influencia Indirecta

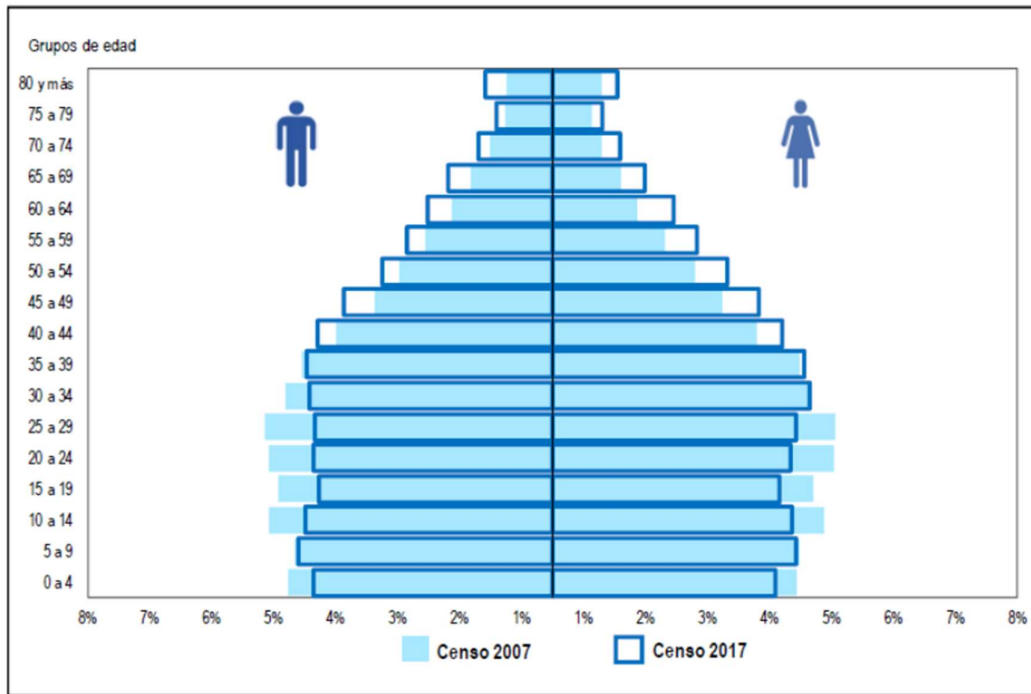
Provincia	Distrito	EESS	Población
Ilo	Ilo	C.S. Pampa Inalámbrica	22,241
Ilo	El Algarrobal	P.S. El Algarrobal	7,804
Mariscal Nieto	Carumas	P.S. Cambrune	1,510
Mariscal Nieto	Carumas	Centro de Salud Carumas	1,195
Mariscal Nieto	San Antonio	P.S. La Bodeguilla	656
Mariscal Nieto	Torata	C.S. Torata	2,633
Mariscal Nieto	Torata	P.S. Arondaya	327
Mariscal Nieto	Moquegua	C.S. Mariscal Nieto	2,288
Mariscal Nieto	Carumas	P.S. Pasto Grande	257
Total			38,911

En relación con la delimitación sociodemográfica y epidemiológica, el documento antes citado indica que se han considerado las prioridades de políticas nacionales, las políticas provenientes de AAQ y el Objetivos de Desarrollo Sostenible 3, Salud y Bienestar, que configuran en conjunto el marco de referencia.

En ese marco, el factor sociodemográfico es un punto clave que permite conocer las demandas de la población en salud, ya sea a través de estrategias preventivas o de tratamiento. De igual forma, su abordaje con indicadores formulados por ciclo de vida permite conocer de manera granular el detalle sobre el estado situacional de la población en una muestra representativa estratificada de dos ámbitos del departamento de Moquegua basados en criterio de establecimiento de salud localizados en el ámbito de influencia. Para ello se parte de lo

señalando por la contratante que no habrá diferencia alguna en la intervención del Programa Vive Salud en las mencionadas áreas (AID y AIS)¹.

Ilustración 1. Pirámide de grupo etario



Fuente: INEI – Censos nacionales de Población y Vivienda 2007 y 2017

El cambio demográfico que atraviesa el departamento de Moquegua expresa una reducción de la base piramidal, con una población infantil, adolescente y juvenil que se ha reducido, mientras la población adulta y especialmente adulta mayor se ha incrementado en el periodo intercensal, expresando un desafío para el sistema de salud en relación a las condiciones de equipamiento, insumos, personal y capacidad institucional para responder no sólo a las necesidades sino también al volumen de la demanda. Esta realidad sanitaria implica centrarse e impulsar nuevas normativas para hacer frente a esta realidad socio-epidemiológica.

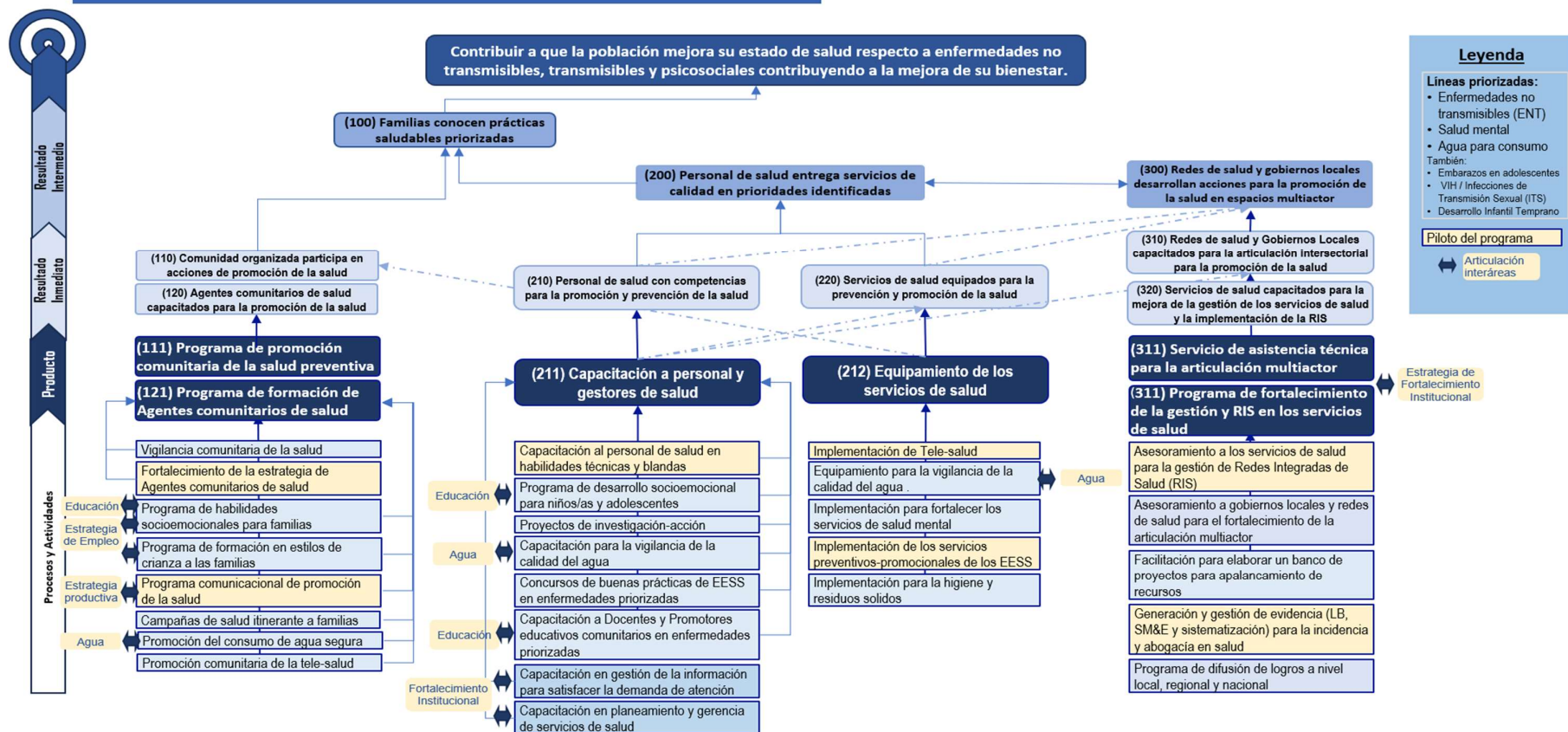
¹ Para efectos del presente informe, consideraremos AID y AIS como el ámbito de influencia de AAQ, toda vez que al inicio de la intervención del Programa Vive Salud no habrían diferencias entre una y otra población.

2.2. Teoría de cambio del programa

Se considera como parte de los insumos la teoría de cambio y especialmente la relación de resultados e indicadores que forman parte integrante, toda vez que constituye el marco programático para las operaciones del programa.

Ilustración 2: Teoría de cambio

Teoría de cambio del Programa Vive Salud 2023 - 2030



3. METODOLOGÍA DE LA LÍNEA DE BASE DEL PROGRAMA VIVE SALUD

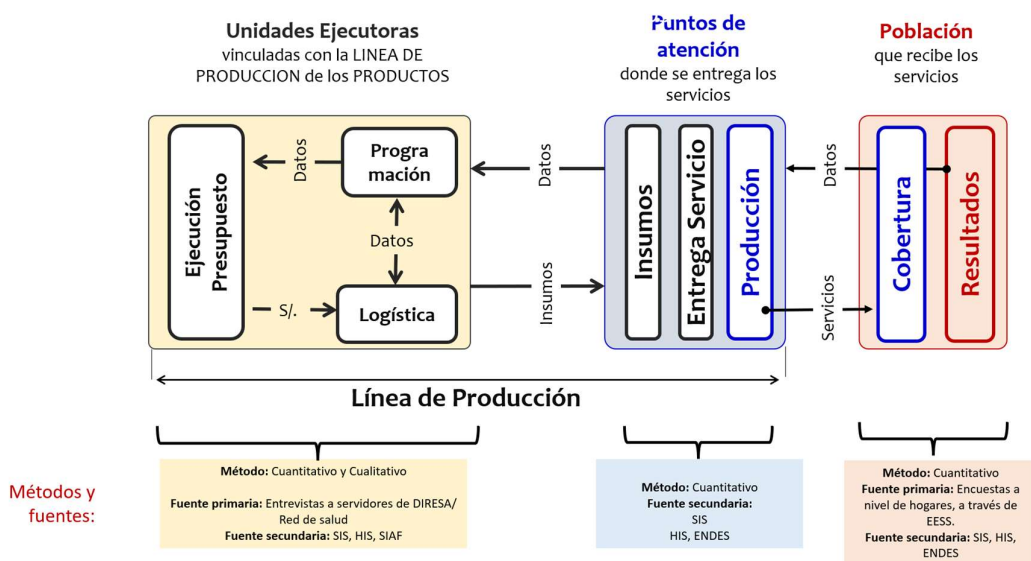
3.1. Teoría de cambio del programa

El presente estudio es transversal descriptivo para determinar los valores basales que forman parte integrante del Programa Vive Salud que se va a ejecutar en el departamento de Moquegua, especialmente en su ámbito de intervención.

- Sobre la población: la población objetivo corresponde a las personas, hombres y mujeres, en sus diversos grupos etarios que habitan en los ámbitos que forman parte la operación del programa, señalados como ámbito de influencia de AAQ.
- Sobre las unidades de estudio para la línea de base: las unidades de estudio lo conforman los establecimientos de salud, hogares seleccionados y sus miembros como parte de la muestra.²

El método que se ha propuesto para el desarrollo del estudio de línea de base busca garantizar que las unidades de análisis que forman parte de la línea de producción del servicio de salud sean identificadas y su información recogida por los diversas técnicas e instrumentos.

Ilustración 3: Unidades de análisis



Fuente:

3.2. Del estudio de Línea de Base

El estudio de línea de base incluye dos sub-estudios cuantitativos. El primero de fuente primaria de tipo transversal en una muestra bietápica de la población residente en el ámbito de

² Al respecto conviene precisar que el instrumento aplicado recogió información asociada a las características de las viviendas en las que habitaban dichos hogares.

influencia, y el segundo de fuente secundaria que recoge la producción de los establecimientos de salud en pacientes atendidos en los establecimientos de salud de los ámbitos seleccionados.

3.2.1. Del sub-estudio cuantitativo de fuente primaria

De acuerdo con la publicación “Estrategia integral de salud y bienestar de Quellaveco 2023 – 2030, Programa Vive Salud”, se ha considerado tres factores para delimitar la población objetivo: geográficos, sociodemográficos y epidemiológicos, que configuran la piedra angular sobre la cual se espera lograr impactos relevantes con la intervención.

De la población de estudio

En relación con la **delimitación de la población a considerar en la línea de base**, se ha organizado el territorio considerando el área I y área II, toda vez que son ámbitos similares a inicio de las operaciones del programa:

Tabla 1: Población ubicada en el Área de Influencia Directa

Provincia	Distrito	EESS	Población
Mariscal Nieto	Samegua	P.S. Tumilaca	575
Mariscal Nieto	Moquegua	C.S. San Antonio	12,456
Mariscal Nieto	Torata	P.S. Yacango	1,478
Mariscal Nieto	Moquegua	C.S. Chen Chen	11,405
Mariscal Nieto	San Cristobal	P.S. Puente Bello	582
Ilo	Ilo	C.S. Pampa Inalámbrica	22,241
Ilo	El Algarrobal	P.S. El Algarrobal	7,804
Mariscal Nieto	Carumas	P.S. Cambrune	1,510
Mariscal Nieto	Carumas	Centro de Salud Carumas	1,195
Mariscal Nieto	San Antonio	P.S. La Bodeguilla	656
Mariscal Nieto	Torata	C.S. Torata	2,633
Mariscal Nieto	Torata	P.S. Arondaya	327
Mariscal Nieto	Moquegua	C.S. Mariscal Nieto	2,288
Mariscal Nieto	Carumas	P.S. Pasto Grande	257
Total			65,407

Diseño muestral. Del tamaño muestral

Para la línea de base, se consideró pertinente considerar una muestra representativa para el grupo poblacional del ámbito de influencia de AAQ. En el proceso de definición del diseño muestral se considera una población infinita, un valor de p y q de 0.5; nivel de confianza de 95% y un error esperado de 5%. Al considerar $p=q=0.5$ permite establecer el máximo tamaño muestral posible para un estudio transversal.

Se considera un efecto de diseño igual a 1.1 considerando que se plantea realizar un muestreo bietápico. Por tanto, el tamaño muestral estimado es de 423 hogares.

Diseño muestral. Del muestreo propiamente dicho

En cada uno de los ámbitos, considerando un muestreo bietápico, inicialmente se seleccionó 30%-40% de los distritos o centros poblados al interior de cada uno de los grupos de manera aleatoria ponderada. Una vez seleccionados los distritos o centros poblados, en función a la disponibilidad de data a ser proporcionada por la entidad contratante, se tomó una muestra estratificada auto ponderada en función a las estadísticas de población del INEI. Seguidamente, se procedió a seleccionar aleatoriamente a las viviendas a ser incluidas en el estudio de línea de base.

Cabe destacar que, dado que la encuesta se aplicó a hogares, en cada vivienda se seleccionó un hogar. Para ello, basados en la definición de hogar del INEI, en viviendas en las que habite más de un hogar, se encuestó al hogar de la persona que abrió la puerta; recogiendo la información de todos los integrantes del hogar seleccionado.

En este muestreo bietápico se incluyeron aleatoriamente usuarios y no usuarios de los servicios del primer nivel de atención.

De las variables a ser colectadas y su Operacionalización

Las variables o dimensiones consideradas en este sub-estudio incluyen aspectos sociodemográficos y epidemiológicos relacionados con la teoría de cambio establecida en el Programa Vive Salud, que luego de una validación con los actores claves, se enmarcaron en la encuesta. Se tomó como referencia el modelo de encuesta de la ENAHO para profundizar en las dimensiones de análisis propuestos en los TDR:

- Demografía
- Economía del hogar
- Acceso a servicios básicos
- Acceso a servicios de salud
- Conocimientos y adopción de prácticas saludables
- Existencia de enfermedades crónicas no transmisibles
- Condiciones de salud mental
- Cobertura de atención preventiva y promocional en relación con las prestaciones de salud de la primera infancia, de salud mental y de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles.

Este primer análisis se tomó en cuenta como base para el desarrollo de la propuesta metodológica y/o herramientas de recojo del valor de los indicadores para el proyecto.

Tabla 2: Relación de indicadores por tipo de resultados

Tipo de resultado	Indicador	Método de cálculo
Resultado final (*)	000-1-1 Porcentaje de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) relacionados con enfermedades no transmisibles y psicosociales reducidos en la población del AID-AII de AAQ ³ .	= (AVISA iniciales - AVISA actuales) / (AVISA iniciales) x 100
Resultados intermedios	(100-1-1) Porcentaje de usuarios de los servicios de salud del ámbito del AID-AII de AAQ que reportan conocimiento de prácticas saludables priorizadas: Recolección y almacenamiento de agua, Almacenamiento y disposición de residuos sólidos y alimentación saludable y actividad física*	= (Número de familias que reportan conocimiento de prácticas saludables prioritarias entre el ámbito de los 14 establecimientos de salud del AID-AII de AAQ) / (total de familias del ámbito)]*100
Resultados intermedios	(200-2-1) Porcentaje de usuarios de los servicios de salud del ámbito del AID-AII de AAQ que reportaron estar satisfechos o muy satisfechos con la última atención recibida del servicio de salud de Paquete a la primera infancia (CRED, vacunas y tamizaje/suplementación hierro), Prevención de enfermedades cardiovasculares (control adulto, antropometría, tamizaje glicemia, tamizaje HTA, referencia +) y salud mental (tamizaje de depresión / ansiedad, referencia +)	= se divide el número de usuarios satisfechos entre el número total de usuarios encuestados o que proporcionaron retroalimentación y se multiplica por 100 para obtener el porcentaje.
Resultados intermedios	(200-2-2) Porcentaje de incremento de atenciones preventivas y de control de la salud de los usuarios de los servicios de salud del ámbito del AID-AII de AAQ	= se divide el número de atenciones preventivas y de control en el período actual - Número de atenciones en el período anterior entre el número total de atenciones en el período anterior y se multiplica por 100 para obtener el porcentaje.
Resultados intermedios	(300-1-1) Número de acciones de promoción de la salud comunitaria ejecutadas por año con la participación de al menos 2 organizaciones locales.	= Número total de acciones de promoción de la salud comunitaria ejecutadas por año que involucran la participación de al menos dos organizaciones locales/total de acciones x 100.
Resultados inmediatos	(110-1-1) Porcentaje de usuarios de los servicios de salud del ámbito del AID-AII de AAQ que participa en las acciones de promoción de la salud organizadas	% de población que participa en las acciones de promoción de la salud organizadas = N° de Población que asiste a las acciones de promoción de la salud / total de la población objetivo de la comunidadx100.
Resultados inmediatos	(120-1-1) Porcentaje de ACS de las comunidades cobiertas por los servicios de salud del ámbito	% de ACS que aprueba las capacitaciones = (Número de

³ Con relación a este indicador se analizó la viabilidad de su generación, análisis e interpretación, y se coordinó con funcionarios del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - CDC Perú – quienes recomendaron su no utilización ante la no estandarización del proceso de cálculo y no poder contar con estimaciones válidas y confiables subregionales.

Tipo de resultado	Indicador	Método de cálculo
	del AID-AII de AAQ que aprueba las capacitaciones ejecutadas	ACS que aprueba las capacitaciones) / (Número total de ACS capacitados) x 100
Resultados inmediatos	(210-1-1) Porcentaje de personal de los servicios de salud del ámbito del AID-AII de AAQ que aprueba las actividades de fortalecimiento de capacidades programadas.	% de personal de salud que aprueba las actividades de capacitación = (Número de personal de salud que aprueba las actividades de capacitación) / (Número total de personal de salud capacitado) Se mide semestralmente, al culminar cada etapa de capacitación. Para su posterior cálculo, se establecerán criterios para definir "personal de salud aprobado" alineado a lo normado por el MINSA
Resultados inmediatos	(220-1-1) Número de servicios de salud del ámbito del AID-AII de AAQ con brecha coberturada de equipos para las UPS: CRED, inmunizaciones, consulta médica (paquete ENT), salud mental y nutrición	% de cierre de brecha de equipamiento = (% de brecha de equipamiento cerrada) / (% de brecha de equipamiento total) x 100
Resultados inmediatos	(310-1-1) Número de Servicios de salud del ámbito del AID-AII de AAQ y Gobiernos Locales capacitados y cuenta con herramientas de incidencia local.	= Número de servicios de salud y gobiernos locales que han recibido capacitación y cuentan con herramientas para la incidencia local y la articulación intersectorial/ de servicios de salud y gobiernos locales del ámbito x 100
Resultados inmediatos	(320-1-1) Número de equipos técnicos de los servicios de salud del ámbito del AID-AII de AAQ capacitados en la mejora de la gestión de los servicios e implementación de la RIS.	= Número de equipos técnicos de los servicios de salud que han sido capacitados en la mejora de la gestión de los servicios y la implementación de la RIS / total de equipos técnicos del ámbito x 100
Resultados inmediatos	Porcentaje de incremento de los ingresos en los hogares de los ámbitos de estudio	= (Sumatoria de ingresos en año 2 – Sumatoria de ingresos en año 1) * 100 / Sumatoria de ingresos año 1

(*) Se evaluó la viabilidad del indicador en su metodología de cálculo y se concordó que la medición se perfilaría hacia el segundo nivel centrado en la estimación de morbilidades. El detalle y mayor reflexión se encuentra en el capítulo de Resultados.

3.2.2. Del sub-estudio cuantitativo de fuente secundaria

Para este sub-estudio se realizó un análisis de estadísticas de salud, morbilidad y población, coordinadas estrechamente con la Oficina de Estadística de la DIRESA Moquegua y además se recopiló la información del Instituto Nacional de Estadística e informática- INEI.

Complementariamente, se utilizó información proveniente del Sistema Integrado de Administración Financiera - SIAF, proveniente del Ministerio de Economía y Finanzas -MEF.

Es importante también destacar que el procesamiento de información de la información en su mayoría se realizó en Python realizando el cálculo de medidas (variables escalares) de acuerdo a las fichas técnicas de indicadores y manuales vigentes del HIS.

Por otro lado, también se utilizaron otros métodos auxiliares como cruces de Bases de datos, en tanto se requiere para el cálculo de variables específicas.

Tabla 3: Relación de indicadores por fuente secundaria

Indicador	Medio de Verificación	Instrumento	Público al que se le aplica el instrumento
(100-1-2) % de familias que reportan conocimiento de prácticas saludables priorizadas: - recolección y almacenamiento de agua - almacenamiento y disposición de residuos sólidos - alimentación saludable y actividad física	Encuesta de Hogares	Encuesta	Población beneficiaria (Familias)
(110-1-1) % de población que participa en acciones organizadas de promoción de la salud	Estudio de Línea de Base	Encuesta	Población beneficiaria (Familias)
(120-1-1) % de ACS que aprueba la formación realizada	No aplica	No aplica	No aplica
(200-2-2) % de cobertura de la atención preventiva y seguimiento de la salud de los usuarios de servicios: - paquete primera infancia (cred, vacunas y tamizaje/suplementación hierro) - prevención de enfermedades cardiovasculares (control adulto, antropometría, tamizaje glicemia, tamizaje HTA, referencia +) salud mental (tamizaje depresión/ansiedad y referencia)	HIS - MINSA	Reporte de coberturas prestacionales (Base de datos analítica infante y gestante) Sintaxis ad hoc para calcular indicadores de adolescentes, adultos y salud mental (Además, se aplicaron encuestas en establecimientos priorizados)	Menores de 12 meses de edad Gestantes Adolescentes (mayores de 12 años) y adultos Personas con trastornos mentales
(210-1-1) % de personal de salud que aprueba las actividades programadas de fortalecimiento de capacidades.	No aplica	No aplica	No aplica

Indicador	Medio de Verificación	Instrumento	Público al que se le aplica el instrumento
(220-1-1) % de servicios de salud equipados paralas UPS: - CRED - inmunizaciones - consulta médica (paquete ENT) - salud mental nutrición	Encuesta de EESS	Reporte de disponibilidad de kits básicos (Base de datos analítica patri_sismed)	Establecimiento de salud
(300-1-1) % de cierre de brechas en la cartera de servicios de salud (personal, servicios, insumos, etc.): infantes, prevención de enfermedades cardiovasculares y salud mental	Encuesta de EESS	Encuesta	Establecimiento de salud
(310-1-1) % de presupuesto requerido por los servicios ofrecidos en la cartera de servicios de la RIS que es coberturado por fuentes del Estado.	Sistema Integrad de Administración Financiera - SIAF	Reporte de análisis presupuestal	DIRESA-Unidad Ejecutora
(320-1-1) % de presupuesto requerido por los gobiernos locales para acciones en el marco del PPO018 que es coberturado por fuentes del Estado.	Sistema Integrad de Administración Financiera - SIAF	Reporte de análisis presupuestal	DIRESA-Unidad Ejecutora

Las fuentes de datos consultadas para este estudio fueron:

- Base de datos del HIS:
 - [HIS 2021](#)
 - [HIS 2022](#)
 - [HIS 2023](#)
- Reportes de Morbilidad de DIRESA:
 - [MORBI 2020 MOQ.xlsx](#)
 - [MORBI 2021 MOQ.xlsx](#)
 - [MORBILIDAD 2023 MOQ.xlsx](#)
- Población distrital proyectada INEI: [Sistema de Información Distrital para la Gestión Pública \(inei.gob.pe\)](#)
- Fichas técnicas del FED: [Fichas Tecnicas.zip](#)

La información proveniente del HIS y de los reportes de la DIRESA, fueron solicitadas oportunamente a Care a fin de que realice las coordinaciones respectivas, en este marco se realizaron reuniones de trabajo en las que se identificaron ajustes a las bases de datos facilitadas, así como de requerimientos adicionales que permitían identificar y decodificar las bases de datos para su procesamiento.

A continuación, se presentan las comunicaciones formales entabladas al respecto de dicho proceso.

3.3. Procesamiento y control de Calidad

Para el procesamiento de la información del sub estudio de información primaria fue realizado en dos plataformas: la primera fue Python, utilizada para la generación de tablas de contingencia, generación de variables adicionales por cada encuesta, cálculo de estadísticos, entre otros complementarios; mientras que la segunda fue Excel y estuvo enfocado al procesamiento de información de la encuesta de EESS, en tanto corresponde a una base de datos pequeña.

Por otro lado, el procesamiento de información del sub estudio de fuente secundaria se realizó principalmente en Python, realizando el cálculo de medidas (variables escalares) de acuerdo a las fichas técnicas de indicadores y manuales vigentes del HIS. Por otro lado, también se utilizaron otros métodos auxiliares como cruces de Bases de datos, en tanto se requirió para el cálculo de variables específicas.

De igual forma, es importante destacar el uso de variables proxy para la obtención de los resultados de algunos indicadores, principalmente por limitaciones para el acceso a bases de datos como las del Padrón Nominal y CNV.

3.4. Selección y capacitación a encuestadores

Utilizando los contactos proporcionados por la contratante se invitó a los potenciales entrevistadores a una sesión de capacitación en el uso de los instrumentos para la realización del sub-estudio cuantitativo de fuente primaria.

Perfil de encuestadores

- Egresados de ciencias de la salud (profesional o técnico), ciencias sociales, educación, ciencias de la comunicación o comunicación social, trabajo social.
- Con experiencia en levantamiento de información por medio de encuestas, especialmente la ENAHO o la ENDES.
- Experiencia específica de haber participado en al menos un estudio similar.

Sobre la inducción a los encuestadores de campo

Se brindó una capacitación virtual a los encuestadores que considera los siguientes temas:

- Presentación general de la naturaleza del programa VICE SALUD, sus objetivos y los indicadores que fueron objeto de medición.
- Presentación de la encuesta, reconociendo todos los campos de análisis que el instrumento buscó desarrollar.
- Presentación práctica de la encuesta digital en línea del sistema KOBOTOOLBOX.
- Aplicación práctica de la encuesta.

3.4.1. Capacitaciones al equipo encuestador por parte de Gestiona y Aprende

El proceso de inducción al equipo de encuestadores se llevó a cabo durante tres días, en lugar del día (01) previsto como se presentó en la planificación del trabajo de campo, debido al requerimiento formativo para el equipo encuestador con el objetivo de que puedan recibir una Inducción Social por parte del área de Relaciones Comunitarias de Anglo American Quellaveco. Motivo que significó una reprogramación de las actividades correspondientes al recojo de

información puesto que el equipo se encontraba listo para dar inicio al trabajo de campo. Con esto, se introduce la dimensión formativa a través de las capacitaciones e inducción social hasta el 24 de abril, fecha en la que se estableció la Inducción Social por parte de Anglo American Quellaveco.

El objetivo consistía en prepararlos de manera integral para la realización de las encuestas, sobre el conocimiento de la realidad de la población de Moquegua. A continuación, se describe detalladamente la reorganización de cada día de las capacitaciones e inducción social:

Tabla 6: Programación de la Capacitación al personal de campo

Fecha	Actividades	Equipo GyA / Gobierno	Nº Equipo Encuestadores
22/04/2024	Inducción al equipo de campo por GYA	Supervisor CA y Especialista GM	8
23/04/2024	Inducción al equipo de campo por CARE	Supervisor CA y Especialista GM	8
24/04/2024	Inducción al equipo de campo por AAQ	Supervisor CA y Especialista GM	10

1. Primer Día (21/04/2024): Capacitación por parte de Gya sobre el Aplicativo Kobotoolbox y Kobocollect

En el primer día de las capacitaciones, en función a los datos entregados al equipo de GyA se crearon las cuentas en el programa Kobotoolbox y verificar que estén funcionando sin ningún problema correspondiente al inicio de sesión y a la instalación del aplicativo Kobocollect. Además, se proporcionó una explicación detallada sobre el funcionamiento del programa y el aplicativo Kobotoolbox y kobocollect, el cual se utilizaría para la recolección de datos. Se mostraron las diferentes funcionalidades de la herramienta, cómo ingresar y registrar la información, las lógicas del cuestionario en el aplicativo, así como la importancia de seguir las instrucciones y protocolos establecidos en el manual del encuestador.

2. Segundo Día (22/04/2024): Capacitación en base a una dinámica de "Juego de Roles"

En el segundo día, se continuó la profundización con la dinámica conocida como juego de roles para reforzar los conocimientos adquiridos y brindar una oportunidad para practicar la aplicación de la encuesta en un entorno controlado y asimilando casos de la realidad. Se enfatizó la importancia de la precisión y la ética en la recolección de datos.

Además, se realizaron prácticas con el aplicativo Kobo, permitiendo a los encuestadores familiarizarse con su uso en un entorno simulado. Se resolvieron dudas y se brindó apoyo técnico para garantizar que todos estuvieran cómodos utilizando la herramienta.

3. Tercer día (23/04/2024): Capacitación por parte de Gestiona y Aprende para una Práctica final con el aplicativo Kobocollect

En el tercer día, se desarrolló una última sesión de capacitaciones con la finalidad de perfeccionar la capacidad de los encuestadores para el manejo del aplicativo Kobocollect y las lógicas del instrumento digitalizado. Además, se buscó optimizar el tiempo de aplicación por lo que el cuestionario resultaba extenso, razón por la cual se trabajó esta última sesión de capacitaciones.

3.4.2. Inducción social pedida por Anglo American Quellaveco sobre el enfoque en la Población a Encuestar y Perspectiva

1. Cuarto Día (24/04/2024):

En el cuarto día, se coordinó con el equipo de CARE y Anglo American Quellaveco, para realizar la inducción social, la cual brindó información detallada sobre el tipo de población a encuestar, incluyendo aspectos demográficos, culturales y socioeconómicos relevantes. Se discutió el enfoque adecuado para abordar a las familias encuestadas, respetando su privacidad y obteniendo la información de manera ética y profesional.

Además, se compartió la perspectiva e intervención que tiene Anglo American Quellaveco en la zona, destacando la importancia del proyecto y el impacto que representará en la comunidad. Se enfatizó la relevancia de las encuestas en el contexto más amplio en relación con el Programa VIVE SALUD y se motivó al equipo a realizar su trabajo con compromiso, responsabilidad y transparencia.

Ilustración 4: Fotografía de inducción social por parte del equipo de Relaciones Comunitarias de AAQ – tercer día



3.5. Prueba piloto

Previo a la aplicación de la encuesta acorde con la muestra señalada, se realizó una prueba piloto que permita validar el instrumento en campo. Para ello se seleccionó de manera aleatoria a 12 hogares de la población ubicados en los alrededores del EESS de Chen Chen, siendo posteriormente excluidos para el proceso de aplicación de campo final. También se levantó información de la Encuesta de EESS.

Este trabajo previo nos permitió conocer la funcionalidad de las preguntas, así como identificar puntos críticos que puedan ser subsanados antes de la aplicación.

3.5.1. Ejecución del piloto

Para la fecha 19 de abril, se prepararon las condiciones y coordinaciones para la realización del piloto, el cual se iba a realizar en la localidad de Chen Chen (Moquegua), en un radio alrededor de los EESS, dicho Centro de Salud fue seleccionado por el cliente CARE para la ejecución del piloto.

El piloto inició en la fecha 20 de abril, en la localidad de Chen Chen (Moquegua). Se siguió la metodología presentada, un ruteo aleatorio, el cual se presentó con dificultades para el recojo de información debido a la poca presencia de la población en los horarios de 7:00 am hasta las 7:00 pm, puesto que la población en su gran mayoría se encuentra en las labores de sus trabajos. Sin embargo, se ejecutó el recojo de información con el fin de validar el instrumento.

Para la fecha 21 de abril, se continuó el recojo de información, con una modificación propuesta por parte del equipo de CARE Perú, la cual consistía en realizar el levantamiento de información en el mismo establecimiento de salud de Chen Chen.

En resumen, las tres fechas en las que se trabajó el piloto del Estudio de la Línea de Base, en donde el primer día fue para coordinaciones y preparación, y las dos fechas siguientes para la ejecución del piloto. Se recogió 12 encuestas a la población y 1 encuesta al Establecimiento de Salud, con un equipo de 3 encuestadoras, 1 supervisor y un especialista. Con lo cual, se pudo realizar ajustes correspondientes al instrumento lo que permitió un afinamiento del cuestionario como tal.

Tabla 7. Actividades realizadas durante el piloto y equipo responsable

Fecha	Actividades	Equipo consultor
19/04/2024	Coordinaciones y visita del EESS Chen Chen	Supervisor CA y Especialista GM
20/04/2024	Inicio del trabajo piloto	Supervisor CA y Especialista GM (equipo GyA y Gobierna) Erika Ferro, Saby Median, Fresia Choque (encuestadoras)
21/04/2024	Continuación del trabajo piloto Mejoras al cuestionario y ajustes al KOBOTOOLBOX	Supervisor CA y Especialista GM (equipo GyA y Gobierna) Erika Ferro, Saby Median, Fresia Choque (encuestadoras)

3.6. Control de calidad en trabajo de campo

Para efectos del desarrollo del estudio, el procesamiento y el control de calidad son procesos continuos que parten desde el diseño de instrumentos, la capacitación al personal de campo y el desarrollo del aplicativo para el recojo de información.

En el desarrollo operativo del trabajo de campo, este proceso sigue a lo largo de la aplicación de las encuestas y entrevistas, así como en la etapa de procesamiento de la información recogida.

El aplicativo con el que se trabajó para el recojo de encuestas contiene todos los valores críticos y validaciones establecidos en la encuesta y garantiza la consistencia de la información en cada una de las preguntas de los módulos que conformen la encuesta. La información fue procesada a través de la plataforma KOBOTOOLBOX, una herramienta que permite recoger información de campo en modalidades online y offline.

Sobre el control de calidad de la encuesta, es importante indicar que terminado el trabajo de campo del día se consolida, se revisa y se identifican los datos faltantes, fuera de rango o inconsistentes. De ser así, se debe hacer una re-visita para completar los datos o levantar las inconsistencias.

La información obtenida y registrada a partir de la aplicación del instrumento pasó a una base de datos con los programas estadísticos Excel y SPSS para su procesamiento y análisis. Luego se procedió a organizar la información para facilitar el análisis y junto con la información cualitativa, se procedió a la elaboración de conclusiones.

4. TRABAJO DE CAMPO

De acuerdo con lo planificado y coordinado con CARE, AAQ y las autoridades regionales el inicio del trabajo de campo empezaría el 19 de abril, con la ejecución del piloto. Para dar un mayor impulso a la operación y brindar las facilidades de los EESS, se coordinó con la DIRESA Moquegua quien tuvo a bien preparar un oficio múltiple a los 14 EESS, que a su vez fue reforzado con una serie de reuniones del equipo consultor con diversos actores e informantes. El objetivo de estas reuniones fue fortalecer la comunicación y asegurar las mejores condiciones para el trabajo de campo.

La selección de hogares para la aplicación de las encuestas se realizó mediante una aleatorización de hogares, se usó a los centros de salud como puntos de partida donde los encuestadores se movilizaron en un radio alrededor de los centros de salud identificados en la muestra para la aplicación efectiva del instrumento designado para hogares.

En consecuencia, el piloto, efectivamente, inició el 20 de abril y se extendió hasta el 21 de abril. Simultáneamente, el 21 de abril comenzaron las labores de inducción para el equipo que participaría en el trabajo de campo, las cuales se prolongaron por 3 días adicionales producto de las coordinaciones realizadas con el cliente CARE y AAQ.

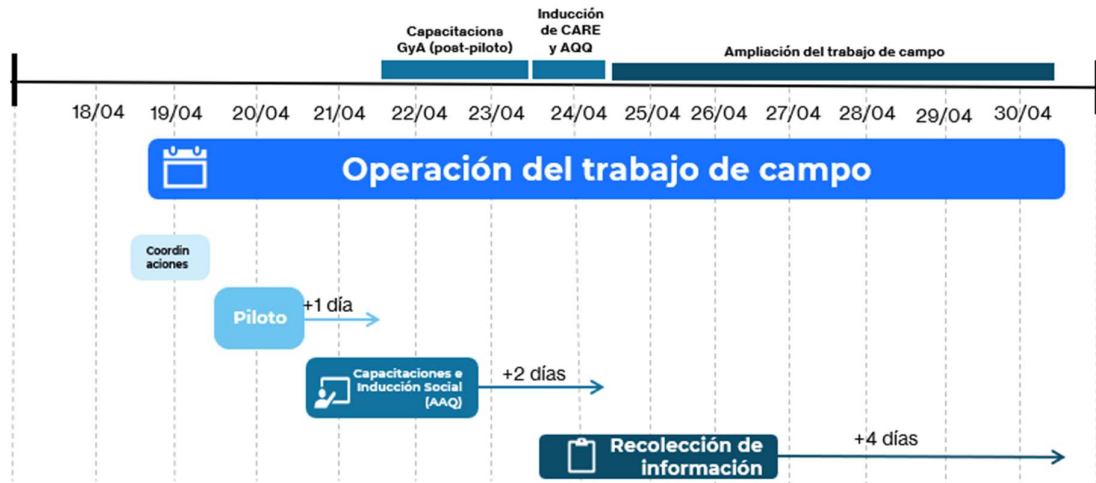
Entonces, el equipo estuvo a la espera de regularizar este factor, lo que significó un retraso para iniciar el trabajo de campo. Durante estas coordinaciones, CARE y Quellaveco, se denotó la necesidad e importancia de realizar una inducción social, la cual forma parte de los protocolos y actividades de Anglo American Quellaveco, para el equipo de encuestadores que iban a trabajar el levantamiento de información con el fin de asegurar una inducción más completa y más enfocado al componente social y el impacto del servicio. En función a esas coordinaciones, se programó la inducción social para el miércoles 24 de abril, a las 4:00 pm, lo cual también afectó la jornada de recojo de información, puesto que también fue un limitante temporal y solo se pudo realizar media jornada de recojo de información en la fecha del 24 de abril.

Además, como parte de la recolección de datos, AAQ, especificó la importancia de contar con un documento que especifique la intervención en las poblaciones que forman parte de la muestra, por ende, DIRESA emitió un memorándum que brindara la acreditación correspondiente para que el equipo pudiera ejecutar la aplicación de encuestas con mayor legitimidad y así dar inicio al trabajo de campo como tal.

Ambos factores significaron una reprogramación de la recolección de información, por tanto, la ejecución de campo se inició el miércoles 24 de abril y se extendió por 4 días más de lo programado debido a la ampliación de la capacitación, culminando entonces el 30 de abril.

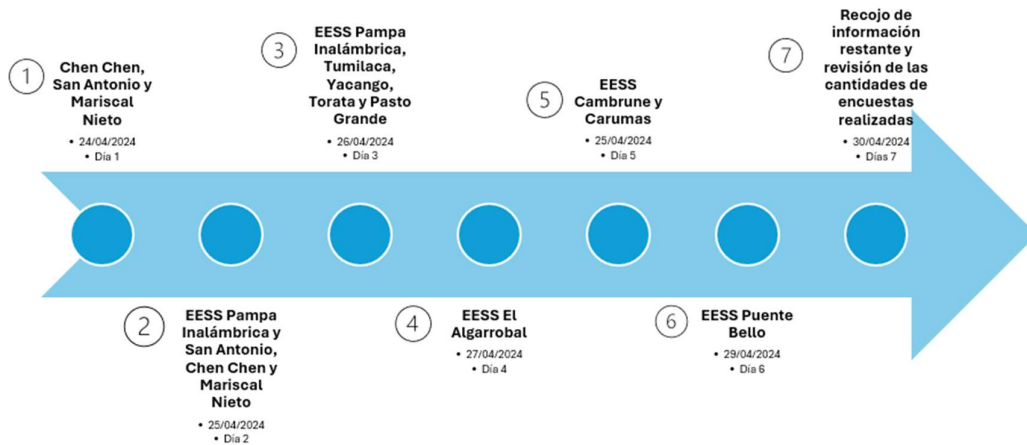
En conclusión, el trabajo de campo se ejecutó de forma efectiva **desde el 19 de abril hasta el 30 de abril**, cumpliéndose y superándose la meta establecida (452 cuestionarios de los 423 previstos) en la muestra, en las distintas localidades de la región Moquegua.

Ilustración 5. Cronograma del trabajo de campo



4.1. Cronograma ejecutado del Plan de Trabajo de campo

Ilustración 6. Cronograma ejecutado del plan de trabajo de campo



4.2. Ejecución del Plan de Trabajo de campo

Día 1 – 24/04/2024:

El trabajo de campo inició el 24 de abril, fecha posterior a la que se obtuvo la firma y autorización por parte de Diresa mediante el memorándum, además, también se programó la sesión de Inducción social por parte del área de Relaciones Comunitarias de Anglo American Quellaveco para la misma fecha. Por el cual y con el fin de arrancar el trabajo de campo, se dividió el equipo de encuestadores, en dos grupos para el levantamiento de información. El equipo uno fue asignado para el distrito de Moquegua, teniendo como punto de inicio el Centro de Salud San Antonio, zona en la que se tenía planificado el levantamiento de 80 cuestionarios a la población;

y el equipo dos, el cual tenía como punto de partida el Centro de Salud Chen Chen, para el cual se tenía mapeado realizar 74 cuestionarios a los vecinos de esta zona.

Además, por cuestiones de efectividad, se trabajó también el recojo de información en los alrededores del Centro de Salud de Mariscal Nieto, mientras el equipo regresó al lugar donde nos concentrábamos para la Inducción Social, en dicha zona se tenía previsto el levantar 15 cuestionarios a los vecinos.

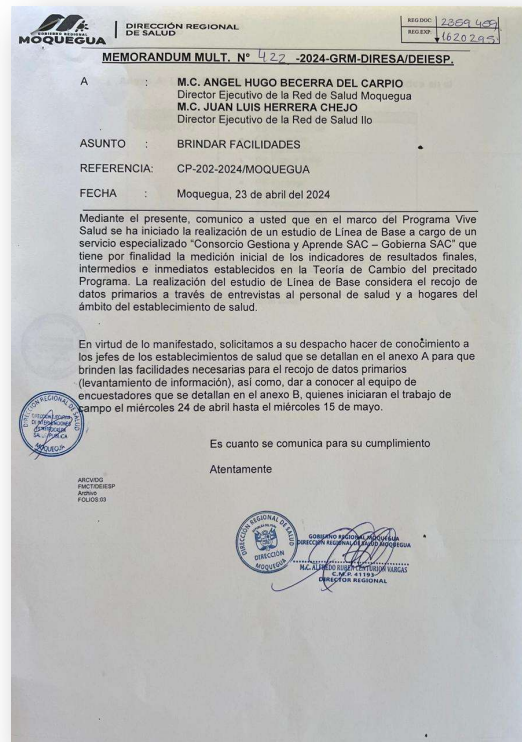
Se realizó 43 encuestas en el distrito de San Antonio, zona que fue trabajada por el equipo que lideraba Carlos Arámbulo.

Para el caso de la comunidad donde está ubicado el Centro de Salud Chen Chen, se levantó en la primera fecha 37 encuestas para hogares.

Es importante mencionar que para la comunidad del Centro de Salud Chen Chen, las incidencias con mayor significancia fue la negativa de la población a participar de la encuesta y que la mayor cantidad de personas se encontraban en sus trabajos, lo cual resultó en una dificultad moderada, debido a que se necesitó una mayor cantidad de días para poder completar la totalidad de la muestra para dicha localidad.

Es importante mencionar, que esta primera fecha, fue limitada por la sesión de Inducción Social de Anglo American Quellaveco programada para las 4:00 pm, lo que significaría una reducción de al menos media jornada, periodo en la que se pudo realizar el recojo de información.

Ilustración 7. Memorándum DIRESA



Día 2 – 25/04/2024:

Como una segunda fecha, se planificó el avanzar con las cantidades más significativas de la muestra, con esto, se determinó que un equipo de encuestadores, el 25 y 26 de abril, trabajara el levantamiento de información en el distrito de Ilo, Pampa Inalámbrica, lugar para el cuál se tenía previsto el recoger 143 encuestas correspondientes a esta zona. El equipo asignado para el recojo de información en Ilo, aplicó 70 encuestas para hogares en manzanas próximas al Centro de Salud de Pampa Inalámbrica.

Se presentaron incidencias de dos índoles, el primero con respecto a la población. Se recibieron varias negativas para participar en la encuesta, también, muchos hogares se encontraban vacíos, a lo que se entendió que el motivo podía ser por los horarios en los que el equipo intentó aplicar las encuestas, normalmente las personas se encontraban en sus trabajos. El equipo optó por una aleatorización más extendida de los hogares para el recojo efectivo de la encuesta para hogares por dichas razones.

Otro tipo de incidencia correspondió a un factor de seguridad, debido a que a un miembro del equipo le intentaron robar, y dos encuestadoras fueron víctimas de comentarios sexualizados y machistas. Por lo que se dispuso no exponer al equipo pasando el horario de las 7:00 pm, tomando en cuenta también el tiempo de traslado de Pampa Inalámbrica hasta Moquegua (1 hora aprox.).

A la par, para la fecha 25 de abril, se llevaría a cabo el recojo de información en la zona de San Antonio, Chen Chen y Mariscal Nieto, en el distrito de Moquegua, por el equipo liderado por Carlos Arámbulo. El equipo que aplicó 29 encuestas para hogares.

Día 3 – 26/04/2024:

Para el día tres (03), se organizó el continuar el levantamiento de información en la zona de Pampa Inalámbrica, Ilo, debido a la amplia cantidad de cuestionarios que se tenían programados levantar en dicha localidad, siendo una muestra de 143 encuestas realizadas a los hogares.

Como parte de la segunda fecha asignada para el recojo de información de Pampa Inalámbrica, se recogió 58 encuestas, contando hasta la fecha un total de 128 encuestas, de las 143 correspondientes a la muestra para Pampa Inalámbrica.

Bajo esta misma línea, el 26 de abril, se recogió información en el distrito de Torata, Samegua y Carumas, lugares en donde se tenía registrado el recojo de 35 encuestas, en diferentes comunidades, para lo cual se utilizó los establecimientos de salud correspondientes como eje de partida: Puesto de Salud Tumilaca (Samegua), Puesto de Salud Yacango (Torata), Centro de Salud Torata (Torata), Puesto de Salud Arundaya (Torata) y Puesto de Salud Pasto Grande.

Se inició la jornada de recojo de información en la comunidad donde se ubica el Puesto de Salud de Arundaya, en el distrito de Torata, se recogió las 2 encuestas para hogares correspondientes a esta locación. Así mismo, se levantó la información en la comunidad del Puesto de Salud de Torata, donde se recogió 17 encuestas para hogares y con esto se cumplió con la totalidad de la muestra establecida. Además, en el distrito de Torata, también se recogió información en la comunidad del puesto de salud de Yacango, lugar donde se recogió 10 encuestas, cumpliéndose la totalidad de la muestra determinada para esta localidad.

Asu vez, se trabajó el levantamiento de información correspondiente a la comunidad del Puesto de salud Pasto Grande, distrito de Carumas, en donde se recolectó las 2 encuestas asignadas a esta comunidad, con lo que se cumplió con la totalidad de la muestra.

En la localidad del Puesto de Salud de Tumulaca, distrito de Samegua, se aplicó 4 encuestas para hogares, lugar donde también se cumplió con la totalidad de la cantidad señalada en la muestra.

Las mayores incidencias presentadas fue la dispersión de los hogares en las comunidades de los puestos de salud de Arondaya y Pasto Grande, donde se requirió el caminar tramos significativos con el fin de cumplir el levantamiento de información correspondiente.

Ilustración 8. Encuesta a hogares - Puesto de Salud Pasto Grande - Carumas



Día 4 – 27/04/2024:

Para la fecha 4 del trabajo de campo, 27 de abril, se programó el levantamiento de información en la zona de El Algarrobal, distrito de Ilo. El trayecto de Moquegua a Ilo era de 1 hora aproximadamente, luego, nos dirigimos a El Algarrobal, a 20 minutos de Ilo.

Para esta zona, se tenía previsto levantar 50 encuestas. La principal dificultad de esta zona era la dispersión de hogares y poca presencia de pobladores de la zona, por lo cual, el trabajo de información conllevó a un mayor tiempo para aplicar la encuesta en los hogares de la zona y levantar la información correspondiente a la encuesta de hogares.

Sin embargo, el equipo de campo asignado, en comunicación con la población de la zona nos confirmó que el Puesto de Salud “El Algarrobal” se encontraba cerrado alrededor de 2 a 3 años, y que dicho puesto de salud había sido trasladado al asentamiento humano Santa Rosa, para lo cual, el equipo de campo decidió movilizarse al establecimiento de salud del A.H. Santa Rosa, lugar donde también se recogió información con el fin de completar la cantidad especificada. Cumpliéndose la meta de recojo de información al 100%.

Se recogió las 50 encuestas correspondientes para la comunidad de El Algarrobal, en donde se recogió 17 encuestas para hogares en el Puesto de Salud antiguo; y los 33 restantes, se recogió

en el Asentamiento Humano Santa Rosa, lugar donde se encuentra el actual Puesto de Salud El Algarrobal.

Así mismo, se levantó 9 encuestas para hogares en Pampa Inalámbrica, con la finalidad de completar la cantidad restante (15). Entonces, sumando el total de encuestas a la fecha que se levantó en Pampa Inalámbrica fue 137.

Las principales incidencias que se presentaron para esta localidad fueron la dispersión de los hogares en la primera comunidad donde se levantó información, puesto que los encuestadores tuvieron que caminar e ingresar a las chacras de la zona para recolectar la información correspondiente.

Además, de forma paralela, se recogió las encuestas de hogares en la zona de La Bodeguilla (Moquegua), para esta localidad se tenía previsto el recojo de 4 encuestas a hogares. Cumpliéndose la meta de recojo de información al 100%.

Día 5 – 28/04/2024:

Continuando el cronograma del plan de trabajo de campo, para la fecha 5, 28 de abril, un equipo de encuestadores partió con destino al distrito de Carumas, trayecto que tomó aproximadamente dos horas y media en llegar al primer punto, la comunidad de Cambrune; para luego dirigirnos a la comunidad de Carumas, el traslado nos tomó un tiempo agregado de 30 minutos desde la locación anterior. En ambos lugares se realizó el recojo información para hogares en los alrededores de los dos establecimientos de salud, el Puesto de Salud Cambrune y el Centro de Salud de Carumas, en los que se tenía previsto recoger 10 y 8 cuestionarios a la población correspondientemente. Se cumplió con la meta a más del 100%.

Así mismo, se trabajó a la par el recojo de información de cantidades restantes correspondientes al centro de salud de Chen Chen, en donde se levantó 19 encuestas para hogares.

Y se trabajó el levantamiento de información restante a la muestra correspondiente a la comunidad donde está el Centro de Salud Pampa Inalámbrica, donde se recolectó 6 encuestas, con esto se cumplió en su totalidad la muestra determinada para Pampa Inalámbrica.

Día 6 – 29/04/2024:

En la fecha 6, 29 de abril, nos dirigimos al distrito de San Cristóbal, en dirección a Titire (frontera con Puno), al Puesto de Salud Puente Bello. Debido a la lejanía de la localidad (más de 190 km desde Moquegua), se planificó el salir a las 5:00 am para poder llegar aproximadamente a las 10:00 am al P.S. Puente Bello, hora aproximada en la que se llegó. Se seleccionó un equipo de encuestadores integrado por 4 personas, y se tenía previsto recoger 4 encuestas y el cuestionario de Establecimiento de Salud. Cumpliéndose la meta de recojo de información por más del 100%. En resumen, se recogió 7 encuestas, superando el total de las encuestas mapeadas en la muestra para dicha comunidad.

Ilustración 9. Puesto de Salud Puente Bello



Día 7 – 30/04/2024:

Para la fecha 7, 30 de abril, se trabajó la organización y corroboración del conteo de encuestas aplicadas por el equipo de campo. Con esto, se constató y validó las cantidades especificadas para cada zona correspondiente a cada comunidad relacionada a los establecimientos de salud, para el recojo de información a hogares. Se revisó la base de datos, se revisó los dispositivos utilizados en el recojo de información de los aplicadores.

Es importante mencionar que, para las muestras con mayor cantidad de cuestionarios por realizar, desde el 27, 28, 29 y 30 de abril, se fue recogiendo información remanente, siendo una cantidad menor y pertenecientes a las localidades con mayor facilidad tanto de acceso como de recojo, se fue trabajando con un grupo de encuestadores la finalización de estas cantidades. Entre los lugares que se fue recogiendo información en estas fechas están: Pampa Inalámbrica (Ilo), Chen Chen (Moquegua) y Mariscal Nieto (Moquegua).

En conclusión, se levantó la totalidad de las encuestas determinadas para cada comunidad identificada con los establecimientos de salud que formaron parte de la muestra, para lo que se recogió un total de 440 encuestas del trabajo de campo como tal, y agregando el piloto, se realizó un total de 452 encuestas para hogares.

Tabla 8. Distribución del equipo responsable según ESS durante la ejecución del trabajo de campo

Prioridad de rutas	Distrito	EESS	Ruta	Fecha de Inicio	Fecha de Término
1	Moquegua	C.S. San Antonio	Moquegua - San Antonio	24/04/2024	25/04/2024

Prioridad de rutas	Distrito	EESS	Ruta	Fecha de Inicio	Fecha de Término
2	San Antonio	P.S. La Bodeguilla	Moquegua	27/04/2024	27/04/2024
3	Moquegua	C.S. Chen Chen	Moquegua - Chen Chen	24/04/2024	25/04/2024
4	Moquegua	C.S. Mariscal Nieto	Moquegua	24/04/2024	25/04/2024
5	Ilo	C.S. Pampa Inalámbrica	Moquegua - Ilo (1 hora) Ilo - Pampa Inalámbrica (15 minutos)	25/04/2024	26/01/1900
6	El Algarrobal	P.S. El Algarrobal	Moquegua - Ilo (1 hora) Ilo - El Algarrobal (15 minutos)	27/04/2024	27/04/2024
7	Samegua	P.S. Tumilaca	Moquegua - Samegua - Tumilaca	26/04/2024	26/04/2024
8	Torata	P.S. Yacango	Moquegua - Torata	26/04/2024	26/04/2024
9	Torata	C.S. Torata	Moquegua - Torata	26/04/2024	26/04/2024
10	Torata	P.S. Arondaya	Moquegua - Arondaya	26/04/2024	26/04/2024
11	San Cristóbal	P.S. Puente Bello	Moquegua - Titire	29/04/2024	29/04/2024
12	Carumas	P.S. Cambrune	Moquegua - Titire	28/04/2024	28/04/2024

Prioridad de rutas	Distrito	EESS	Ruta	Fecha de Inicio	Fecha de Término
13	Carumas	Centro de Salud Carumas	Moquegua - Titire	28/04/2024	28/04/2024
14	Carumas	P.S. Pasto Grande	Moquegua - Cambrune (10 minutos), Cambrune - Carumas (2 horas). Carumas - Pasto Grande	26/04/2024	26/04/2024

Tabla 9: Distribución de encuestas para hogares realizadas por encuestador

#	RESPONSABLE	CANTIDAD
1	Encuestador 1	36
2	Encuestador 2	32
3	Encuestador 3	47
4	Encuestador 4	30
5	Encuestador 5	50
6	Encuestador 6	45
7	Encuestador 7	23
8	Encuestador 8	30
9	Encuestador 9	30
10	Encuestador 10	8
11	Encuestador 11	45
12	Encuestador 12	26
13	Encuestador 13	38
Total de encuestas del trabajo de campo		440
Total de encuestas + piloto		452

5. DE LAS LIMITACIONES DE LA PROPUESTA ALCANZADA, ESTABLECIDA EN EL MARCO DE LOS TERMINOS DE REFERENCIA

En el marco de cualquier intervención, como es el caso del Programa Vive Salud 2023-2030 lo que aspira es mostrar que dicha intervención logró resultados significativos en la población beneficiaria. En ese contexto, lo que establece la literatura es que se debe realizar una evaluación de impacto. Existen diversas formas de hacer esta evaluación; en el ideal se debe programar esta evaluación antes de empezar el proyecto como se está haciendo en el Programa Vive Salud. Técnicamente, el ideal paradigmático de una evaluación de impacto es un estudio experimental que supone una validez interna y una validez externa, reconociendo que hay un grupo intervenido (llamado en la mayoría de texto sobre este tema como **grupo tratado**) y necesita un comparador contrafactual, llamado comúnmente como **grupo no tratado**. Los otros tipos de evaluaciones de impacto se llaman estudios quasi-experimentales, los cuales son menos robustos que la evaluación experimental. Al respecto, el estudio que se va a desarrollar garantiza la representatividad, calidad y robustez de la información y tomando en perspectiva, tendrán que considerarse los elementos antes mencionados para la evaluación intermedia o final del proyecto.

Como muchas cosas en la vida, se requiere encontrar un punto medio, en ese sentido en las coordinaciones establecidas, la literatura sugiere establecer un estudio quasi experimental de doble diferencias, también llamado de diferencias en diferencias, o un estudio de emparejamiento por puntaje de propensión, también llamado “propensity score matching”, por el nombre en inglés. En ambos casos es necesario considerar un comparador que debería ser diferente de las áreas consideradas en los términos de referencia.

Un segundo elemento por considerar es que el ámbito de intervención del proyecto minero de Anglo American Quellaveco considera un área de influencia directa (ámbito de 5 establecimientos de salud) y un área de influencia indirecta (ámbito de 9 establecimientos de salud). De acuerdo con las coordinaciones hechas con la entidad contratante, el Programa Vive Salud 2023-2030 no tendrá diferencias directas de su intervención en sus dos ámbitos, pero se reconoce que, desde la perspectiva de la actividad minera, habrá diferencias (positivas y negativas) en ambos ámbitos. Dentro de las primeras se considera mayor comercio y desarrollo preferentemente en el área de influencia directa; mientras que, dentro de las segundas, la literatura señala efectos ambientales, efectos sonoros y alteraciones en la calidad de sueño de la población más próxima a la actividad minera y zona de transporte de los productos mineros.

Un tercer elemento que considerar es que habitualmente las evaluaciones de impacto se busca complementar evidencia cuantitativa con evidencia cualitativa que permita una mejor comprensión del cumplimiento y adherencia o no, a los procesos socio sanitarios que se dan en una intervención, tanto por parte de la población (demanda) como en este caso, en las instituciones prestadoras de servicios de salud (oferta).

En conclusión, se debe considerar mejorar la calidad de la propuesta de evaluación de impacto, a partir de la línea de base. Empezando por considerar un diseño más robusto de la evaluación quasi experimental a desarrollar (de preferencia, diferencias en diferencias o propensity score matching), ello implica considerar una sobre muestra que incluya a el grupo control y muestras

representativas de cada una de las áreas de influencia (directa e indirecta). Finalmente, los resultados cuantitativos, tomando como proyección la evaluación intermedia, de proceso o final, será recomendable complementar la información con hallazgos cualitativos que permitan comprender las racionalidades de los pensamientos, actitudes y acciones de los diversos actores sociales involucrados (stakeholders).

Con relación al trabajo de campo, se destacan como parte de las limitaciones tres elementos:

- Los requisitos sociales sugeridas como condición para el inicio de las operaciones de campo generó una ampliación de 4 días en el desarrollo del trabajo de campo, a lo que el servicio se adaptó con bastante flexibilidad a lo requerido por el contratante y el financiador.
- La dispersión poblacional en las zonas altoandinas y rurales como son Arundaya, Pasto Grande y Tumilaca significaron una dificultad para encontrar a la población en sus pastos de cultivo o en sus comunidades, toda vez que la dinámica local y agrícola ha supuesto que los pobladores dejen deshabitados por gran parte del día sus comunidades y se encuentren en las zonas de pastoreo, con largas distancias en kilómetros entre ubicar a uno y otro.
- La disponibilidad de los Jefes de EESS para recoger la información de sus puntos de atención. Si bien una gran mayoría de servidores han mostrado disposición y apertura, son 3 establecimientos de salud donde no se ha podido recoger la información, siendo que en el EESS de Torata no han respondido al requerimiento, mientras que en los EESS de Pampa Inalámbrica y Yacango se cuenta con información parcial.

Por otro lado, respecto al sub estudio de fuente secundaria, se presentan limitaciones importantes para el acceso a la información proveniente de las bases de datos del padrón nominal y de CNV, bases de datos utilizadas para el cálculo de indicadores referidos con los paquetes integrados (o indicadores del FED) asociados al CRED, y a servicios para gestantes. Otra limitación importante es que la data del HIS corresponde principalmente a la población del departamento que accede al servicio de salud ofertado por el MINSa y la Diresa, que comprende la data administrativa pero con la limitación de no ser poblacional.

En esa misma línea de ideas, el uso de información con diferentes niveles de desagregación impedía el cálculo de algunas variables a nivel de establecimiento de salud, por ejemplo, la información de morbilidad que debía ser cruzada con información poblacional del INEI a nivel de distrito.

6. RESULTADOS DE LA LINEA DE BASE

En virtud con la pauta metodológica, es importante destacar que se revisó la lista de indicadores que forman parte integrante de la teoría de cambio del Programa Vive Salud, organizando la información desde la cadena de resultados. En ese marco, se ha propuesto una organización de los indicadores que es una propuesta alternativa que permite presentar los indicadores desde la cadena de resultados, para lo cual se analizaron previamente cada uno de los indicadores ya formulados.

Este capítulo ha sido organizado considerando la teoría de cambio del Programa Vive Salud, en el cual se han definido indicadores de resultados, de cobertura y de oferta. Es importante destacar que a este nivel se ha trabajado con el procesamiento de la data administrativa como el HIS que, como se ha señalado en el capítulo anterior, tiene ciertas limitantes, toda vez que no tiene el alcance poblacional.

Adicionalmente se incluyeron un set de indicadores relacionados con la demanda, toda vez que fue parte integrante del presente servicio.

En ese sentido, el estudio cuenta con un total de 57 indicadores que han sido organizados considerando el siguiente esquema.

Ilustración 8. Resumen de Indicadores



A continuación, se presentan los resultados de cada uno de los indicadores que han formado parte integrante del estudio de línea de base y que configuran el punto de partida para el impulso de las acciones de implementación del programa.

6.1. A NIVEL DE INDICADORES DE RESULTADOS

Para el presente apartado, la información utilizada abordó información que evidenciara el panorama con respecto a la prevalencia de morbilidad, con esto se refiere a la cantidad de pobladores que padecen una enfermedad o condición de salud específica en un determinado período de tiempo. Así mismo, también se trabajó con datos como prácticas saludables y porcentaje de satisfacción de la población.

6.1.1. Indicador de Resultado Final: Resultados de Prevalencia de Morbilidad

Tabla 10. Indicador de resultado Final

Formulación del Indicador	Valor	Fuente
Prevalencia de casos de morbilidad de: - Diabetes Mellitus - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, - Enfermedades hipertensivas.	(E10 - E14) Diabetes mellitus: 22% (F10 - F19) Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas: 21% (I10 - I15) Enfermedades hipertensivas: 36%	HIS - DIRESA Moquegua

Análisis y reflexión sobre el indicador

La propuesta inicial del indicador se formuló de la siguiente manera: *000-1-1 Porcentaje de AVISA relacionados con enfermedades no transmisibles y psicosociales reducidos en la población del AIS de AAQ.*

El indicador AVISA (Años de Vida Saludable) perdidos ha sido utilizado en evaluaciones económicas y en el diseño de planes de salud y en la determinación de prioridades que fortalezcan la gestión en salud.

Al respecto, el fundamento inicial se centró en que la satisfacción del usuario es subjetiva y puede variar según las expectativas individuales o altas expectativas respecto a las inversiones de AAQ, lo que podría llevar a resultados sesgados. A su vez, el indicador no mide directamente la calidad técnica de la atención médica, sino la percepción de los usuarios sobre esta calidad⁴.

Es en virtud del actual contexto que se formuló el indicador tomando como referencia la morbilidad diferenciada en los casos de Diabetes Mellitus, Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas y Enfermedades hipertensivas que a la luz del cálculo con la data HIS de la DIRESA Moquegua se ha obtenido como resultados una morbilidad del 22%, 21% y 36%, respectivamente en cada uno de los indicadores señalados.

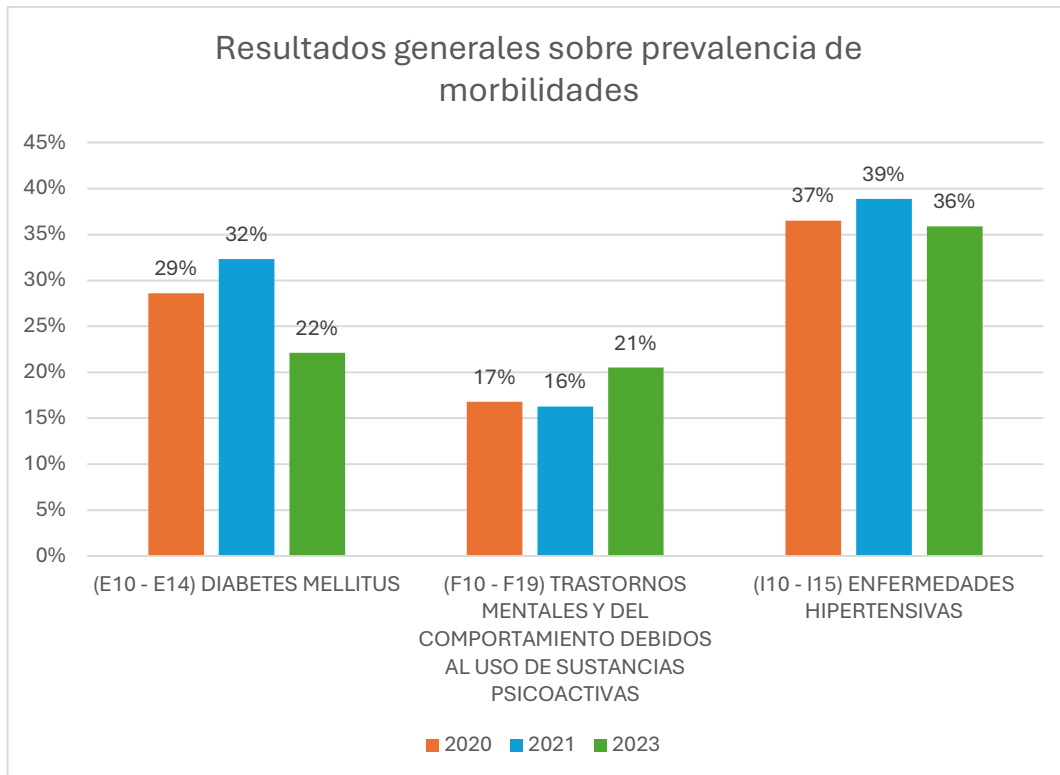
Esta métrica sitúa los indicadores de forma más cercana a los cambios que puede promover el Programa Vive Salud en la calidad de vida de las personas, a través de morbilidades específicas donde el diseño del programa puede incidir.

⁴ En la actualidad, la autoridad sanitaria no ha definido ni cuenta con una propuesta técnica sobre el cálculo del AVISA, teniéndose proyectado su diseño en futuros estudios que proponga el MINSa y en un horizonte temporal de aproximadamente un año, por lo que se requiere estimar el indicador de resultado del Programa Vive Salud a un segundo nivel.

En el Perú, se han hecho cuatro estimaciones de la carga de enfermedad; en 2004 con estimaciones directas de AVISA de mortalidad e indirectas de AVISA de discapacidad tomando como referencia el estudio Global de Carga de Enfermedad del año 1999; en 2005 se aplicó una metodología de ajuste de mortalidad más completa y se obtuvieron estimaciones directas de AVISA de mortalidad y discapacidad. Los últimos 2 estudios resultaron de la estimación de los parámetros de carga siguiendo la metodología que se empleó por Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de los Estados Unidos.

Ante este escenario, y estando en curso una consultoría para estandarizar las estimaciones en el Perú, en un estudio financiado por el Programa de Creación de las Redes Integradas de Salud (PCRIS) y luego de una coordinación con funcionario del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC-Perú) quien recomendó que se requiere estandarizar la estimación de los AVISA, que además la metodología desarrollada no permite estimaciones subnacionales, se consideró como una alternativa apropiada estimar la morbilidad y adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes, luego de haberse evaluado la viabilidad de las mediciones.

Ilustración 10. Resultados generales sobre prevalencia de morbilidades



Fuente: HIS (DIRESA – Moquegua)

Tomando en cuenta los datos con los que se ha trabajado el análisis de información primaria y secundaria, se obtuvo resultados generales, los cuales haciendo comparación entre los años 2020, 2021 y 2023, nos presenta los siguientes hallazgos:

- En relación con la **Diabetes Mellitus** ha presentado un comportamiento oscilante, pasando del 29% al 32% entre los años 2020 y 2021. Un dato positivo es que entre el 2021 y el 2023 la morbilidad se ha reducido en 10 puntos porcentuales, pasando del 32% al 22%.
- En el caso de la morbilidad de **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas**, el valor de la morbilidad se ha mantenido estable entre los años 2020 y 2021, sin embargo, para el año 2023 se ha incrementado en 5 puntos porcentuales, pasando de 16% al 21% de morbilidad en dicho periodo de tiempo.
- En relación con la morbilidad de las **Enfermedades Hipertensivas**, ha presentado un comportamiento oscilante, incrementándose en 2 puntos porcentuales entre el 2020 y 2021. Sin perjuicio de ello, se destaca que para el 2023 se presenta una reducción de 3 puntos porcentuales y lo ubica en el nivel más bajo de prevalencia respecto a los 3 años de análisis.

6.1.2. Indicador de Resultados intermedios

A este nivel de jerarquía se han identificado dos indicadores relacionados con los resultados intermedios que dan cuenta del conocimiento y prácticas saludables, así como el nivel de satisfacción percibido por los usuarios respecto a las atenciones sanitarias que han recibido. A continuación se presentan los valores alcanzados en cada uno de los indicadores, complementado con la reflexión y debate sobre su formulación.

Tabla 11. Indicador de resultados Intermedios

Formulación del Indicador	Valor	Fuente
Porcentaje de hogares con conocimientos adecuados de prácticas saludables prioritarias y realizan actividad física en el ámbito de influencia de AAQ	55%	Encuesta a Hogares
Porcentaje de usuarios satisfechos con las atenciones recibidas en uno o más servicios de salud en el último año. Porcentaje de hogares cuyos miembros en promedio reportan estar satisfechos con las atenciones recibidas en uno o más servicios de salud en el último año.	Usuarios: 15% Hogares: 15%	Encuesta a Hogares

Análisis y reflexión de los indicadores

En relación con el indicador de **conocimientos de prácticas saludables**

Al ser un indicador de resultado, se espera que como parte de las intervenciones se logre un cambio en el comportamiento y prácticas de la población.

Reconociendo las limitaciones de un indicador de esta naturaleza, se ha formulado un set de preguntas complementadas con test en la Encuesta de Hogares, de manera tal que se pueda aproximar a los conocimientos y a dichas prácticas saludables en los temas abordados. Al respecto, se consideró los siguientes criterios para la forma de cálculo:

Número de hogares que:

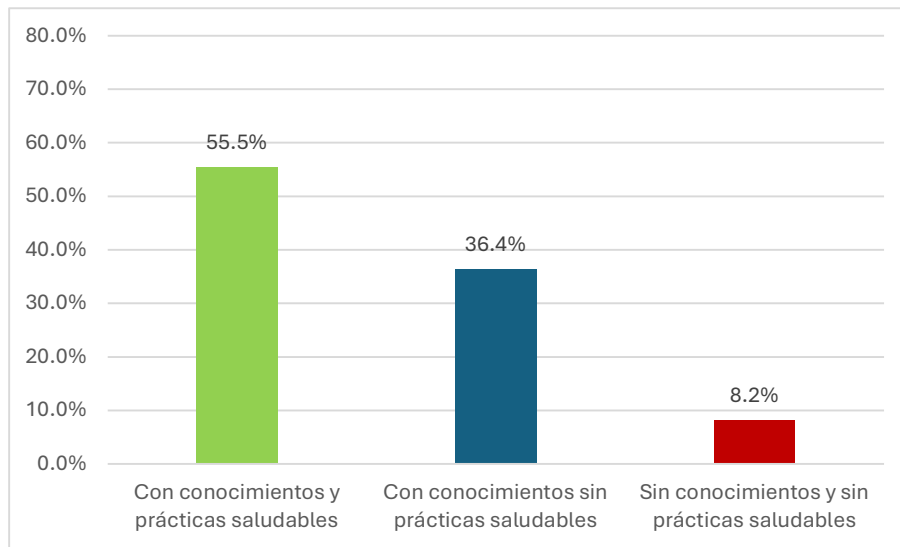
- Respondieron al menos el 70% de preguntas sobre conocimiento de prácticas saludables prioritarias de forma correcta en el ámbito de los 14 establecimientos de salud del AIS de ASQ
- Hacen actividad física de intensa, moderada o leve 7 días a la semana y
- Permanecen sentados en intervalos de tiempo menores a 6 horas diarias)/Número de hogares encuestados) / Números de hogares encuestados

En relación con el indicador de **usuarios con satisfacción con las atenciones**, se orienta a medir la percepción de los usuarios con la atención recibida en los EESS, información relevante y sensible que permite garantizar que los servicios sean efectivos y centrados en las necesidades de la comunidad. Contar con una medida cuantitativa de la satisfacción del usuario permite conocer aquellos puntos de mejora donde los servicios tendrán que ser fortalecidos orientados a la infancia, el grupo adolescente, así como la población joven, adulta y adulta mayor.

6.1.2.1. Indicador de resultados Intermedios: Conocimientos y Prácticas Saludables

- a) *Porcentaje de personas aprobadas en el módulo de conocimientos y prácticas saludables***

Ilustración 11. Porcentaje de personas con conocimientos y prácticas saludables en la encuesta a Hogares

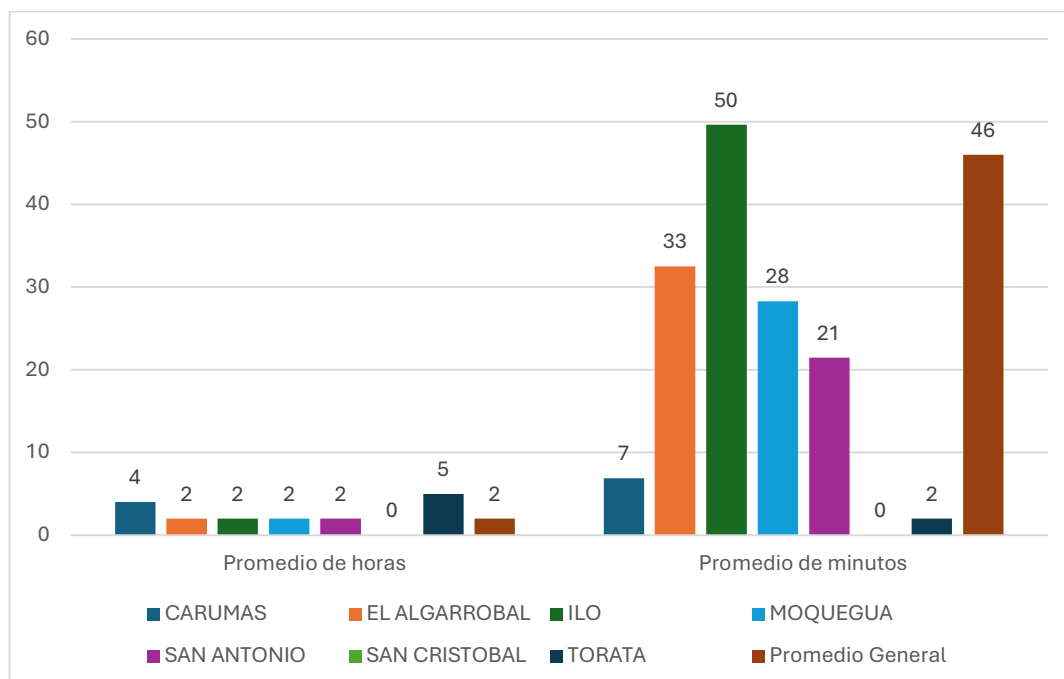


Fuente: Encuesta a Hogares

De acuerdo con el instrumento que se aplicó a los pobladores (440 encuestas) de las diversas zonas de Moquegua, se constata que 8.2% no cuenta con conocimientos ni prácticas saludables, mientras que 36.4% cuenta con conocimientos, pero sin prácticas saludables. Sin perjuicio de ello, el 55.5% de los hogares encuestados cuentan con conocimientos y prácticas saludables.

b) Actividad física de alta intensidad

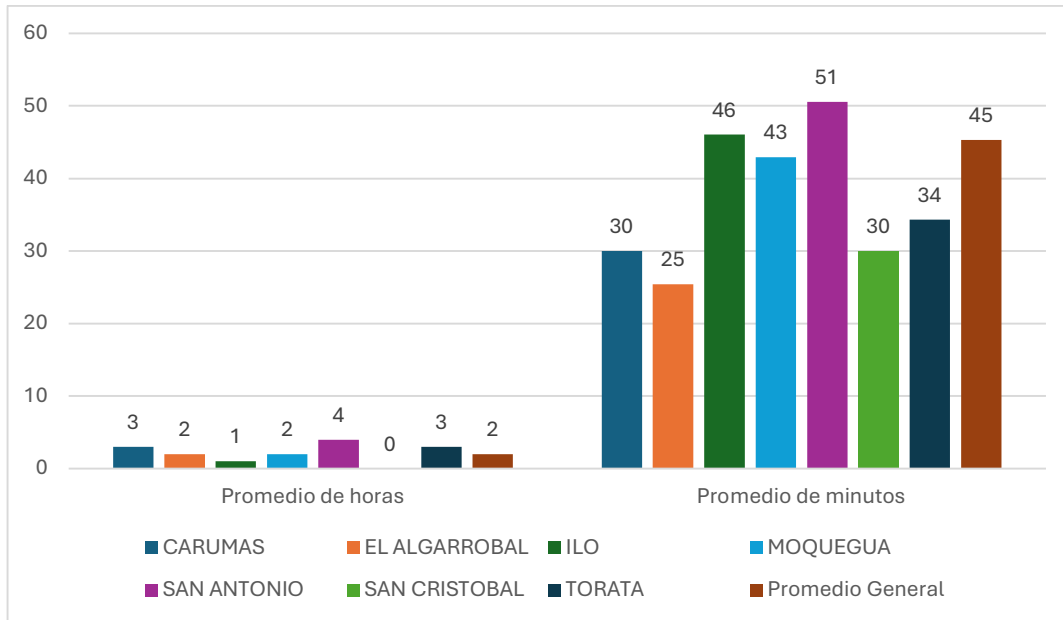
Ilustración 12. Promedio en horas y minutos de actividades físicas de alta intensidad - Moquegua



Bajo la misma línea, y de acuerdo con lo trabajado en la aplicación de las encuestas a hogares, se registró un promedio de horas y minutos al día, las cuales las personas nos detallaban conforme el caso. A lo que se obtuvo, en promedio de horas, los distritos como Torata (5 horas) y Carumas (4 horas), como los distritos que mayor actividad física de alta intensidad practican.

c) Actividad física de moderada intensidad:

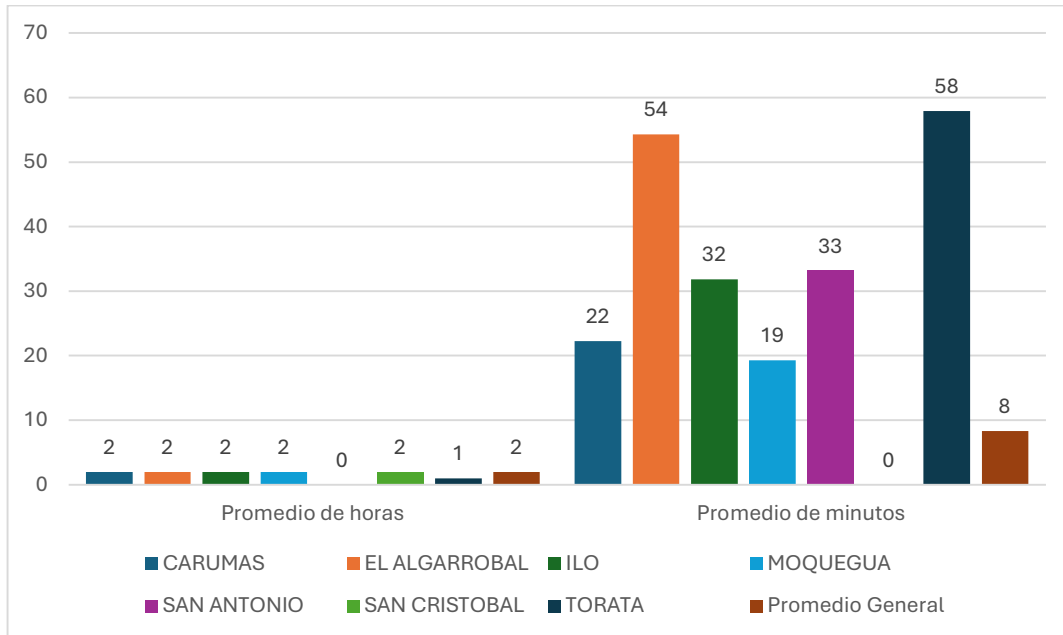
Ilustración 13. Promedio en horas y minutos de actividades físicas moderadas - Moquegua



En la misma línea de trabajo, de acuerdo con el instrumento aplicado a hogares, se identificó el promedio de actividades moderadas practicadas por la población de Moquegua. Para lo cual tenemos los casos de San Antonio (4 horas), Carumas (3 horas) y Torata (3 horas), como los distritos que detallan mayor actividad física moderada.

d) Actividad física: Tiempo que una persona camina

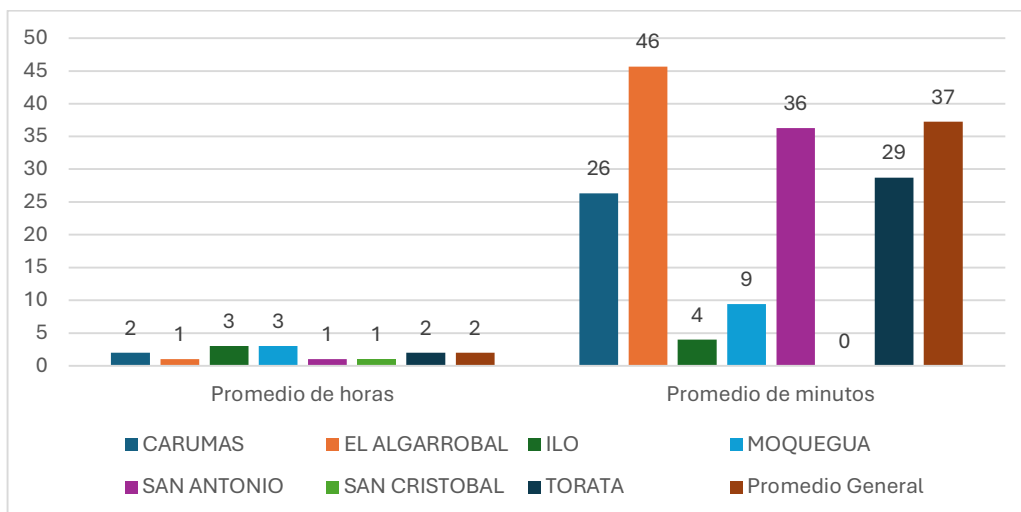
Ilustración 14. Promedio en horas y minutos según la actividad física: Caminar - Moquegua



Con respecto a actividades físicas leves, se planteó el identificar las horas y minutos promedio que una persona camina. Para lo cual, los distritos como el Algarrobal (2 horas y 53 minutos) y Ilo (2 horas y 32 minutos) resaltaron como los distritos que más camina en promedio para la región de Moquegua.

e) Actividad física: Tiempo que una persona pasa sentado(a)

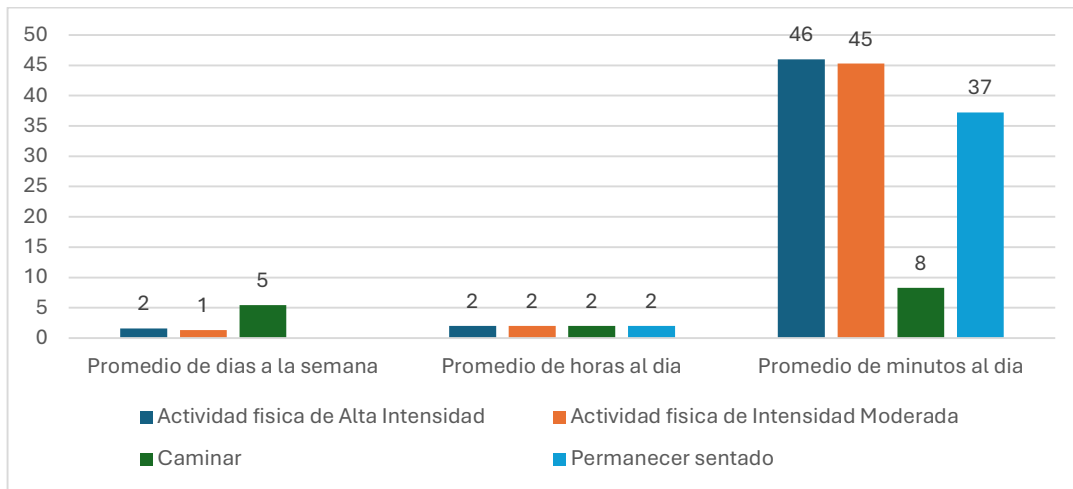
Ilustración 15. Promedio en horas y minutos del tiempo que una persona pasa sentado(a) - Moquegua



Otra actividad la cual fue identificada en el estudio de Línea de base fue el tiempo promedio que una persona pasa sentada durante el día. Para lo que se identificaron a los distritos de Moquegua (3 horas) y Ilo (3 horas), como aquellos en los que los ciudadanos pasan mayor tiempo sentados durante el día.

f) Resultados finales según actividad

Ilustración 16. Resultados según tipo de actividad - Moquegua



Por último, se realizó un promedio en general del tiempo que las personas se toman a la semana, las horas del día y los minutos del día, para la realización de cada una de las actividades señaladas en el gráfico.

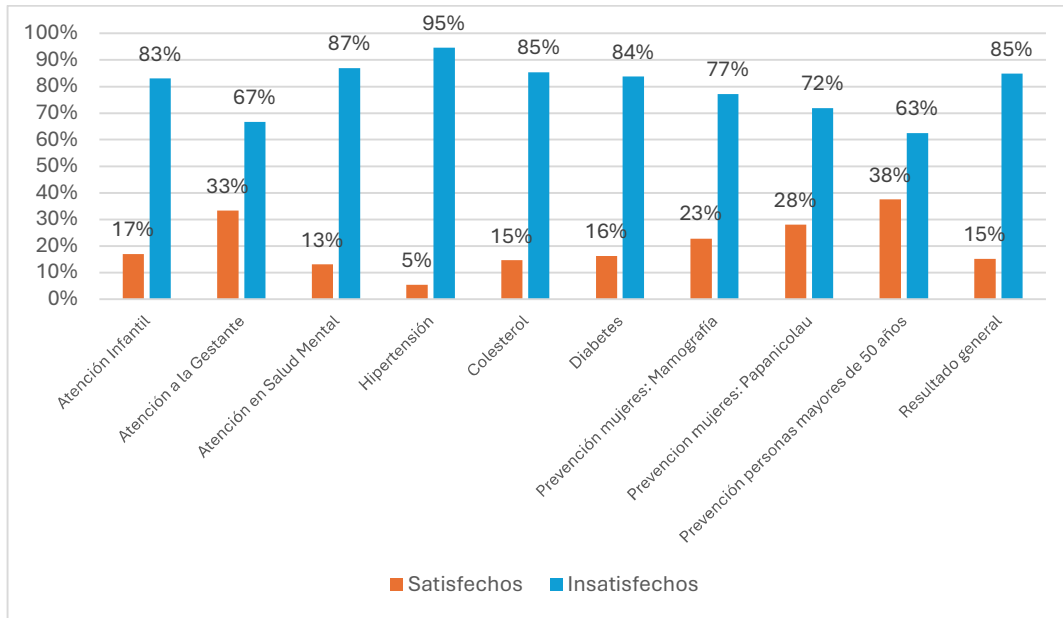
De acuerdo con lo obtenido en las bases de datos, se identificó el promedio a la semana para cada actividad. Es así como se evidencia que la actividad que mayor presencia y la cual practican es caminar (5 días a la semana), siguiendo las actividades físicas de alta intensidad (2 días a la semana) y las actividades físicas moderadas (1 día a la semana).

6.1.2.2. Indicador de resultados Intermedios:

Desde la Encuesta a Hogares se ha formulado preguntas que se orientan a conocer el nivel de satisfacción de los usuarios con las atenciones recibidas en en uno o más servicios de salud en los últimos 12 meses, siendo que **sólo 15% de los encuestados a nivel de usuarios y 15% a nivel de hogares se encuentran satisfechos con los servicios sanitarios recibidos.**

a) Porcentaje de satisfacción a nivel de hogares

Ilustración 17. Porcentaje de satisfacción a nivel hogares

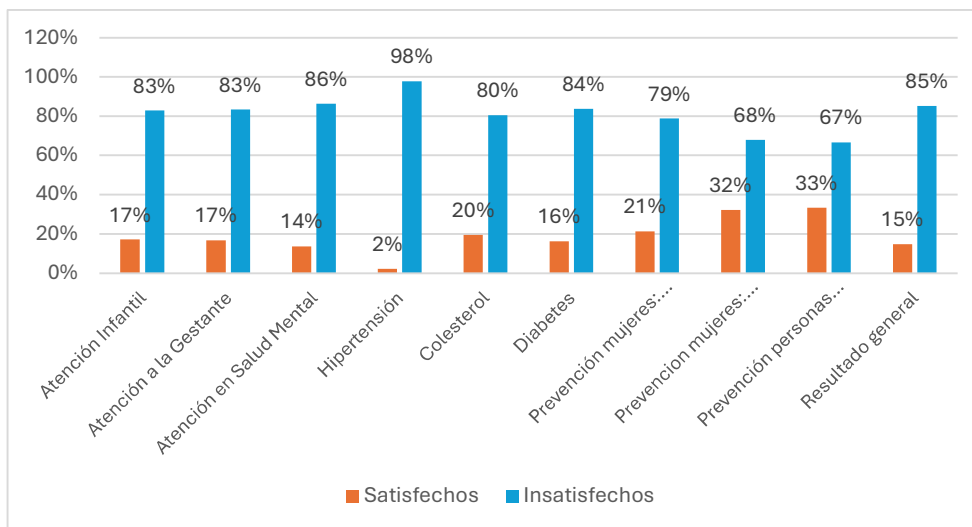


Fuente: Encuesta de Hogares

Con respecto al porcentaje de satisfacción de hogares, sólo el 15% de hogares se encuentra satisfecho con los servicios sanitarios, siendo la prevención de mayores de 50 años (38%), la atención a la gestante (33%), así como los servicios de Papanicolau (28%) y Mamografía (23%) han obtenido los niveles más altos. Sin embargo, es importante prestar especial atención con los servicios con los niveles de satisfacción más bajos aquellos como el de Hipertensión (5%), Salud mental (13%), Colesterol (15%), Diabetes (16%) y Atención infantil (17%).

b) Porcentaje de satisfacción a nivel de usuario

Ilustración 18. Porcentaje de satisfacción a nivel usuario



Fuente: Encuesta de Hogares

Ahora bien, una perspectiva de análisis centrado en los usuarios nos indica que sólo el 15% de usuarios está satisfecho con los servicios sanitarios, siendo los servicios de Prevención en personas mayores de 50 años (33%), Papanicolau (32%), Mamografía (21%) y Colesterol (20%) aquellos que se encuentran por encima del promedio general. De otro lado, es importante prestar atención en los servicios de menor nivel de satisfacción como es en Hipertensión (2%) y Salud mental (14%) aquellos que se encuentran por debajo del promedio general de satisfacción. De igual forma, con un bajo nivel de satisfacción se encuentran los servicios de Diabetes (16%), Atención a la gestante (17%) y atención infantil (17%) que requieren ser fortalecidos.

6.2. A NIVEL DE LOS INDICADORES DE COBERTURA

La teoría de cambio del Programa Vive Salud plantea como indicadores de resultado intermedio o inmediato aquellas coberturas relacionadas con los aspectos preventivos, promocionales que se trabajan en beneficio de los usuarios finales, los agentes comunitarios de salud o las organizaciones locales. Se han identificado cinco indicadores para este nivel:

Tabla 12. Indicadores de Cobertura

Formulación del Indicador	Valor	Fuente
Porcentaje de incremento de atenciones preventivas y de control de la salud de los usuarios de los servicios de salud del ámbito de influencia de AAQ (200-2-2)	Var (%) APP (Promedio 2021-2023) 46% Var (%) Prevención (Promedio 2021-2023) 37% Var (%) Control (Promedio 2021-2023) 1% Var (%) Prevención + Control (Promedio 2021-2023) 14%	HIS - DIRESA Moquegua
Número de citas realizadas en acciones preventivo-promocionales de la salud comunitaria ejecutadas por año en el ámbito de influencia.	2021: 27,513 2022: 60,864 2023: 43,365 Promedio: 43,914	HIS - DIRESA Moquegua
(110-1-1) Porcentaje de usuarios de los servicios de salud del ámbito del AIS de AAQ que participa en las acciones de promoción de la salud organizadas	N.D.	Informe de gestión del programa
(120-1-1) Porcentaje de ACS de las comunidades coberturadas por los servicios de salud del ámbito del AIS de AAQ que aprueba las capacitaciones ejecutadas	N.D.	Informe de gestión del programa
(210-1-1) Porcentaje de personal de los servicios de salud del ámbito de influencia de AAQ que aprueba las actividades de fortalecimiento de capacidades programadas.	N.D.	Informe de gestión del programa

Análisis y reflexión de los indicadores

De los cinco indicadores de cobertura, en dos de ellos se ha podido calcular sus valores mientras que los otros tres indicadores están en función a la implementación del programa y sus intervenciones o acciones específicas.

Los indicadores formulados en un inicio del diseño del Programa Vive Salud han presentado algunas precisiones y ajustes metodológicos con la información disponible del HIS que servido

de principal insumo para el cálculo. Pues dado que se trabajó con información por establecimiento de salud, las estadísticas no fueron compatibles con la información distrital.

Con respecto del primer indicador, este se desagrega según el tipo de atención, de esta forma se destacan las citas realizadas en el marco de acciones preventivas promocionales (APP) cuyo incremento en el periodo 2021-2023 fue de 46 puntos porcentuales, las acciones preventivas conformadas por las APP más las realizadas en atenciones CRED a gestantes y a población con enfermedades no transmisibles (ENT) que en conjunto se incrementaron en 37%, las acciones de control que en el mismo periodo tuvieron un incremento del 1% y las acciones preventivas y de control que en conjunto se incrementaron en 14% para el mismo periodo.

Finalmente, el número de citas que se llevaron a cabo en torno a acciones preventivo-promocionales alcanzo su máximo en el 2022. Siendo el promedio de los tres años 43,914.

a) Atenciones preventivas y de control

Indicador inicial: Porcentaje de incremento de atenciones preventivas y de control de la salud de los usuarios de los servicios de salud del ámbito del AID-AII de AAQ (200-2-2)

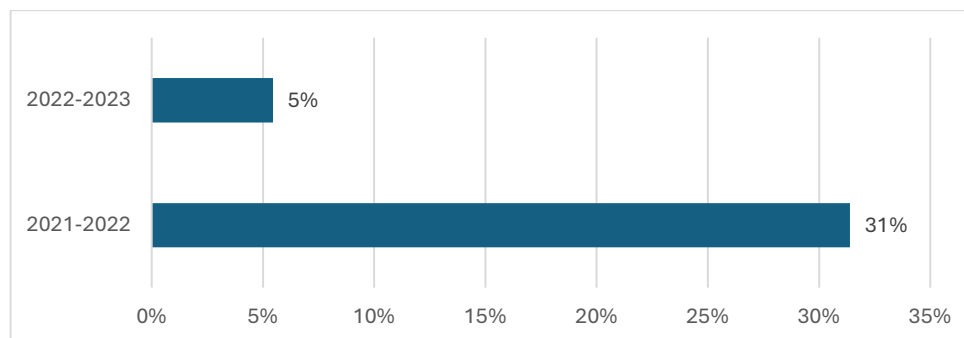
El presente indicador centra la atención en los casos que el sector salud a nivel preventivo y de control viene realizando en los ámbitos priorizados.

Tabla 13. Indicador de atenciones preventivas y de control en los ámbitos priorizados

Años	N° de atenciones de prevención y control	Variación interanual	Porcentaje de variación interanual
2021	153,500	-	-
2022	201,685	48,185	31%
2023	212,665	10,980	5%

Como consta en la presente tabla, se constata un incremento de las atenciones en términos absolutos y relativos, habiendo un incremento de 31 puntos porcentuales para el periodo 2021-2022, mientras que en el periodo 2022-2023 también se incrementaron las atenciones en 5 puntos porcentuales.

Ilustración 19. Porcentaje de incremento de atenciones preventivas y de control en salud de los usuarios en los ámbitos priorizados



Fuente: Encuesta a Hogares

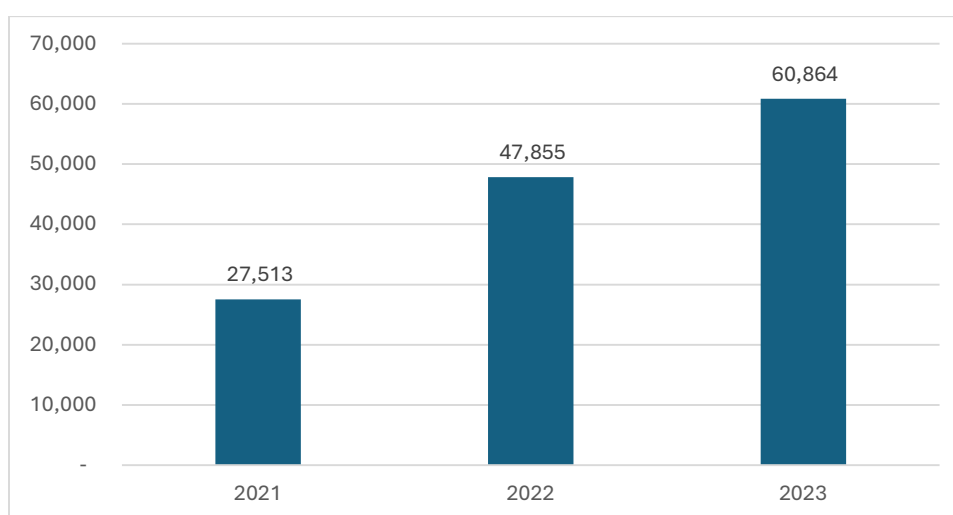
b) Acciones de promoción de la salud comunitaria

Indicador inicial: Número de acciones de promoción de la salud comunitaria ejecutadas por año con la participación de al menos 2 organizaciones locales (300-1-1).

El espíritu de este indicador apunta a visibilizar la participación de las organizaciones locales en las acciones de promoción de la salud. Sin embargo, una limitación identificada en este indicador es que a través del HIS no se ha podido rastrear las organizaciones locales que participan en las actividades preventivo-promocionales (APP). En ese sentido, se ha redefinido el indicador bajo la siguiente formulación:

Indicador propuesto: Número de acciones preventivo-promocionales de la salud comunitaria ejecutadas por año en el ámbito de influencia.

Ilustración 20. Número de acciones preventivo-promocionales en distritos priorizados del Programa Vive Salud



Fuente: HIS (DIRESA Moquegua)

Nota: Se ha consignado las citas como acciones que aparece registrado en el Manual del HIS

c) Indicadores de medición basal cero

Como parte del desarrollo del proyecto se han formulado indicadores que en una perspectiva temporal van a ser posibles de medir y que están condicionados con las actividades y acciones enmarcadas dentro de la implementación del Programa Vive Salud.

Tal medición será cuantificada con el desarrollo de las actividades y reportadas en los informes de gestión o sistemas administrativos de la implementación del programa a posteriori, por lo que no corresponde hacer estimaciones toda vez que ello depende de las actividades a ser realizadas por el Programa y que en sentido estricto el valor calculado es de “cero” en la línea de base. Se han identificado los siguientes indicadores de este tipo:

- Porcentaje de usuarios de los servicios de salud del ámbito del AID-AII de AAQ que participa en las acciones de promoción de la salud organizadas (110-1-1)
- Porcentaje de ACS de las comunidades coberturadas por los servicios de salud del ámbito del AID-AII de AAQ que aprueba las capacitaciones ejecutadas (120-1-1)

- Porcentaje de personal de los servicios de salud del ámbito del AID-AII de AAQ que aprueba las actividades de fortalecimiento de capacidades programadas (210-1-1)

6.3. A NIVEL DE LOS INDICADORES DE OFERTA

En el presenta apartado, se presenta información respecto de la situación actual al 2024 de los centros de salud visitados durante el trabajo de campo, pertenecientes al área de influencia de Anglo American.

En este nivel de indicadores interesa conocer la capacidad institucional que tiene el sistema de salud para movilizar la operatividad de los establecimientos del primer nivel de atención, explorando dimensiones de análisis relacionadas con el equipamiento, los insumos, el personal, las capacitaciones recibidas y el desempeño de su equipo humano.

La información recolectada a través de la ficha por establecimiento de salud se orientó a indagar las condiciones en las que se prestan los servicios de salud a la población del ámbito de influencia del proyecto, la línea de base identificó un conjunto de indicadores para este propósito, de la información procesada se tienen los siguientes reportes.

Tabla 14. Indicadores de Oferta

Formulación del Indicador	Valor	Fuente
- (220-1-1) Número de servicios de salud del ámbito de influencia de AAQ con brecha coberturada de equipos para las UPS: CRED, inmunizaciones, consulta médica (paquete ENT), salud mental y nutrición	Porcentaje de EESS: 0% Asumiendo que la brecha al año anterior fue del 100%.	Encuesta de EESS
- (212-1-1) Número de establecimientos de salud del ámbito del AIS de AAQ que reducen brecha de equipamiento en servicios priorizados (CRED, inmunizaciones, consulta médica (paquete ENT), salud mental y nutrición) por año.	0 Asumiendo que la brecha al año anterior fue del 100%.	Encuesta de EESS
- Porcentaje de UE de Salud de Moquegua que ejecutan al menos el 90% del PIM de los programas presupuestales.	80% al 2023	SIAF
- Porcentaje de Gobiernos Locales del ámbito de influencia de AAQ que asignaron recursos en el PP 0018 y ejecutaron al menos el 90% del PIM	0	SIAF

Análisis y reflexión del indicador:

Estos indicadores son adecuados porque se centran en asegurar que los servicios de salud estén equipados adecuadamente para brindar una amplia gama de servicios de prevención y promoción de la salud. Al cerrar la brecha de equipamiento en áreas específicas de atención médica, se puede mejorar la capacidad de los servicios de salud para ofrecer una atención integral y de calidad a la población.

Al respecto, se ha revisado la Norma Técnica de Salud N°113-MINSA-DIGIEM denominada Infraestructura y equipamiento de los Establecimientos del primer nivel de atención, donde se señala los equipos que debe de contar cada servicio sanitario. En cuanto al ámbito de referencia, se denomina Área I y Área II donde se encuentran ubicados los establecimientos de salud.

A su vez el segundo indicador proporciona una medida directa del progreso en la mejora del equipamiento en los establecimientos de salud para los servicios prioritarios, permitiendo además el impacto de las inversiones en equipamiento en la capacidad de los establecimientos de salud para ofrecer servicios en las temáticas priorizadas.

Por lo que es un indicador clave para monitorear el cumplimiento de los estándares de calidad y la promoción de la accesibilidad a los servicios de salud priorizados.

Sin embargo, dentro de las limitaciones se encuentra que la Norma Técnica de Salud N°113-MINSA-DIGIEM denominada Infraestructura y equipamiento de los Establecimientos del primer nivel de atención tiene casi diez años de antigüedad, y en ella se establecen los mínimos de equipamiento y no el total de equipamiento requerido en función de: (a) Cartera de servicios (que de acuerdo a los estándares normativos actuales debería tener un enfoque de Redes Integradas de Salud); (b) Infraestructura existente; y (c) recurso humano disponible. En segundo lugar, el indicador como tal no proporciona información detallada sobre la calidad del equipamiento y su tiempo de vida, el estado de mantenimiento preventivo y recuperativo, o el uso por el servicio de salud del equipamiento adquirido. Además, de no reflejar necesariamente una mejora en la prestación de servicios de salud atribuida a otros factores, como la capacitación del personal o la gestión eficaz, los cuales si no están adecuadamente abordados hacen difícil determinar si la reducción de la brecha de equipamiento se traduce directamente en una mejora en los resultados de salud de la población.

Por otro lado, el último indicador propuesto busca que se visibilice la real contribución de los Gobiernos Locales en relación con el Programa Presupuestal 0018 “Enfermedades No Transmisibles”. Sin embargo, es importante mencionar que el indicador como tal centra la atención en lo requerido, pero es importante que se pueda reflejar la ejecución de los Gobiernos Locales con relación al programa presupuestal señalado.

Como principal reflexión a partir de los indicadores presentados es la vigente necesidad de mejorar las condiciones en las que se imparte el servicio de salud en la zona de influencia. Del mismo modo, también destaca la necesidad de priorizar el gasto en salud, con énfasis del programa PP0018 en tanto aborda necesidades de salud que condicionan fuertemente la calidad y esperanza de vida de las personas.

En este sentido, se analiza la disponibilidad de equipos y las brechas existentes respecto de estándares mínimos de conservación y disponibilidad de estos. De otro lado, también se hace la medición del nivel de gasto de los gobiernos locales en el sector salud, específicamente en el PP 0018, buscando destacar los casos con una ejecución mayor o iguales al 90% del PIM del 2023. A la luz del análisis desarrollado, se constata que, en los años 2021, 2022 y 2023 ningún Gobierno Local del departamento de Moquegua no han contribuido a dicho programa. Sin embargo, es importantes destacar que el 80% de unidades ejecutoras presentes en el área de influencia de Anglo American Quellaveco.

6.3.1. Equipamiento de EES

La información recolectada indagó la disponibilidad de equipos en paquetes de atención para: a) Primera infancia (CRED, vacunas y tamizaje /suplementación de hierro); b) Prevención de enfermedades cardiovasculares (control adulto, antropometría, tamizaje glicemia, tamizaje HTA, referencia +); y c) Salud mental (tamizaje depresión/ansiedad y referencia).

Los resultados generales se presentan en la tabla que sigue:

Tabla 15. Nivel de cumplimiento del equipamiento en EES

EES	Resultado
Centro de Salud Carumas	No satisfactorio
Centro de Salud Chen Chen	No satisfactorio
Centro de Salud Mariscal Nieto	No satisfactorio
Puesto de Salud Arundaya	No satisfactorio
Puesto de Salud Bodeguilla	No satisfactorio
Puesto de Salud Cambrune	No satisfactorio
Puesto de Salud El Algarrobal	No satisfactorio
Puesto de Salud Pasto Grande	No satisfactorio
Puesto de Salud Puente Bello	No satisfactorio
Puesto de Salud Tumilaca	No satisfactorio
Puesto de Salud Yacango	No satisfactorio
Centro de Salud San Antonio	No satisfactorio
Centro de Salud Pampa Inalámbrica	No satisfactorio

En la tabla anterior, se puede apreciar que, en general, ninguno de los establecimientos visitados cumple con tener los equipos necesarios en una condición de conservación adecuada. Sin embargo, los resultados en detalle, sobre los ítems desagregados evidencia niveles de satisfacción diversos, como se muestra a continuación:

Tabla 16. Equipamiento en EES, según consultorio

EES	CRED	Inmunizaciones	Gestante	Salud Mental	No transmisibles	Porcentaje de Satisfactorio
Centro de Salud Carumas	No satisfactorio	Satisfactorio	No satisfactorio	No satisfactorio	No satisfactorio	20%
Centro de Salud Chen Chen	No satisfactorio	No satisfactorio	No satisfactorio	No satisfactorio	No satisfactorio	0%
Centro de Salud Mariscal Nieto	No satisfactorio	Satisfactorio	No satisfactorio	No satisfactorio	No satisfactorio	20%
Centro de Salud Pampa Inalámbrica	No satisfactorio	No satisfactorio	N/A	N/A	N/A	0%
Centro de Salud San Antonio	No satisfactorio	Satisfactorio	N/A	No satisfactorio	N/A	0%
Puesto de Salud Arundaya	No satisfactorio	No satisfactorio	No satisfactorio	N/A	N/A	0%
Puesto de Salud Bodeguilla	No satisfactorio	Satisfactorio	No satisfactorio	N/A	N/A	20%
Puesto de Salud Cambrune	No satisfactorio	Satisfactorio	No satisfactorio	N/A	N/A	20%
Puesto de Salud El Algarrobal	No satisfactorio	Satisfactorio	No satisfactorio	No satisfactorio	No satisfactorio	20%

Puesto de Salud Pasto Grande	No satisfactorio	Satisfactorio	No satisfactorio	N/A	N/A	20%
Puesto de Salud Puente Bello	No satisfactorio	No satisfactorio	No satisfactorio	N/A	No satisfactorio	20%
Puesto de Salud Tumilaca	No satisfactorio	Satisfactorio	No satisfactorio	No satisfactorio	N/A	20%
Puesto de Salud Yacango	No satisfactorio	No satisfactorio	No satisfactorio	N/A	No satisfactorio	0%

N/A: No aplica debido a que no respondieron la información solicitada

Como se observa en la tabla anterior, al interior de los espacios examinados, se aprecia que los equipos de CRED se encuentran en todos los casos en la condición no satisfactorio en tanto no tienen equipos adecuados y suficientes para cumplir con esa labor. Situación similar se aprecia en el equipamiento utilizado en la atención para gestantes.

Así también, entre las instituciones que destacan por tener más áreas con equipos adecuados y suficientes para la atención en sus consultorios destacan los consultorios de inmunizaciones en la mayor parte de los centros de salud, entre los que tenemos a los puestos de salud de Cambrune y el de Pasto Grande con un porcentaje de 20% de cumplimiento cada uno. Así también, entre las instituciones que destacan por tener más áreas con equipos adecuados y suficientes para la atención en sus consultorios destacan los consultorios de inmunizaciones en la mayor parte de los centros de salud, entre los que tenemos a los puestos de salud de Cambrune y el de Pasto Grande.

A continuación, se desagregan los resultados por el tipo de equipo, considerando tanto la disponibilidad como la calidad del equipo utilizado.

En primer lugar, en los consultorios destinados a la atención de CRED, se puede apreciar que el porcentaje de equipos adecuados⁵, considerados a partir del total disponibles en las EESS, es reducido. Siendo el caso de los “Tallímetro/cinta métrica” los equipos que obtienen un mayor porcentaje, pero que no supera el 50% (47%).

En segundo lugar, considerando todos los equipos disponibles (adecuados y no adecuados) por cada EESS se tiene un equipo de cada tipo, a excepción de la disponibilidad de “Tensiómetro aneroide rodable pediátrico – prenatal” y de la “Balanza de impedancia bioeléctrica” en los que no se tienen equipos suficientes para abastecer a todos los EESS.

Caso contrario sucede respecto al abastecimiento por consultorio, donde solo las balanzas pediátricas y los hemoglobinómetros son suficientes para un abastecimiento de todos los consultorios de los EESS analizados.

En tercer lugar, respecto a la disponibilidad de dichos equipos adecuados por y por EESS y consultorio, se aprecia que en promedio la cantidad de equipos disponibles es 0 en todos los tipos de equipos y en ambos casos; es decir, no se tienen los suficientes como para que cada EESS /consultorio reciba al menos un equipo adecuado de cada tipo.

Sin embargo, también conviene advertir que hay una escasez importante de “Tensiómetros aneroide rodables pediátricos – prenatal” y de “Balanzas de impedancia bioeléctrica” en tanto solo existe un equipo en toda la muestra de 13 EESS encuestados y los 17 consultorios disponibles en dichos EESS.

⁵ Se consideran equipos adecuados aquellos con un estado de conservación nuevo o bueno, mientras que no adecuados los de estados de conservación regular, malo y muy malo.

Tabla 17. Equipos biomédicos por estados de conservación

	Equipos Adecuados	Total de equipos	% de equipos adecuados	Numero de Equipos/ Establecimiento		Numero de Equipos/Numero de consultorios		Numero de Equipos Adecuados/ Establecimiento		Numero de Equipos adecuados/Numero de consultorios	
				Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear
Balanza Pediátrica	3	19	16%	1	1.46	1	1.12	-	0.23	-	0.18
Infantómetro	3	15	20%	1	1.15	-	0.88	-	0.23	-	0.18
Tallímetro/cinta métrica	7	15	47%	1	1.15	-	0.88	-	0.54	-	0.41
Coche metálico para curaciones	3	16	19%	1	1.23	-	0.94	-	0.23	-	0.18
Hemoglobinómetro	8	23	35%	1	1.77	1	1.35	-	0.62	-	0.47
Mesa de examen pediátrico	5	14	36%	1	1.08	-	0.82	-	0.38	-	0.29
Tensiómetro anerode rodable pediátrico - prenatal	0	1	0%	-	0.08	-	0.06	-	-	-	-
Balanza de impedancia bioeléctrica	0	1	0%	-	0.08	-	0.06	-	-	-	-

Por otro lado, respecto a la disponibilidad de equipos para la atención de inmunizaciones, el porcentaje de equipos adecuados es consistentemente mayor al obtenido en los consultorios CRED superando en todos los casos el 50%, y habiendo en promedio al menos un equipo de cada tipo que en condiciones adecuadas de calidad por establecimiento, con excepción de los congeladores. La disponibilidad de equipos es incluso mayor si se consideran los equipos de cada tipo que no están en condiciones adecuadas.

Así mismo, es importante advertir que los congeladores son los equipos que presentan más escasez, en tanto la cantidad de equipos adecuados alcanza para abastecer solo a 12 EESS, dejando uno sin equipo; de forma análoga respecto a la cantidad de consultorios se puede abastecer 12 consultorios de los 14 existentes en dichos EESS.

Tabla 18. Caracterización de los equipos de cadena de frío

	Equipos Adecuados	Total de equipos	% de equipos adecuados	Numero de Equipos/ Establecimiento		Numero de Equipos/Numero de consultorios		Numero de Equipos Adecuados/ Establecimiento		Numero de Equipos adecuados/Numero de consultorios	
				Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear
Refrigeración	15	24	63%	1	1.85	1	1.71	1	1.15	1	1.07
Termo	35	64	55%	4	4.92	4	4.57	2	2.69	2	2.50
Congelador	12	21	57%	1	1.62	1	1.50	-	0.92	-	0.86
Data Logger	14	24	58%	1	1.85	1	1.71	1	1.08	1	1.00

De otro lado, los equipos utilizados para la atención prenatal destacan en su mayoría por tener un porcentaje mayor al 50% de equipos adecuados, a excepción de las camillas metálicas y los tensiómetros. Así mismo, la cantidad de equipos disponibles (adecuados y no adecuados) por establecimiento son suficientes para que cada EESS tenga al menos un equipo. A pesar de ello, dicha cantidad no es adecuada para el abastecimiento de todos los consultorios de dichas EESS.

En esa misma línea, la cantidad de equipos adecuados resultan insuficientes para el abastecimiento a los establecimientos que brindan este servicio (11) y de sus consultorios, siendo una realidad vigente para todos los tipos de equipos.

Los equipos que se encuentran en condiciones más críticas son camillas, balanzas, balanzas-tallímetro, tensiómetros y glucómetros en los que hay menos de 5 equipos en condiciones adecuadas para abastecer a los 11 EESS y sus 13 consultorios.

27. ¿El EESS cuenta con los equipos para la atención prenatal? (Sí/No)

Tabla 19. Caracterización de equipos de atención pre natal

	Equipos Adecuados	Total de equipos	% de equipos adecuados	Numero de Equipos/ Establecimiento		Numero de Equipos/Numero de consultorios		Numero de Equipos Adecuados/ Establecimiento		Numero de Equipos adecuados/Numero de consultorios	
				Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear
Hemoglobinómetro	9	11	82%	1	1.00	-	0.85	-	0.82	-	0.69
Lámpara eléctrica	6	12	50%	1	1.09	-	0.92	-	0.55	-	0.46
Detector de latidos fetales	9	14	64%	1	1.27	1	1.08	-	0.82	-	0.69
Camilla metálica	3	12	25%	1	1.09	-	0.92	-	0.27	-	0.23
Balanza-Tallímetro	1	2	50%	-	0.18	-	0.15	-	0.09	-	0.08
Balanza	3	5	60%	-	0.45	-	0.38	-	0.27	-	0.23
Tallímetro	2	4	50%	-	0.36	-	0.31	-	0.18	-	0.15
Glucómetro	4	6	67%	-	0.55	-	0.46	-	0.36	-	0.31
Tensiómetro	2	14	14%	1	1.27	1	1.08	-	0.18	-	0.15

En lo que respecta a los equipos necesarios para la atención de la salud mental, se aprecia que hay un porcentaje bajo de equipos adecuados, y aun en los equipos en los que se aprecian porcentajes mayores al 50% se aprecia que la cantidad de equipos es reducida sin que sean suficientes para el abastecimiento de los EESS ni de sus consultorios. A esta regla solo aplican dos excepciones, tratándose de escritorios estándar y de sillas metálicas apilables. Cabe destacar que este es un servicio que no es brindado por todas las EESS encuestadas, siendo solo 6 EESS con 7 consultorios.

32. ¿El EESS cuenta con los equipos para la consejería y atención en salud mental? (Sí/No)

Tabla 20. Caracterización de equipos de salud mental

	Equipos Adecuados	Total de equipos	% de equipos adecuados	Numero de Equipos/ Establecimiento		Numero de Equipos/Numero de consultorios		Numero de Equipos Adecuados/ Establecimiento		Numero de Equipos adecuados/Numero de consultorios	
				Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear
Armario metálico de 2 puertas	2	3	67%	-	0.50	-	0.43	-	0.33	-	0.29
Atril rotafolio	0	3	0%	-	0.50	-	0.43	-	-	-	-
Bandeja acrílica doble para escritorio	0	2	0%	-	0.33	-	0.29	-	-	-	-
Computadora personal	2	4	50%	-	0.67	-	0.57	-	0.33	-	0.29
Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa accionada a pedal	1	5	20%	-	0.83	-	0.71	-	0.17	-	0.14
Escritorio estándar	1	7	14%	1	1.17	1	1.00	-	0.17	-	0.14
Papelera metálica de piso	0	3	0%	-	0.50	-	0.43	-	-	-	-
Percha metálica de	2	3	67%	-	0.50	-	0.43	-	0.33	-	0.29

	Equipos Adecuados	Total de equipos	% de equipos adecuados	Numero de Equipos/ Establecimiento		Numero de Equipos/Numero de consultorios		Numero de Equipos Adecuados/ Establecimiento		Numero de Equipos adecuados/Numero de consultorios	
				Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear
pared con 4 ganchos											
Silla metálica apilable	1	6	17%	1	1.00	-	0.86	-	0.17	-	0.14
Silla metálica giratoria rodable	2	5	40%	-	0.83	-	0.71	-	0.33	-	0.29
Teléfono IP de mesa uso general	0	1	0%	-	0.17	-	0.14	-	-	-	-
Vitrina metálica para anuncios con puertas corredizas de vidrio	0	0	0%	-	-	-	-	-	-	-	-

Al igual que en el caso previo, la disponibilidad de equipos para la atención de enfermedades no transmisibles en condiciones adecuadas es escasa, pues en la mayoría de los equipos este porcentaje no supera el 50% de equipos, y en los que sí se supera el 50%, la cantidad de equipos resultan insuficientes para la atención en los 6 EESS y sus 7 consultorios. Por lo que, ambos son servicios que se encuentran en condiciones críticas.

Tabla 21. Caracterización de equipos de ENT

	Equipos Adecuados	Total de equipos	% de equipos adecuados	Numero de Equipos/ Establecimiento		Numero de Equipos/Numero de consultorios		Numero de Equipos Adecuados/ Establecimiento		Numero de Equipos adecuados/Numero de consultorios	
				Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear
Armario metálico de 2 puertas	2	6	33%	1	1.00	-	0.75	-	0.33	-	0.25
Atril rotafolio	0	0	0%	-	-	-	-	-	-	-	-
Bandeja acrílica doble para escritorio	0	1	0%	-	0.17	-	0.13	-	-	-	-
Computadora personal	2	3	67%	-	0.50	-	0.38	-	0.33	-	0.25
Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa accionada a pedal	2	2	100%	-	0.33	-	0.25	-	0.33	-	0.25
Escritorio estándar	3	7	43%	1	1.17	-	0.88	-	0.50	-	0.38
Papelera metálica de piso	3	3	100%	-	0.50	-	0.38	-	0.50	-	0.38
Silla metálica apilable	2	7	29%	1	1.17	-	0.88	-	0.33	-	0.25

	Equipos Adecuados	Total de equipos	% de equipos adecuados	Numero de Equipos/ Establecimiento		Numero de Equipos/Numero de consultorios		Numero de Equipos Adecuados/ Establecimiento		Numero de Equipos adecuados/Numero de consultorios	
				Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear	Equipos	Sin redondear
Silla metálica giratoria rodable	3	7	43%	1	1.17	-	0.88	-	0.50	-	0.38

Con la finalidad de identificar las causas que originan los resultados descritos a nivel general y por ítems, se profundizó en la información más fina para explicar los niveles de satisfacción de cada establecimiento de salud a través de variables referidas a:

- a. Equipos
- b. Insumos
- c. Personal asistencial

Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 22. Detalle de las condiciones de EES, según ítems específicos

EES	CRED		Inmunizaciones		Gestante			Salud Mental			No transmisibles		Laboratorios		Espacios Demostrativos		CRED	Inmuniza	Gestante	Salud	No	Laborator	Demostra	Porcen
	Equipos	Personal	Equipos	Personal	Equipos	Personal técnico	Personal obstétrico	Equipos	Personal psicológico	Personal psiquiátrico	Equipos	Personal	Equipos	Insumos	Personal	Insumos								
Centro de Salud Carumas	No satisfactorio	No	Satisfactorio	No	No satisfactorio	No	No	No satisfactorio	Sí	No	No satisfactorio	No	No satisfactorio	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	1	1	1	1	2	1	1	0%
Centro de Salud Chen Chen	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	No	No satisfactorio	No	Sí	No satisfactorio	No	Sí	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	1	2	2	2	2	1	1	0%
Centro de Salud Mariscal Nieto	No satisfactorio	Sí	Satisfactorio	Sí	No satisfactorio	Sí	Sí	No satisfactorio	Sí	Sí	No satisfactorio	No	No satisfactorio	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	1	1	1	1	1	1	1	20%
Puesto de Salud Arundaya	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	No	No satisfactorio	Sí	No	Satisfactorio	No	No	Satisfactorio	No	No satisfactorio	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	1	1	1	0	0	1	1	0%
Puesto de Salud Bodeguilla	No satisfactorio	Sí	Satisfactorio	No	No satisfactorio	No	No	Satisfactorio	No	No	Satisfactorio	No	No satisfactorio	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	1	1	1	0	0	1	1	0%
Puesto de Salud Cambrune	No satisfactorio	No	Satisfactorio	No	No satisfactorio	No	Sí	Satisfactorio	No	Sí	Satisfactorio	No	No satisfactorio	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	1	1	2	0	0	1	1	0%
Puesto de Salud El Algarrobal	No satisfactorio	Sí	Satisfactorio	No	No satisfactorio	Sí	Sí	No satisfactorio	Sí	Sí	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	1	1	1	1	1	1	1	0%
Puesto de Salud Pasto Grande	No satisfactorio	Sí	Satisfactorio	No	No satisfactorio	No	Sí	Satisfactorio	No	Sí	Satisfactorio	No	No satisfactorio	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	1	1	1	0	0	1	1	0%
Puesto de Salud Puente Bello	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	No	No satisfactorio	Sí	Sí	Satisfactorio	No	Sí	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	1	1	1	0	1	1	1	0%
Puesto de Salud Tumilaca	No satisfactorio	Sí	Satisfactorio	No	No satisfactorio	No	Sí	No satisfactorio	No	Sí	Satisfactorio	No	No satisfactorio	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	1	1	1	1	0	1	1	0%

EESS	CRED		Inmunizaciones		Gestante			Salud Mental			No transmisibles		Laboratorios		Espacios Demostrativos		CRED	Inmuniza	Gestante	Salud	No	Laborator	Demuestra	Porcentaje de Satisfacción
	Equipos	Personal	Equipos	Personal	Equipos	Personal técnico	Personal obstétrico	Equipos	Personal psicológico	Personal psiquiátrico	Equipos	Personal	Equipos	Insumos	Personal	Insumos								
Centro de Salud Pampa Inalámbrica	No satisfactorio	Sí	No satisfactorio	Sí	N/A	No	Sí	N/A	No	No	N/A	No	No satisfactorio	N/A	No	No satisfactorio	3	1	0	0	0	1	1	0%
Centro de Salud San Antonio	No satisfactorio	Sí	Satisfactorio	No	N/A	Sí	Sí	No satisfactorio	Sí	No	N/A	No	No satisfactorio	No satisfactorio	No	No satisfactorio	3	1	0	1	0	1	1	0%
Puesto de Salud Yacango	No satisfactorio	No	No satisfactorio	No	No satisfactorio			N/A	Sí	No	No satisfactorio	Sí	Satisfactorio	No satisfactorio	N/A	N/A	1	1	1	0	1	1	0	0%

En el análisis por EESS y servicio, a partir de la disponibilidad de personal, insumos y equipamiento, se aprecia que hay limitaciones en la planificación de adquisición de insumos y asignación de personal en tanto que, en algunos EESS, cuentan con equipos necesarios y suficientes, pero no cuentan con personal o insumos.

Respecto a la disponibilidad de medicamentos e insumos de la farmacia, se aprecia que la realidad es dura, en tanto el porcentaje de EESS con insumos suficientes para la provisión de los servicios de salud por un periodo de 6 meses oscila entre el 0% y el 33% para insumos utilizados en la atención de CRED y atención a gestantes. En contraste se presenta la disponibilidad de vacunas en las que el porcentaje oscila entre el 25% y el 50%. La disponibilidad de medicamentos es adecuada en el 42% de establecimientos de salud.⁶

A pesar de ello, hay un déficit importante en el abastecimiento de los tres tipos de medicamentos e insumos.

Tabla 23. Abastecimiento según medicamentos

	EESS con insumos suficientes ⁷	EESS con insumos insuficientes	Porcentaje de EESS con Insumos suficientes	Promedio de Stock	Promedio de Consumo
Micronutrientes (caja de 30 sobrecitos)	0	12	0%	-	518
Hierro en gotas	4	8	33%	160	50
Hierro en presentación polimaltosado	1	11	8%	38	25
Sulfato ferroso	1	10	8%	19	207
Ácido fólico	3	8	25%	796	291
Vacuna contra el neumococo iny 1 dosis	3	8	25%	74	45
Vacuna contra el rotavirus PVL 1 dosis	6	5	50%	31	27
Clorhexidina gluconato / triclosan	5	6	42%	9	5

De otro lado, se aprecia que en general la cantidad de insumos de utilizados para las sesiones demostrativas es reducida, en tanto para algunos insumos como: platos grandes, cuchillos de mesa, vasos de plástico, envases con tapa, jabón, secador de vajilla y toalla de mano; la cantidad de utensilios es escasa, rondando la cantidad de equipos entre 0 o 1 el 25% de EESS.

Prueba de esto, es que en dichos utensilios la cantidad de establecimientos que no tienen dicho utensilio es mayor, oscilando entre 3 a 6 EESS según el tipo de utensilio.

⁶ Se analizaron 12 establecimientos, sin embargo, en el Puesto de Salud Tumilaca no se entregó información que permitió valorar su stock de medicamentos, en los siguientes casos: Sulfato ferroso, Ácido fólico, Vacuna contra el neumococo iny 1 dosis, Vacuna contra el rotavirus PVL 1 dosis y Clorhexidina gluconato / triclosan

⁷ Se considera con insumos suficientes tener en stock al menos 6 veces el promedio del consumo del último mes.

Tabla 24. Items para las sesiones demostrativas

	Promedio truncado ⁸	Mediana	Percentil 0.25	IQR	Mínimo	Máximo	EES sin insumos
Platos grandes	6	10	1	11	0	12	3
Platos medianos	6	6	4	8	0	12	2
Cucharadas	7	6	6	6	2	12	0
Tenedores	8	10	6	6	2	12	0
Cuchillo de mesa	5	4	1	8	0	12	2
Vasos de plástico	3	3	0	6	0	10	4
Jarra	1	2	1	2	0	6	3
Bidón de plástico con caño o equivalente (balde, botella u otro)	0	1	0	1	0	2	4
Tina	1	1	1	1	0	4	3
Envases con tapa	1	0	0	2	0	5	6
Mandiles	9	6	6	6	0	25	1
Gorros	27	8	6	17	0	200	1
Jabón	7	1	1	4	0	51	3
Secador de vajilla	1	1	0	2	0	5	4
Toallas de mano	1	1	0	3	0	4	5
Cuchillo de cocina	1	1	1	2	0	3	2
Bolsa de basura	54	20	5	72	0	300	3

6.3.2. Presupuesto requerido por servicios ofrecidos en la cartera de servicios de la RIS

El indicador “% de presupuesto requerido por los servicios ofrecidos en la cartera de servicios de la RIS que es coberturado por fuentes del Estado” busca visibilizar la cartera de servicios de la RIS que es coberturado por los recursos del Estado, con el objetivo que represente un mayor porcentaje dentro del conjunto del presupuesto asignado. La información disponible no

⁸ Se presenta solo la parte entera del promedio aritmético.

permitió estimar este indicador, toda vez que no hay cadenas programáticas que permitan garantizar la trazabilidad del gasto.

6.3.3. Presupuesto de los GL en el marco del PP 0018“Enfermedades No Transmisibles

El indicador propuesto busca que se visibilice la real contribución de los Gobiernos Locales en relación con el Programa Presupuestal 0018 “Enfermedades No Transmisibles”. Sin embargo, es importante mencionar que el indicador como tal centra la atención en lo requerido, pero es importante que se pueda reflejar la ejecución de los Gobiernos Locales en relación con el programa presupuestal señalado.

A la luz del análisis desarrollado, se constata que, en los años 2021, 2022 y 2023 ningún Gobierno Local del departamento de Moquegua no han contribuido a dicho programa.

Tabla 25. Contribución de los Gobiernos Locales al PP 0018, según departamentos

Año 2021		Año 2022		Año 2023	
Devengado Total	3,775,244	Devengado Total	6,683,432	Devengado Total	4,810,120
02: ANCASH	0	01: AMAZONAS	195,175	01: AMAZONAS	62,520
04: AREQUIPA	12,000	02: ANCASH	58,800	02: ANCASH	0
05: AYACUCHO	0	03: APURIMAC	0	03: APURIMAC	2,535
06: CAJAMARCA	213,856	04: AREQUIPA	1,914,987	04: AREQUIPA	0
08: CUSCO	41,100	05: AYACUCHO	1,500	05: AYACUCHO	0
10: HUANUCO	0	06: CAJAMARCA	76,699	06: CAJAMARCA	74,260
11: ICA	77,055	08: CUSCO	1,375,161	08: CUSCO	3,838,235
12: JUNIN	0	10: HUANUCO	308,679	09: HUANCVELICA	39,000
13: LA LIBERTAD	2,771,312	11: ICA	54,460	10: HUANUCO	46,352
15: LIMA	234,935	12: JUNIN	1,428,323	11: ICA	42,362
16: LORETO	414,318	13: LA LIBERTAD	1,113,611	12: JUNIN	413,337
19: PASCO	0	15: LIMA	30,346	13: LA LIBERTAD	7,123
20: PIURA	10,668	16: LORETO	0	15: LIMA	5,665
		19: PASCO	0	16: LORETO	0
		20: PIURA	0	19: PASCO	1,999
		21: PUNO	125,691	20: PIURA	1,400
				21: PUNO	275,332

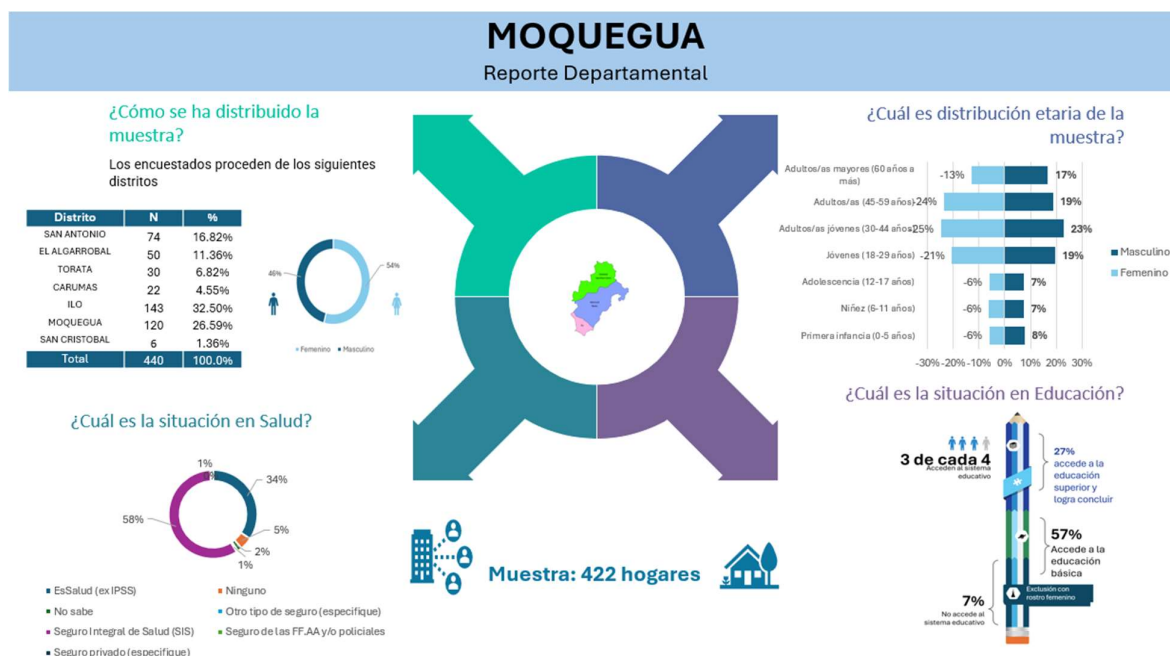
Como se constata en la tabla precedente, no hay ningún Gobierno Local del departamento de Moquegua que contribuya en el financiamiento del PP 0018. De igual forma, se precisa el indicador con la referencia a visibilizar la ejecución efectiva a nivel de Devengado:

Indicador propuesto: % de presupuesto ejecutado por los gobiernos locales para acciones en el marco del PP0018.

6.4. A NIVEL DE LOS INDICADORES DE DEMANDA

En esta sección la información recolectada se enfoca en variables para caracterizar a la población demandante potencialmente a partir de su ubicación en el radio de acción de los EESS seleccionados para el estudio de la línea de base.

Ilustración 21. Reporte general del ámbito del Programa Vive Salud en Moquegua



6.4.1. Características de los miembros del hogar

Tabla 26. Indicadores de las características del hogar

Formulación del Indicador	Valor	Fuente
Porcentaje de población masculina y femenina	<ul style="list-style-type: none"> Masculina: 46% Femenina: 54% 	IT01 Encuesta a Hogares
Número/Porcentaje de población encuestada por grupo etario.	<ul style="list-style-type: none"> Primera Infancia (0-5 años): <ul style="list-style-type: none"> M: 8% F: 6% Niñez (6-11 años): <ul style="list-style-type: none"> M: 7% F: 6% Adolescencia (12-17 años): <ul style="list-style-type: none"> M: 7% F: 6% Jóvenes (18-29 años): <ul style="list-style-type: none"> M: 19% F: 21% Adultos(as) jóvenes (30-44 años) <ul style="list-style-type: none"> M: 25% F: 23% Adultos(as) 	IT01 Encuesta a Hogares

Formulación del Indicador	Valor	Fuente
	<ul style="list-style-type: none"> - M: 19% - F: 24% • Adultos mayores (60 años a más) <ul style="list-style-type: none"> - M: 17% - F: 13% 	
Porcentaje de población según estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero(a): 48% • Casado(a): 22% • Conviviente: 21% • Separado(a): 4% • Viudo(a): 3% • Divorciado(a): 2% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de población según último grado de instrucción alcanzado	<ul style="list-style-type: none"> • Inicial completa: 0.63% • Inicial incompleta: 1.81% • Ninguno: 7.23% • Primaria completa: 5.06% • Primaria incompleta: 10.57% • Secundaria completa: 27.10% • Secundaria incompleta: 11.02% • Superior no universitaria completa (técnico o pedagógico): 14.36% • Superior no universitaria incompleta (técnico o pedagógico): 5.15% • Superior universitaria completa: 12.56% • Superior universitaria incompleta: 4.52% 	IT01 Encuesta a Hogares

Análisis y reflexión sobre el indicador:

La propuesta por parte del equipo consultor con la cual se diseñó los indicadores de demanda para obtener un panorama sobre las características de los miembros del hogar, características de la vivienda y acceso a servicios, y el acceso a servicios de salud.

En base a abordar los indicadores de demanda sobre las características de los miembros del hogar, se diseñó el indicador de *Población encuestada según sexo*, como un punto de inicio para identificar el porcentaje de población masculina y femenina gracias al cálculo del porcentaje del Sexo "S" = Número de personas del Sexo "S" / Número de miembros de hogar encuestados. Mediante el cual se registró una población femenina mayoritaria del 54% y una población masculina del 46%.

En función a los indicadores de demanda sobre las características de los miembros del hogar, se diseñó el indicador *Porcentaje de población encuestada según sexo por distritos*, con lo que se fundamentó y determinó que dicho indicador permitirá conocer la distribución de la población por grupos de edades, de manera tal que permita orientar los esfuerzos, requerimientos y distribución del recurso humano para las acciones de prevención, promoción y atención.

Siguiendo la misma línea, se planteó el indicador basándonos en el número/porcentaje de población encuestada según grupo etario al que pertenece, usando el porcentaje del Grupo etario "G" = Número de personas del Grupo etario "G" / Número de miembros de hogar encuestados, lo cual nos generó los siguientes valores según cada grupo etario por sexo: 1) Primera infancia (0 - 5 años): Masculino con 8% y femenino con 6%; 2) Niñez (6 - 11 años): Masculino con 7% y femenino con 6%; Adolescencia (12 - 17 años): Masculino con 7% y femenino con 6%; Jóvenes (18 - 29 años): Masculino con 19% y femenino con 21%; Adultos(as)

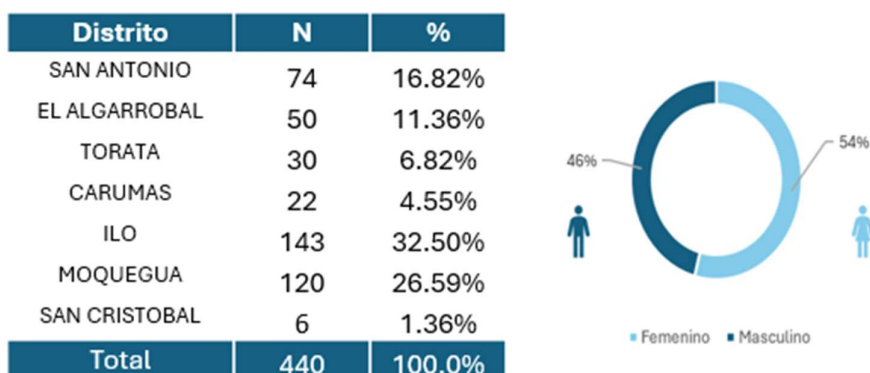
jóvenes (30 – 44 años): Masculino con 25% y femenino con 23%; Adultos(as): Masculino con 19% y femenino con 24%; Adultos mayores (60 años a más): Masculino con 17 y femenino con 13%.

Por último, el equipo consultor consideró pertinente el visibilizar el nivel educativo de la población, por lo que definió el indicador *Porcentaje de población según último grado de instrucción alcanzado*, con la finalidad de conocer la información del nivel de estudios alcanzados, y aporta elementos para las acciones de promoción y formativas propuestas a nivel comunitario. Para esto, se calculó el porcentaje del Grado de instrucción "I" = Número de miembros de la familia que alcanzaron el Grado de instrucción "I" / Número de miembros de hogar encuestados, con lo que se obtuvo la siguiente información: 1) Inicial completa: 0.63%, 2) Inicial incompleta: 1.81%, 3) Ninguno: 7.23%, 4) Primaria completa: 5.06%, 5) Primaria incompleta: 10.57%, 6) Secundaria completa: 27.10%, 7) Secundaria incompleta: 11.02%, 8) Superior no universitaria completa (técnico o pedagógico): 14.36%, 9) Superior no universitaria incompleta (técnico o pedagógico): 5.15%, 10) Superior universitaria completa: 12.56%, 11) Superior universitaria incompleta: 4.52%.

A continuación, se detallan los principales hallazgos sobre las características de los miembros del hogar:

a) Población encuestada según sexo por distritos

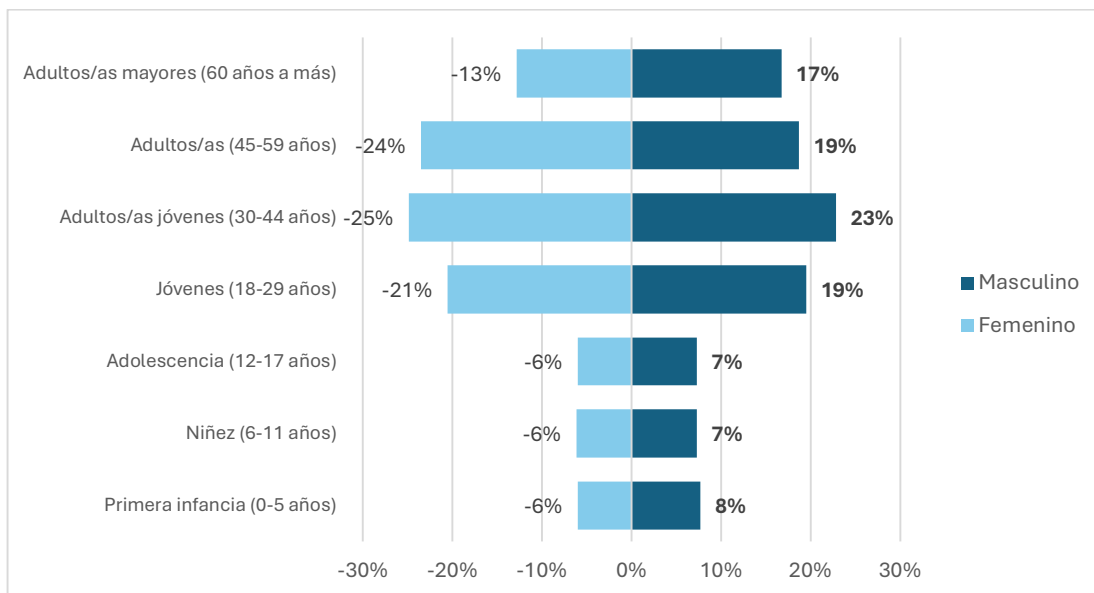
Ilustración 22. Población según sexo



Los hogares seleccionados en la muestra (440 casos) se distribuyen proporcionalmente en los 7 distritos donde el proyecto trabaja, así tenemos que el mayor porcentaje se ubica en Ilo (32.5%) mientras que en San Cristóbal se ubica con la menor cantidad y puntuación porcentual con solo un hogar encuestado (0.2%).

b) Población encuestada según grupo etario y sexo

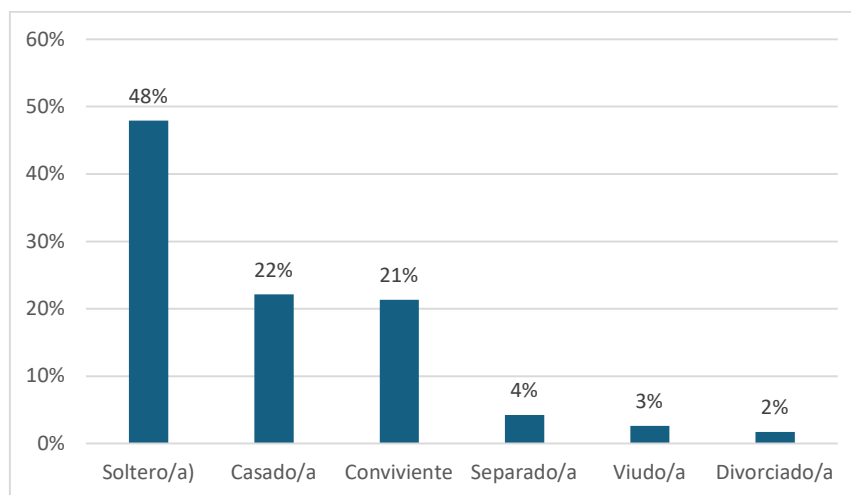
Ilustración 23. Proporción de las personas encuestadas según sexo y grupos etarios – Departamento de Moquegua



Si observamos la estructura etaria y el sexo de la población en los hogares encuestados, tenemos una pirámide invertida, en el caso del sexo femenino con 70% y 61% en el masculino; donde ambos se concentran entre el rango de edad de 18 hasta 59 años. Además, se evidenció una mayor cantidad de mujeres que hombre en este mismo rango de edades. Por otro lado, la población entre 0 y 17 años se ubica entre el 18% (mujeres) y 22% (hombres). Siendo entonces una población con mayor densidad demográfica en el grupo etario de adultos(as) jóvenes (30 – 44 años) con 25% y 23% para el caso del sexo femenino y masculino correspondientemente.

c) Población según estado civil

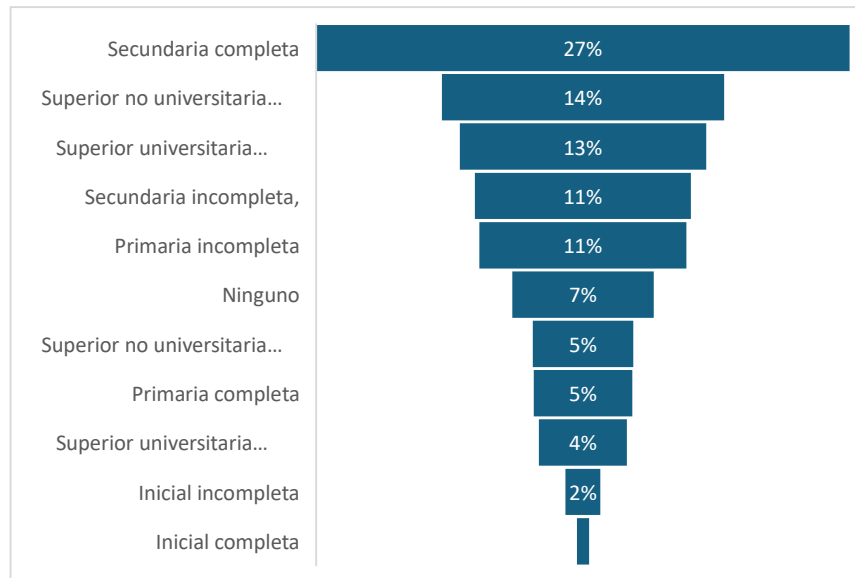
Ilustración 24. Proporción de los encuestados según estado civil - Departamento Moquegua



Considerando el estado civil, una gran mayoría se declara soltero/a; el 22% casado/a y el 21% es conviviente; es decir el 43% tiene pareja. La proporción de separados, viudos y divorciados llega, en conjunto, al 9%.

d) Población según grado de instrucción

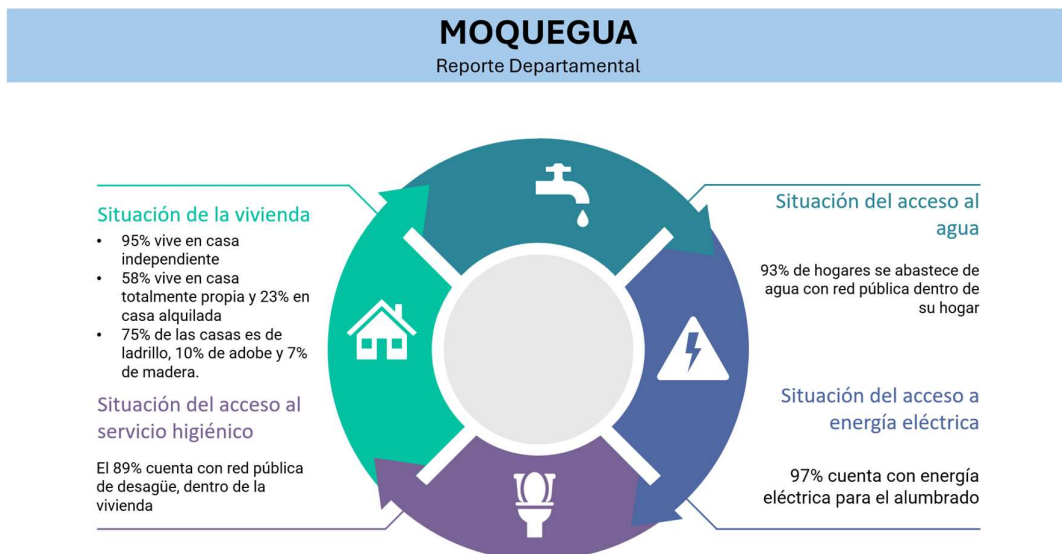
Ilustración 25. Proporción de encuestados según Grado de instrucción – Departamento Moquegua



Con relación al acceso a los servicios educativos, el 57% accedió a la educación básica (inicial, primaria y secundaria); el 27% accede a la educación superior y logra concluir; en resumen 3 de cada 4 personas que forman parte de los hogares encuestados han accedido a los servicios educativos.

6.4.2. Características de la vivienda y acceso a servicios básicos

Ilustración 26. Reporte departamental



a) **Situación de la vivienda**

Tabla 27. Indicadores sobre las características de la vivienda y accesos a servicios básicos

Formulación del Indicador	Valor	Fuente
Porcentaje de hogares según tipo	<ul style="list-style-type: none"> • Casa independiente: 95% • Chozo o cabaña: 1% • Departamento en edificio: 2% • Local no destinado para habitación humana: 0% • Vivienda en quinta: 1% • Otros: 1% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de tipo de propiedad de los hogares	<ul style="list-style-type: none"> • Alquilada: 23% • Propia, comprada a plazos: 1% • Propia, por invasión: 12% • Propia, totalmente pagada: 58% • Otros: 6% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de hogares según el tipo de material de su construcción.	<ul style="list-style-type: none"> • Adobe o tapia: 10% • Estera: 1% • Ladrillo o bloque de cemento: 75% • Madera (pona, tornillo, etc): 7% • Piedra o sillar con cal o cemento: 1% • Quincha (caña con barro): 0% • Otros: 6% 	IT01 Encuesta a Hogares

Análisis y reflexión sobre el indicador:

Continuando los indicadores sobre las características de la vivienda y acceso a servicios, se estableció relevante el tener correctamente mapeado indicadores que permitan identificar las condiciones de la población.

Por lo cual se utilizó el indicador de *Porcentaje de viviendas según tipo*, mediante el cual podemos identificar y caracterizar los tipos de viviendas en donde residen las personas encuestadas. Se realizó la medición en base al porcentaje del tipo de vivienda "T" = Número viviendas del tipo "T" / Número hogares encuestados. A lo que se obtuvo como resultado que la población que participó de la encuesta a hogares, una mayor cantidad tenía una casa independiente (95%), mientras que con un menor número se identificó hogares como: Chozo o cabaña (1%), departamento en edificio (2%), local no destinado para habitación humana (0%), vivienda en quinta (1%) y otros (1%).

Como parte de los indicadores sobre características de la vivienda y acceso a servicios básicos, se estableció el registrar el *Porcentaje de tipo de propiedad de las viviendas*, en donde se elaboró y generó el porcentaje del tipo de propiedad de vivienda "P" = Número viviendas del tipo de propiedad de vivienda "P" / Número hogares encuestados. A lo que se obtuvo las siguientes estadísticas: 1) Alquilada: 23%, 2) Propia, comprada a plazos: 1%, 3) Propia, por invasión: 12%, 4) Propia, totalmente pagada: 58%, 5) Otros: 6%.

Así mismo, se trabajó un indicador con el fin de medir el *Porcentaje de viviendas según el tipo de material de su construcción*, para lo que se utilizaría el cálculo en base al porcentaje del tipo de material constructivo "M" = Número viviendas del tipo de material constructivo "M" / Número hogares encuestados. Con lo que se generó la siguiente información al respecto de los hogares de la población a la que se le aplicó la encuesta: 1) Ladrillo o bloque de cemento (75%),

2) Adobe o tapia (10%), 3) Estera (1%), 4) Madera (7%), 5) Piedra o sillar con cal o cemento (1%), 6) Otros (6%).

Tabla 28. Proporción de hogares según tipo de vivienda – Departamento Moquegua

Tipo de Vivienda	N	%
Casa independiente	418	95%
Choza o cabaña	5	1%
Departamento en edificio	8	2%
Local no destinado para habitación humana	1	0%
Vivienda en quinta	1	0%
Vivienda improvisada	4	1%
Otros	3	1%
Total	440	100%

El tipo de vivienda de las familias encuestadas se concentra en la categoría de casa independiente con un porcentaje bien diferenciado (95%), seguida por departamento en edificio con 2%. Se encontraron 14 viviendas en las categorías analizadas restantes.

Tabla 29. Proporción de hogares según la propiedad de la vivienda – Departamento Moquegua

Propiedad de la vivienda	N	%
Alquilada	99	23%
Propia, comprada a plazos	5	1%
Propia, por invasión	53	12%
Propia, totalmente pagada	255	58%
Otros	28	6%
Total	440	100%

La situación con respecto a la propiedad de las viviendas son las siguientes: Vivienda propia (totalmente pagado) con el 58%, mientras que la siguiente categoría, las viviendas alquiladas con el 23%; además, un detalle importante que la información nos señaló es que el 12% de viviendas son propias por invasión, siendo la tercera categoría con mayor puntuación porcentual.

Tabla 30. Proporción de hogares según material de la vivienda – Departamento Moquegua

Material de la Vivienda	N	%
Adobe o tapia	44	10%
Estera	3	1%
Ladrillo o bloque de cemento	330	75%
Madera (pona, tornillo, etc.)	31	7%
Piedra o sillar con cal o cemento	3	1%
Quincha (caña con barro)	2	0%
Otros	27	6%
Total	440	100%

Con relación al material de la vivienda, el 75% son de material noble (ladrillo y cemento); el 10% son de adobe o tapia, un 7% de madera y el 6% de otros materiales. De sillar, estera y quincha se encontraron 8 viviendas.

b) Situación del acceso al agua y desagüe

Tabla 31. Indicadores sobre el abastecimiento de agua y servicios higiénicos en el hogar

Formulación del Indicador	Valor	Fuente
Porcentaje de hogares según el tipo de abastecimiento de agua	<ul style="list-style-type: none"> • Camión cisterna u otro similar: 1% • No tiene: 2% • Pilón de uso público: 1% • Pozo: 1% • Red pública, dentro de la vivienda (agua potable): 93% • Red pública, fuera de la vivienda, pero dentro del edificio: 1% • Río, acequia, manantial o similar: 1% • Otro: 0% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de hogares según el tipo de conexión de los servicios higiénicos de las hogares	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene: 2% • Pozo ciego o negro / letrina: 4% • Pozo séptico: 3% • Red pública de desagüe, dentro de la vivienda: 89% • Red pública, fuera de la vivienda, pero dentro del edificio: 1% • Otro: 1% 	IT01 Encuesta a Hogares

Análisis y reflexión sobre el indicador:

Con respecto al acceso de abastecimiento de agua y desagüe (servicios higiénicos), se consideró dos indicadores, con el fin de conocer la situación sobre el acceso de agua. El primero, fue medir el *Porcentaje de viviendas según el tipo de abastecimiento de agua*, indicador que permite caracterizar los tipos de abastecimiento de agua que tienen las viviendas en donde residen los encuestados del hogar, para el que se realizó el método de cálculo basado en el porcentaje del tipo de abastecimiento "A" = Número viviendas del tipo de abastecimiento " A " / Número hogares encuestados. Entonces, se obtuvo que la mayoría de la población cuenta una red pública, dentro de la vivienda (agua potable) con un 93%, como siguiente categoría se obtuvo que la opción de No tiene (2%), y donde las categorías restantes no superaban el 1%, como camión cisterna u otro similar (1%), Pilón de uso público (1%), Pozo (1%), Red pública, fuera de la vivienda, pero dentro del edificio (1%), Río, acequia, manantial o similar (1%).

El segundo indicador para identificar el acceso de abastecimiento de agua y desagüe se planteó el medir *Porcentaje de viviendas según el tipo de conexión de los servicios higiénicos de las viviendas*, indicador que permite caracterizar los tipos de conexión de los servicios higiénicos que tienen las viviendas en donde residen los encuestados del hogar, donde se utilizó el cálculo para conocer el porcentaje del tipo de conexión de los servicios higiénicos "D" = Número viviendas del tipo de conexión de los servicios higiénicos "D" / Número hogares encuestados. Es

mediante esta estadística que se identificó que el 89% posee una red pública de desagüe, dentro de la vivienda, una cantidad más reducida usa un pozo ciego o negro (4%), pozo séptico (3%), no tienen (2%), red pública, fuera de la vivienda, pero dentro del edificio (1%), otro (1%).

Tabla 32. Proporción de hogares con conexión de agua en la vivienda – Departamento Moquegua

Conexión de agua en la vivienda	N	%
Camión cisterna u otro similar	4	1%
No tiene	7	2%
Pilón de uso público	5	1%
Pozo	4	1%
Red pública, dentro de la vivienda (agua potable)	407	93%
Red pública, fuera de la vivienda, pero dentro del edificio	5	1%
Río, acequia, manantial o similar	6	1%
Otro	2	0%
Total	440	100%

El acceso a servicios de agua para el consumo humano de concentra en la red pública dentro de la vivienda (93%); solo en 7 viviendas (2%) declaran no tener acceso al servicio.

Así mismo, se identificaron más de 20 viviendas que tienen como fuente de abastecimiento el río/acequia; red pública, fuera de la vivienda, pero dentro del edificio, pozo, pilón o Camión cisterna u otro similar.

Tabla 33. Proporción de hogares con desagüe en la vivienda – Departamento Moquegua

Desagüe en la Vivienda	N	%
No tiene	8	2%
Pozo ciego o negro / letrina	19	4%
Pozo séptico	13	3%
Red pública de desagüe, dentro de la vivienda	393	89%
Red pública, fuera de la vivienda, pero dentro del edificio	4	1%
Otro	3	1%
Total	440	100%

Si tomamos en cuenta el acceso a servicios de desagüe una proporción mayoritaria se concentra en la red pública dentro de la vivienda (89%), cuatro puntos porcentuales menos que el acceso a la red pública de agua (93%).

El 7% dispone las excretas en pozo séptico y pozo ciego/letrina; en 8 viviendas (2%) declaran no tener acceso al servicio, similar al caso del acceso al agua para consumo humano.

c) **Situación de acceso a energía eléctrica**

Tabla 34. Indicadores sobre el acceso de energía eléctrica

Formulación del Indicador	Valor	Fuente
Porcentaje de viviendas según el tipo de energía para el alumbrado	<ul style="list-style-type: none"> • Electricidad: 97% • No tiene/ No cuenta: 1% • Vela: 1% • Otros: 1% 	IT01 Encuesta a Hogares

Análisis y reflexión sobre el indicador:

El equipo evaluador diseñó el indicador para medir el *Porcentaje de viviendas según el tipo de energía para el alumbrado*, indicador que permite caracterizar el tipo de alumbrado que tienen las viviendas en donde residen los encuestados del hogar, para lo que se utilizó el cálculo de Porcentaje del tipo de conexión de energía para el alumbrado "E" = Número viviendas del tipo de conexión de energía para el alumbrado "E" / Número hogares encuestados. Con lo que se obtuvo que la mayor cantidad de personas que participaron en la encuesta sí cuenta con un servicio de Electricidad (97%), las categorías restantes como: No tiene / No cuenta (1%), Vela (1%), Otros (1%), ninguno superaba el 1%.

Tabla 35. Proporción de hogares con alumbrado en la vivienda – Departamento Moquegua

Alumbrado en la vivienda	N	%
Electricidad	427	97%
Generados	1	0%
No tiene/ No cuenta	3	1%
Vela	5	1%
Otros	4	1%
Total	440	100%

En cuanto el acceso a servicios de alumbrado en la vivienda, el 97% utiliza electricidad, 5 hogares usan velas, se identificó un caso con generador y 4 viviendas no tienen alumbrado.

Se puede concluir que, en cuanto al acceso a los servicios básicos (agua, desagüe y alumbrado) se registra que una alta proporción (entre el 89% y el 97%) de las viviendas de los hogares de la muestra tienen acceso a dichos servicios en formas y fuentes convencionales (conexiones a la red pública).

6.4.3. Economía del hogar

Tabla 36. Indicadores sobre economía del hogar

Formulación del Indicador	Valor	Fuente
Porcentaje de jefes de hogar mayores de 18 años que trabajan	<ul style="list-style-type: none"> • Sí: 52% • No: 48% 	IT01 Encuesta a Hogares

Formulación del Indicador	Valor	Fuente
Porcentaje de jefes/as del hogar según su modalidad de trabajo (dependiente o independiente)	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiente: 38% • Independiente: 63% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de jefes/as del hogar que trabajan según el rubro en el que se desempeñan	<ul style="list-style-type: none"> • Otros: 59% • Comercio: 20% • Agricultura: 5% • Educación: 4% • Minería: 4% • Restaurante: 3% • Seguridad y vigilancia: 2% • Salud: 2% • Textil: 1% • Crianza de animales (actividades pecuarias): 1% • Hotelería: 1% 	IT01 Encuesta a Hogares
Monto en soles del ingreso del jefe de hogar en soles	<ul style="list-style-type: none"> • Media: S/. 1146.37 • Mediana: S/. 800.00 • Desviación Estándar: S/. 1332.48 • IQR: S/. 1800 (cuartil 1: 00) 	IT01 Encuesta a Hogares
Monto en soles del ingreso familiar en soles	<ul style="list-style-type: none"> • Media: S/. 1448.37 • Mediana: S/. 1000.00 • Desviación Estándar: S/. 1737.76 • Rango intercuartil: S/. 2000 (cuartil 1: 00) 	IT01 Encuesta a Hogares

Análisis y reflexión sobre el indicador:

Los indicadores antes presentados permiten hacer una identificación de las principales características laborales de los encuestados. Entre estas características se destacan la situación empleo, el empleador, el tipo de dependencia, el rubro productivo al que se dedica la empresa empleadora, así como también el ingreso del jefe de hogar mensual y el ingreso familiar.

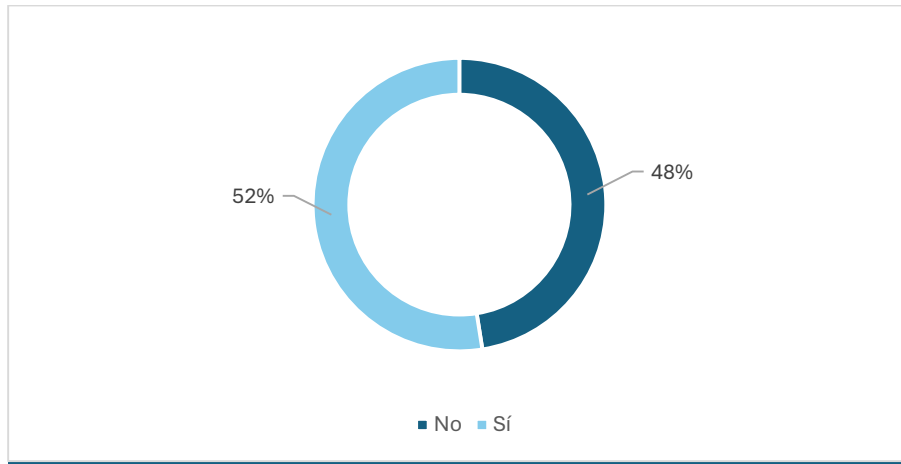
Los resultados de estos indicadores sugieren una tasa de actividad moderada en la que aproximadamente solo la mitad de la PEA trabaja (considerandos informantes), a la vez que el 38% de empleados mantienen una relación de trabajo de pendiente con un empleador, mientras que el restante mantiene un trabajo independiente. Esto implica una alta tasa de vulnerabilidad por la dificultad de los hogares en proyectar ingresos estables y suficientes para poder satisfacer sus propias necesidades.

Por otro lado, las actividades económicas más resaltantes a partir de los resultados obtenidos son: comercio seguido de agricultura, educación y minería que en conjunto agrupan el 33% de las respuestas.

Finalmente, respecto a los ingresos del jefe de hogar en soles y a los ingresos familiares se aprecia en ambos casos que la media es cercana a la remuneración mínima legal (RMV) habiendo diferencias poco significativas entre el ingreso del jefe de hogar y el ingreso familiar. Así mismo, se aprecia que en ambos casos la desviación estándar es mayor a la media lo que sugiere que la media está siendo subestimada y/o que hay presencia de datos atípicos en la cola superior de la distribución, aspectos que se explican por la dificultad obtener el valor de los ingresos en los estratos más altos (tasa de no respuesta).

a) Jefes/as de hogar que trabajan al momento de la encuesta

Ilustración 27. Proporción de jefes/as del hogar que trabajan– Departamento Moquegua

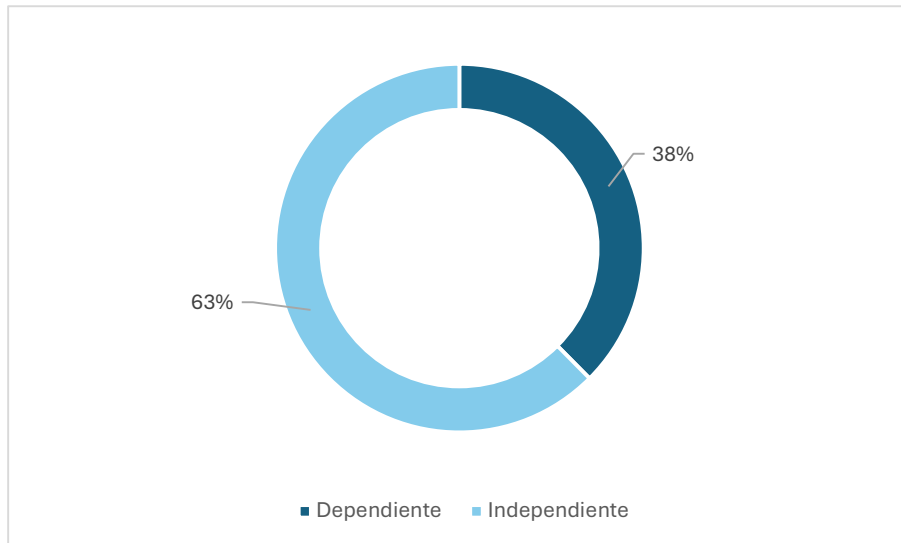


Fuente: Encuesta a hogares

Un elemento esencial de la economía del hogar se sustenta en el trabajo del/de la jefe/a del hogar, de acuerdo con las respuestas tabuladas, al momento de la encuesta se encontró que el 48% de jefes de hogar declararon que no trabajan, se sugiere profundizar en el análisis de estos resultados.

b) Modalidad del trabajo según modalidad

Ilustración 28. Proporción de trabajo según modalidad – Departamento Moquegua



Fuente: Encuesta a hogares

Si consideramos solo al grupo de encuestados que declaran estar trabajando, el 38% cuenta con un trabajo dependiente, mientras que una mayoría (62%) se declara independiente.

c) Rubro en el que se desempeñan las/los jefes de hogar

Tabla 37. Proporción de Jefes/as del Hogar con trabajo según rubro– Departamento Moquegua

Rubro de trabajo	N	%
Otros	264	59%
Comercio	87	20%
Agricultura	20	5%
Educación	17	4%
Minería	16	4%
Restaurante	13	3%
Seguridad y vigilancia	8	2%
Salud	7	2%
Textil	4	1%
Crianza de animales (actividades pecuarias)	3	1%
Hotelería	1	0%
Total	440	100%

El rubro de la ocupación en la cual declaran trabajar los jefes de hogar se concentra en la categoría “otros” con el 59%; el 20% trabaja en actividades comerciales, seguida por la agricultura con el 5% (muy lejos de los primeros lugares).

Otros rubros son educación, minería, restaurante, seguridad y vigilancia, salud, textiles, crianza de animales (actividades pecuarias) y hotelería.

d) Ingreso familiar

Tabla 428. Ingreso del Jefe del Hogar y de la Familia– Departamento Moquegua

Medida	Ingreso del Jefe de Hogar (S)	Ingreso Familiar (S)
Media	1146.37	1448.37
Mediana	800.00	1000.00
Desviación Estándar	1332.49	1737.76

La estimación del ingreso en las viviendas encuestadas nos arroja un promedio de 1,146.37 soles como ingreso del jefe de hogar y de 1,448.37 soles como ingreso familiar.

Es preciso destacar que el monto de ingreso del jefe del hogar con mayor frecuencia es de 800 soles (más de 300 soles debajo del ingreso mínimo) y de 1,000 soles en el caso del ingreso familiar, el cual sigue estando debajo del ingreso mínimo normado por el MTPE.

6.4.4. Acceso a servicios de salud

Tabla 38. Indicadores sobre acceso de salud

Formulación del Indicador	Valor	Fuente
Porcentaje de jefes/as de hogar que acceden a un tipo de seguro de salud que tienen	<ul style="list-style-type: none"> • EsSalud (ex IPSS): 15.99% • Ninguno: 2.17% • No sabe : 0.72% • Otro tipo de seguro (especifique): 0.27% • Seguro Integral de Salud (SIS): 27.01% • Seguro de las FF. AA y/o policiales: 0.09% • Seguro privado (especifique): 0.36% • Total de usuarios Consultados: 46.61% • No aplica: 53,39% • Total de encuestados: 100,00% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de niños con CRED de los hogares encuestados	<ul style="list-style-type: none"> • No: 6% • Sí: 94% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de niños con vacunas de los hogares encuestados	<ul style="list-style-type: none"> • No: 2% • Sí: 98% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de niños con suplementación de los hogares encuestados	<ul style="list-style-type: none"> • No: 15% • Sí: 85% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de gestantes que cuentan con su atención prenatal de los hogares encuestados	<ul style="list-style-type: none"> • No: 0% • Sí: 100% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de gestantes que cuentan con sus exámenes auxiliares de los hogares encuestados	<ul style="list-style-type: none"> • No: 0% • Sí: 100% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de gestantes que cuentan con suplemento de hierro y ácido fólico de los hogares encuestados	<ul style="list-style-type: none"> • No: 0% • Sí: 100% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de personas que padecen de hipertensión arterial	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad: 94 • Porcentaje: 8.50% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de personas que padecen de colesterol alto	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad: 58 • Porcentaje: 5.24% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de personas que padecen de diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad: 60 • Porcentaje: 5.42% 	IT01 Encuesta a Hogares

Formulación del Indicador	Valor	Fuente
Porcentaje de mujeres que alguna vez se hizo una mamografía	<ul style="list-style-type: none"> No: 35.92% Ns/Nc: 2.04% Sí: 14.29% Total: 52.24% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de mujeres que alguna vez se hizo un Papanicolau	<ul style="list-style-type: none"> No: 20.82% Ns/Nc: 2.45% Sí: 28.98% Total: 52.24% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de personas mayores de 50 años que alguna vez se han hecho un estudio para detectar pólipos o cáncer de colon	<ul style="list-style-type: none"> Colonoscopia: 0.92% Nunca se realizó un estudio: 34.05% prueba de sangre oculta en materia fecal: 1.23% radiografía en colon por enema: 0.31% Total: 36.50% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de jefes/as de hogar que se han atendido en un EESS	<ul style="list-style-type: none"> 100% 	IT01 Encuesta a Hogares
Porcentaje de jefes/as de hogar que se atendieron en un EESS según el motivo de su atención	<ul style="list-style-type: none"> Chequeo médico 57.50% Control de embarazo 0.68% Control de una enfermedad que ya tenía 17.05% Otro 21.59% Una nueva enfermedad que le han diagnosticado 3.18% (en blanco) 0.00% 	IT01 Encuesta a Hogares
Promedio de tiempo en horas y minutos que se demora en llegar una persona desde su vivienda hasta un EESS	<ul style="list-style-type: none"> CARUMAS 0 (H) 19.73 (M) EL ALGARROBAL 0 (H) 24.16 (M) ILO 0 (H) 26.65 (M) MOQUEGUA 0 (H) 23.88 (M) SAN ANTONIO 0 (H) 14.99 (M) SAN CRISTOBAL 0 (H) 1.00 (M) TORATA 0 (H) 22.43 Promedio General 0 (H) 22.96 (M) H: Horas promedio M: Minutos promedio 	IT01 Encuesta a Hogares
Promedio de tiempo en horas y minutos que se demoró en recibir atención una persona desde que llegó al EESS	<ul style="list-style-type: none"> CARUMAS 0(H) 40.32(M) EL ALGARROBAL 1(H) 18.52(M) ILO 2(H) 20.75(M) MOQUEGUA 1(H) 29.80(M) SAN ANTONIO 0(H) 51.19(M) SAN CRISTOBAL 4(H) 0.00(M) TORATA 0(H) 54.31(M) Promedio General 1(H) 34.02(M) H: Horas promedio M: Minutos promedio 	IT01 Encuesta a Hogares
Promedio de gasto en soles de una persona para trasladarse desde su vivienda hasta el EESS	<ul style="list-style-type: none"> Media: 23.33 Mediana: 2.00 Desviación Estándar: 89.68 IQR: 10 (cuartil 1: 00) 	IT01 Encuesta a Hogares
Promedio de gasto en soles de una persona para atenderse en un EESS	<ul style="list-style-type: none"> Media: 78.58 Mediana: 0.00 Desviación Estándar: 277.76 IQR: 30 	IT01 Encuesta a Hogares

Análisis y reflexión sobre el indicador:

Los indicadores antes presentados nos permiten examinar en primer lugar la situación de vulnerabilidad de la población respecto a la protección de su salud, mientras que los siguientes corresponden a la protección efectiva sobre grupos poblacionales específicos, que se destacan por su especial vulnerabilidad como lo son las gestantes, los niños menores de 5 años y personas con enfermedades no transmisibles que afectan a población adulta.

Así también, los indicadores también brindan información sobre el acceso y accesibilidad a los servicios de salud, las casuísticas de la atención y los gastos incurridos en el proceso de traslado y atención en el centro médico.

Respecto a los resultados entregados por el indicador de pertenencia de tipo de seguro de salud, el Seguro Integral de Salud, y EsSalud destacan como los seguros con mayor cobertura concentrando aproximadamente el 43% de la muestra. Mientras que apenas un 2% de la muestra indica no tener cobertura de ningún seguro de salud.

Respecto a la prestación preventiva de los servicios de salud a niños, se aprecia una cobertura mayoritaria sobre este grupo. Sin embargo, también es importante destacar que la provisión de suplementos para niños tiene un desempeño imperfecto coberturando solo al 85% de los niños encuestados. El desempeño de la atención a gestantes tiene un mejor desempeño en tanto todas las gestantes han recibido los servicios de salud consultados.

Por otro lado, respecto de la población con enfermedades no transmisibles se aprecia que aproximadamente el 8.5% de los miembros de los hogares consultados padecen hipertensión arterial, mientras que aproximadamente solo un 5% menciona tener diabetes y colesterol elevado.

Así mismo, para el caso de prevención en mujeres mayores de 18 años, se diseñó dos indicadores, un primer indicador, *Porcentaje de mujeres que alguna vez se hizo una mamografía*, que permita saber cuántas mujeres se habían hecho una mamografía; y un segundo indicador, *Porcentaje de mujeres que alguna vez se hizo un papanicolaou*, el cual nos identifique cuántas mujeres se habían hecho un examen de papanicolaou.

Para el indicador que evidencia la cantidad de mujeres que se ha hecho una mamografía, se utilizó el cálculo en base al $\text{Porcentaje de mujeres que alguna vez se hizo una mamografía} = \frac{\text{Número de mujeres que alguna vez se hizo una mamografía}}{\text{Número de mujeres mayores a 18 años}}$. Como resultado se obtuvo que el 35% no se ha realizado una mamografía, apenas un 14% sí se ha realizado una mamografía y no sabían/no conocían con 2%. El porcentaje restante sería la cantidad de personas que no se encontraban al momento de aplicar el instrumento a hogares, por lo cual no se pudo recoger información sobre estas últimas (49%).

Para el indicador que nos permite medir la cantidad de mujeres que se ha hecho un examen de papanicolaou, se usó el porcentaje de mujeres que alguna vez se hizo un examen de papanicolaou = $\frac{\text{Número de mujeres que alguna vez se hizo un examen de papanicolaou}}{\text{Número de mujeres mayores a 18 años}}$. Como resultado se generó que la mayoría de las mujeres mayores de 18 años sí se había hecho un examen de papanicolaou (29%), no se habían hecho el examen de papanicolaou (21%) y no saben/no conocen (2%). El porcentaje restante sería la cantidad de personas que no se encontraban al momento de aplicar el instrumento a hogares por lo cual no se pudo recoger información sobre estas últimas (48%).

Siguiendo la misma línea de trabajo, en relación con la prevención para adultos mayores de 50 años se diseñó un indicador para determinar el tipo de examen de descarte que se realizaron, o si no se realizaron ningún examen de descarte; a lo que se formuló el indicador *Porcentaje de personas mayores de 50 años que alguna vez se han hecho un estudio para detectar pólipos o cáncer de colon*. Dicho indicador, se calculó por el porcentaje de personas mayores de 50 años que alguna vez se han hecho un estudio para detectar pólipos o cáncer de colon= Número de personas mayores de 50 años que alguna vez se han hecho un estudio para detectar pólipos o cáncer de colon colesterol / Número de personas mayores a 50 años. Producto de eso, se estableció que una cantidad significativa de adultos mayores a 50 años nunca se realizó un estudio (34.05%), siendo esta categoría la más significativa; y dejando a las categorías restantes como: Colonoscopia (0.92%), prueba de sangre oculta en materia fecal (1.23%), radiografía en colon por enema (0.31%). El porcentaje restante sería la cantidad de personas que no se encontraban al momento de aplicar el instrumento a hogares por lo cual no se pudo recoger información sobre estas últimas (63.49%).

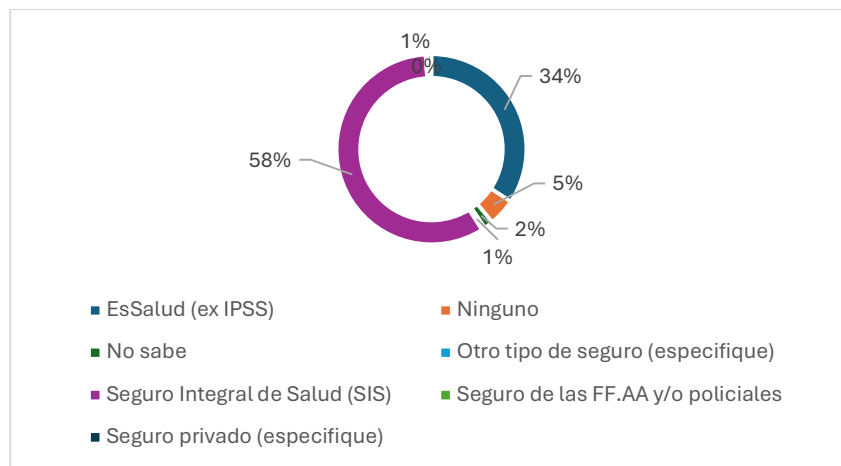
Es importante destacar que entre las casuísticas de atenciones destacan los chequeos médicos y el control de enfermedades preexistentes, frente al resto de categorías analizadas como el diagnóstico de nuevas enfermedades y control de embarazo.

En cuanto a la accesibilidad a la atención de servicios médicos, se aprecia que no hay grandes barreras que impidan al acceso físico al puesto o centro de salud más cercano o al que asisten habitualmente los encuestados en tanto los tiempos de traslados no superan la hora, mientras que de otro lado los plazos para la atención si son sustancialmente mayores especialmente en los distritos de Ilo y San Cristóbal en los que se aprecia tiempos de espera que superan las 2 horas.

Finalmente, en lo que respecta a los gastos de traslado y atención, se aprecia que estos son sumamente escasos en tanto en la mayoría de los casos los seguros tienden a abaratar el acceso por ello un considerable grupo de población declaro no tener gastos de atención. Caso similar se da respecto a los costos de traslados, en tanto son pequeños.

a) Acceso al seguro de salud

Ilustración 29. Proporción de encuestados que acceden a un seguro de salud – Departamento Moquegua



Fuente: Encuesta a hogares

Respecto a la cobertura a seguros de salud, una gran mayoría de las familias acceden a seguros de cobertura estatal o paraestatal, así, el 58% acceden al SIS y el 34% a EsSalud; en el extremo, el 2% no cuenta con ningún tipo de seguro.

b) Atención infantil

Tabla 39. Proporción de niños con atención clave– Departamento Moquegua

Servicios primera infancia	CRED		Vacunas (rotavirus y neumococo)		Suplementación	
	N	%	N	%	N	%
No	8	6%	2	2%	19	15%
Sí	116	94%	122	98%	105	85%
Total	124	100%	124	100%	124	100%

Respecto a los servicios a la primera infancia, etapa decisiva en el desarrollo de la persona, un 94% de encuestados con niños declaran contar con sus controles de crecimiento y desarrollo (CRED), la tasa de cobertura de los niños de las familias encuestadas respecto a la vacuna (rotavirus y neumococo) alcanza al 98%, no obstante, la administración de suplementos para los mismos niños cae al 85%.

c) Atención a la gestante

Tabla 40. Proporción de gestantes con atención clave

Servicios atención a la gestante	Atención prenatal		Exámenes auxiliares (VIH-Sífilis)		Suplementación y ácido fólico	
	N	%	N	%	N	%
No	0	0%	0	0%	0	0%
Sí	4	100%	4	100%	4	100%
Total	4	100%	4	100%	4	100%

En cuanto a los servicios de atención a la gestante, se identificaron cuatro casos, los mismos que han recibido en un 100%, atención prenatal, exámenes auxiliares (VIH-Sífilis) y suplementación y ácido fólico.

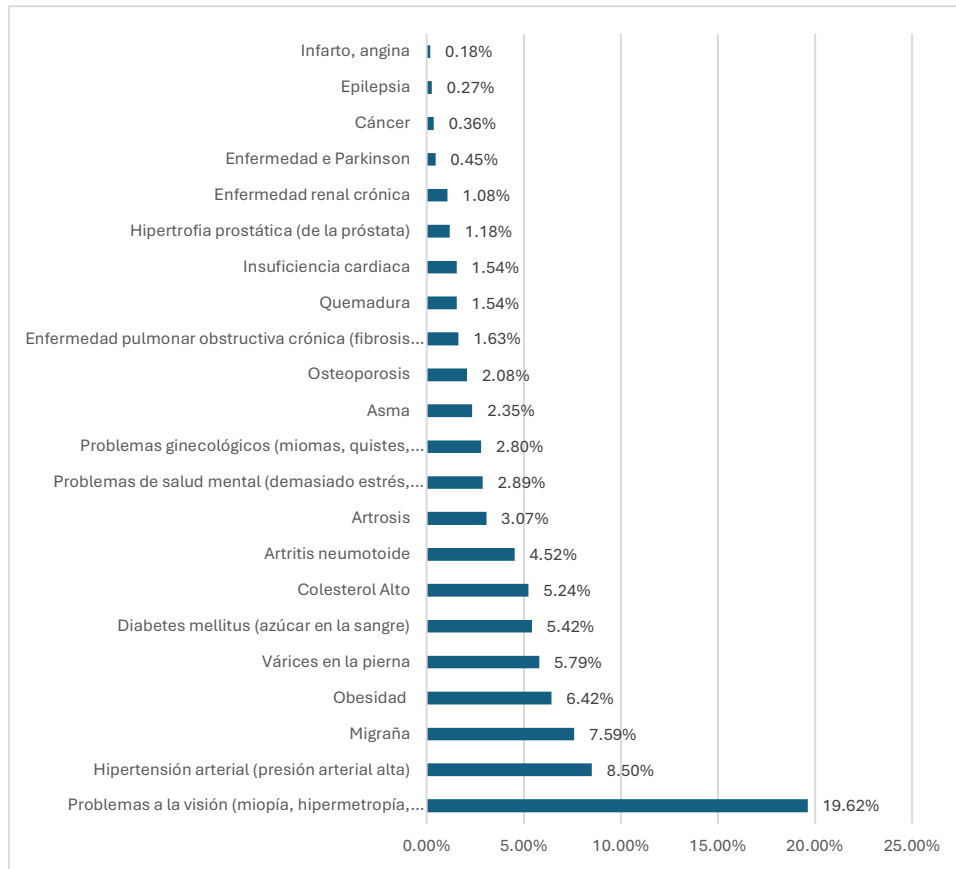
d) Enfermedades no transmisibles

El estado de salud de las familias consultadas se explora a través de la incidencia de un conjunto de enfermedades, en el caso de la línea de base en construcción, en la siguiente ilustración se pueden identificar las enfermedades que han sido mencionadas en las viviendas de la muestra.

Los resultados muestran una alta incidencia de los problemas de la visión con el 19.62%, el más alto, seguida por la hipertensión arterial con el 8.50%, luego aparece la migraña con el 7.59%, la obesidad ocupa el cuarto lugar con el 6.42% y cierra el top cinco las várices en la pierna.

La diabetes mellitus con el 5.42% es la sexta enfermedad seguida del colesterol alto (5.24%), la artritis reumatoidea con el 4.52%, la artrosis con el 3.07%, cerrando el top ten los problemas de salud mental con el 2.89%.

Ilustración 30. Proporción de casos encuestados que registran enfermedades – Departamento Moquegua



Fuente: Encuesta a hogares

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones



En relación con la metodología

Se ha triangulado información primaria (proveniente de la encuesta a hogares y a EESS) así como información secundaria (de los registros administrativos del sector salud del HIS) que ha permitido calcular los indicadores del Programa Vive Salud. Como parte del análisis y procesamiento de la información se cuenta con 57 indicadores cuyo valor ha sido calculado a través de las fuentes de información primaria o de data administrativa, a la vez que se ha formulado propuestas de mejora en el diseño de algunos casos, considerando limitaciones de disponibilidad de la información y de la compatibilidad entre fuentes por sus niveles de desagregación.



En relación con la consolidación de la información y gestión del conocimiento

El trabajo de campo y el procesamiento de la información ha permitido contar con información de calidad, robusta y actualizada sobre la situación sanitaria de la región Moquegua, así como de la información socioeconómica a nivel de sus hogares del ámbito de intervención. De esta manera, la información recopilada y sistematizada servirá de referencia para definir estrategias específicas que permitan y faciliten la implementación de intervenciones acorde con las características del territorio y en función de los resultados que el programa busca alcanzar. A la vez es importante destacar que se cuenta con un instrumento de recojo de información que ha permitido recoger informaciones provenientes de variables críticas como: Prevalencia de enfermedades, niveles de satisfacción de usuarios y hogares, antecedentes médicos (realización de pruebas para descarte de enfermedades específicas)



En relación con el trabajo de campo y el tejido socio comunitario

Se concluye que el trabajo de campo ha contado con la fase preparatoria y formativa exigida por CARE Perú como la entidad contratante, como por AAQ en su calidad de entidad financiadora, validando la estrategia metodológica, los instrumentos y la operación de campo con la máxima autoridad sanitaria regional que es la DIRESA de Moquegua. En ese marco de ideas, el trabajo de campo pasó por una fase de diseño y validación con los actores claves que giran alrededor del Programa Vive Salud, contando con la autorización de la DIRESA en el despliegue del levantamiento de información, así como por parte de AAQ que impartió las orientaciones en la dimensión social para reducir todo riesgo de desconfianza de la comunidad.

El trabajo de campo ha permitido constatar la necesidad de implementar el Programa Vive Salud, a la vez que fortalecer el primer nivel de atención en una lógica preventiva promocional, siendo una demanda de la población y la comunidad que aspira por mejores servicios en cuanto

a la infraestructura sanitaria, su equipamiento como la calidad en la atención del personal de salud. A su vez, el manejo y la gestión de campo permitió un mejor ajuste a las zonas de interés y potencialmente a la población usuaria de los servicios de salud de los establecimientos priorizados por estar ubicados en el área de influencia de AAQ.



En relación con los resultados del estudio de línea de base

A nivel de resultado final se concluye que un dato de preocupación está asociado con el incremento de la morbilidad de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, cuyo valor de la morbilidad se mantuvo estable entre los años 2020 y 2021, pero que en el año 2023 se incrementó en 5 puntos porcentuales, pasando de 16% al 21% de morbilidad en dicho periodo de tiempo. Este incremento desde ya plantea un desafío para el sistema de salud pública en general y para el Programa Vive Salud en particular, toda vez que se requerirá fortalecer el primer nivel de atención.

A nivel de los indicadores intermedios se constata que el 55.5% de la muestra encuestada cuenta con conocimientos y prácticas saludables y el 15% se encuentra satisfecho con los servicios sanitarios recibidos. El último dato corresponde a la evaluación realizada de EESS, en la que se aprecia que ninguno de los puestos de salud visitados en el trabajo de campo contaba con equipos suficientes y/o adecuados para prestar servicios en todos sus consultorios (CRED, Inmunizaciones, atención a la gestante, atención en salud mental, y atención de enfermedades no transmisibles). Tales aspectos aportan luces para perfilar las estrategias, así como las intervenciones efectivas que se orienten a la consecución de resultados en los usuarios.

Se concluye que hay un total de nueve indicadores de carácter formativo que tienen que ver con el desarrollo de capacidades, tales como participación en talleres o asistencia técnica o capacitación, y que en virtud del espíritu del indicador no correspondía hacer estimaciones pues ello depende de las actividades a ser realizadas por el programa y que en sentido estricto se ha calculado un valor de “cero” en la línea de base.



En relación con los indicadores de la demanda.

Se concluye que no existen barreras significativas para el acceso y accesibilidad de la población a los servicios de salud, sin embargo, si se aprecian limitaciones para la atención oportuna en los centros de salud evidenciados en los tiempos de espera. En tanto los gastos asociados a traslados y a tratamientos y atenciones son reducidos en promedio y consistentemente menores a los ingresos de los hogares y de los jefes de hogar sin que representen fracciones significativas. A la vez, entre la población encuestada no se encontró dificultades físicas asociadas al traslado que puedan incrementar el tiempo destinado a traslados.

Se concluye que la población del área de influencia cuenta con seguros de salud mayoritariamente, en tanto solo el 2 % de consultados (personas que trabajan) no tenían un seguro asociado. Lo que supone una oportunidad y un riesgo importante para los servicios de salud públicos, pues en Essalud se encuentran afiliado aproximadamente el 16% de la población, mientras que en el SIS se encuentra afiliado el 27% de la misma. En tal sentido hay un riesgo latente de que la capacidad instalada no sea adecuada para cubrir a dicho segmento de la

población. sin embargo, resulta valioso en tanto un 43% de la población tiene como red de soporte en atenciones de salud a las entidades públicas.

Se concluye que la población de Moquegua es predominantemente urbana, de sexo femenino, perteneciente al grupo de edad “adultos jóvenes”, con estado civil soltero, y con estudios secundarios completos. Siendo datos que el Programa Vive Salud debe considerar para mejorar servicios de la primera línea de salud especialmente enfocados a esta población en que los servicios como prevención y control de enfermedades no transmisibles, salud mental y gestación y CRED resultan valiosos y necesarios para mejorar las condiciones de vida de la población.

7.2. Recomendaciones



En relación con la consolidación de la información y gestión del conocimiento

Se recomienda la implementación de tablero de control del proyecto de manera tal que sea posible el seguimiento al progreso de los indicadores de resultado y cobertura, así como a las tareas y actividades previstas en el marco del Programa, de manera tal que como parte del seguimiento se identifiquen los cuellos de botella y se generen alternativas de solución que destraben y agilicen su implementación.

Se recomienda conformar un Equipo de Gestión de carácter multidisciplinario conformado por la DIRESA, CARE Perú, AAQ, representantes de los Gobiernos Locales y una instancia de concertación con la sociedad civil, de manera tal que sea la instancia de articulación del Programa y la plataforma a través del cual se tomen las decisiones pertinentes relacionadas con la formulación de metas anuales, el plan de trabajo anual del programa, la aprobación del presupuesto anual, la suscripción de convenios inter institucionales y la memoria anual de logros y resultados del Programa.



En relación con el tejido socio comunitario

Se recomienda construir un puente para la articulación con los actores de sociedad civil para fortalecer la relación interinstitucional entre Estado, Sociedad Civil y el Sector Privado, tomando como eje de las acciones conjuntas centradas en la ciudadanía y orientado a las mejoras sanitarias y al desarrollo local de la región Moquegua en general y del ámbito de influencia en particular.



En relación con los resultados del estudio de línea de base

Se recomienda en el marco del Programa Vive Salud, desarrollar estrategias y actividades que potencien los servicios de salud mental y la sensibilización de la población sobre el uso de sustancias psicoactivas y la prevención de violencia. Dichas estrategias deben ser abordadas desde un enfoque pluricultural, multinivel y multiactor, haciendo uso de metodologías participativas a fin de que puedan ser incorporadas a través del tiempo por la población beneficiaria.

Se recomienda una mejora generalizada de los equipos, infraestructura, habilidades técnicas y blandas del personal asistencial a fin de optimizar las condiciones de prestación del servicio de salud, en especial énfasis a la atención a gestantes, prevención y control de enfermedades no transmisibles y salud mental, modernizando los servicios del primer nivel de atención a nivel del equipamiento y además de las competencias institucionales y profesionales que hagan posible un servicio público cercano a las necesidades (de clase, género, situación económica, étnica) de la comunidad.

Se recomienda sostener de forma periódica el seguimiento a la disponibilidad de medicamentos e insumos claves para la atención prioritaria a la primera infancia, adolescencia, gestantes, salud mental y enfermedades no transmisibles, de manera tal que todos los ítems críticos se encuentren con adecuada disponibilidad de acuerdo, evitando así cualquier escenario de desabastecimiento que afecte la prestación natural del servicio sanitario.

Se recomienda analizar los cuellos de botella referidos con los tiempos de espera y la calidad de la atención que inciden directamente en el nivel de satisfacción de los usuarios de salud en el primer nivel de atención, toda vez que como parte del estudio se ha identificado como áreas de mejora para contar con un estándar de calidad del servicio de salud pública.



En relación con la implementación del Programa Vive Salud y su sostenibilidad

Se recomienda impulsar procesos de investigación e innovación en el tiempo a través de la modalidad de concursos entre las redes y establecimientos, de manera tal que se identifiquen rutas de solución a los problemas sanitarios o tecnológicos que adolece actualmente la región, estimulando así la gestión del conocimiento, las buenas prácticas de gestión y la mejora continua.

Se recomienda conformar un observatorio de salud pública regional que inicie sus operaciones con los indicadores diseñados como parte del Programa Vive Salud y extienda su alcance en el análisis de causas que permita identificar los cuellos de botella a destrabar con decisiones ágiles y oportunas. Este desafío permitirá integrar diversas datas administrativas para el diseño de indicadores de cobertura relacionados con la salud mental y las enfermedades no transmisibles.

8. ANEXOS

- Memorandum DIRESA:
 - [P136 Memorandum DIRESA.pdf](#)
- Actas de reuniones:
 -
- Manual del Encuestador:
 - [P136 Manual del Encuestador - CARE PVS.pdf](#)
- Encuesta a establecimientos de salud:
 - [P136 IT02 Instrumento Encuesta a Establecimientos de Salud.pdf](#)
- Encuesta a hogares:
 - [P136 IT01 Instrumento Encuesta a hogares.pdf](#)
- Base de datos de la encuesta a establecimientos de salud:
 - [P136 Base de Datos - IT EESS - CARE 02PVS.xlsx](#)
- Base de datos de la encuesta a Hogares:
 - [IT1 Encuestas Hogares Consistenciada.xlsx](#)
- Reportes de Morbilidad:
 - [MORBI 2020 MOQ.xlsx](#)
 - [MORBI 2021 MOQ.xlsx](#)
 - [MORBILIDAD 2023 MOQ.xlsx](#)
- Fichas técnicas FED: [Fichas Tecnicas.zip](#)
- Reportes FED
 - [FED 2023 2024 MC-01 Reporte012024.xlsx](#)
 - [FED 2023 2024 MC-02 Reporte112023 rev1.xlsx](#)
 - [FED 2023 2024 MC-03 reporte122023 rev1.xlsx](#)
- Matriz de indicadores:
 - [CARE ProgramaViveSalud Indicadores \(inventario\) 29may2024.xlsx](#)
- Scripts en Python:
 - [P136 SCRIPTS](#)
- Base de datos:
 - [HIS 2021](#)
 - [HIS 2022](#)
 - [HIS 2023](#)