



Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898475
 RFC: ATI120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/>

Año: XI Número: 1. Artículo no.:67 Período: 1ro de septiembre al 31 de diciembre del 2023

TÍTULO: Experiencias de aprendizaje en las Redes Integradas de Salud en zona rural.

AUTORES:

1. Máster. Luz Maria Quispe Lazo.
2. Máster. Rildo Edwin Pacheco Huaman.

RESUMEN: Las experiencias de los gestores salubristas estuvo referida a los aprendizajes adquiridos en el proceso de implementación de las Redes Integradas de Salud (RIS) en la provincia de Huamanga. El objetivo del trabajo fue conocer las experiencias de aprendizaje de los salubristas y contribuir al desarrollo integral de salud en la zona rural. El enfoque de estudio fue cualitativo bajo un diseño fenomenológico, obteniéndose la información mediante la entrevista semiestructurada a gestores de la organización. Se aplicó un análisis inductivo a través de la percepción de profesionales multidisciplinarios salubristas en el proceso de implementación como una actividad de innovación personal, la oportunidad de fortalecer sus aptitudes, conocimientos y transferir intercambios culturales mejorando las actitudes de nuevos valores profesionales.

PALABRAS CLAVES: experiencias, aprendizaje, gestores salubristas, redes integradas de salud, zona rural.

TITLE: Learning experiences in the Integrated Health Networks in rural areas.

AUTHORS:

1. Master. Luz Maria Quispe Lazo.
2. Master. Rildo Edwin Pacheco Huaman.

ABSTRACT: The experiences of the health managers referred to the lessons learned in the process of implementing the Integrated Health Networks (RIS) in the province of Huamanga. The objective of the work was to know the learning experiences of health professionals and contribute to the integral development of health in rural areas. The study approach was qualitative under a phenomenological design, obtaining the information through a semi-structured interview with managers of the organization. An inductive analysis was applied through the perception of multidisciplinary health professionals in the implementation process as a personal innovation activity, the opportunity to strengthen their skills, knowledge and transfer cultural exchanges, improving the attitudes of new professional values.

KEY WORDS: experiences, learning, health managers, integrated health networks, rural area.

INTRODUCCIÓN.

El proceso de implementación de las Redes Integradas de Salud (RIS) en nuestro país se optimiza para dar solución al sistema fragmentado y la segmentación de fuentes de financiamiento que tiene el Ministerio de Salud (MINSA) en cumplimiento a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); asimismo, se plantea a nivel nacional en aras de mejorar la eficiencia del servicio de acuerdo a la clasificación de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) con enfoque de gestión territorial, mejorando con oportunidad y visualizándose el impacto positivo en los distintos indicadores sanitarios planteados por el MINSA, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y el Gobierno Regional Ayacucho (GORE AYACUCHO) a través de sus distintos tipos de convenios celebrados en cada año fiscal.

Como pregunta problema de estudio se tuvo: ¿qué experiencias de aprendizaje presentan los gestores salubristas en la implementación de las redes integradas de salud Huamanga en el periodo 2022?, y como objetivo general: conocer las experiencias de aprendizaje de los gestores salubristas en la implementación de las RIS, basado en un estudio fenomenológico que permite el recojo de datos

mediante las entrevistas en campo y vía sincrónica a los participantes que cumplieron los criterios de inclusión, siendo una muestra de 10 participantes para el procesamiento de la información con el software ATLAS.ti bajo un análisis inductivo.

DESARROLLO.

Materiales y métodos.

Dentro de la metodología tenemos el análisis fenomenológico por la manera en que se suscitaron los hechos en el lugar, aplicando un estudio de campo (Cieza, Mungarrieta, Paredes y Villegas, 2022). El estudio tuvo como contexto el Gore Ayacucho en Huamanga como ubicación de análisis prevista, y para obtener el subconjunto se logró por medio de un muestreo aleatorio por conveniencia, aplicándose la técnica observación participante y entrevista para la recogida de datos (García, Cuzco, & Peralta, 2014).

Para el logro del objetivo, se desarrolló una investigación cualitativa, en la que participaron los gestores salubristas de la Red Integrada de Salud Huamanga que cumplían con los criterios de inclusión. Se entrevistaron a 10 coordinadores de condición laboral nombrados del área de dirección de prestaciones y servicios de salud con registro de participación al 100% en las capacitaciones, asistencias técnicas y acompañamientos por el MINSa.

Los sujetos en estudio respondieron a través de una entrevista pactada en las instalaciones de la sede administrativa y en horarios de oficina; la duración con cada participante fue de 20 minutos aproximadamente. Estos plazos variaron de acuerdo con la profundidad de respuesta de cada entrevistado. Las temáticas abordadas fueron: contribución a la práctica de aprendizaje de acuerdo con su perfil profesional, la percepción, aptitudes y actitudes adquiridos durante el proceso de implementación de la RIS, y por último, el compromiso y experiencias de los gestores salubristas en el proceso de implementación. De la muestra, cuatro personas fueron del sexo masculino y seis personas del sexo femenino, cuyas edades fluctúan entre 35 a 50 años de edad.

Según Pacheco et al. (2023) a nivel de Latinoamérica, el Perú continúa con un sistema de salud fragmentado (público y privado), que brinda servicios subdivididos a través del MINSA, Seguro Social de Salud ESSALUD, Sanidad de la PNP, Fuerzas Armadas, y por último, IPRESS (Instituciones Privadas Prestadoras de Servicios de Salud).

Existieron esfuerzos connotados para la unificación de un solo sistema de salud peruano sin ningún avance hasta la fecha. Por el año 1978, durante el gobierno militar, se promulgó el Decreto de Ley N° 22365, facultando al MINSA solo como un ente normativo y las demás entidades prestadoras de forma independiente, el Sistema Nacional de Salud (SI-SNS) operó de manera escalonada en las atenciones desde la familia, comunidad hasta hospitales, dando así inicio a la fragmentación del servicio de salud (Congreso de la República de Perú, 2002).

En el año 1990, con Decreto Legislativo N° 584 (reglamento de Organización y Funciones del MINSA), y Decreto Supremo N° 002-92-SA, se derogó la Ley 22365, disponiendo a los representantes de la Sociedad Civil para su integración dentro de la conformación del Consejo Nacional de Salud y promoviendo su participación activa (Congreso de la República de Perú, 1990). Desde el año 1956, a la fecha, la OPS difunde la situación de salud en las Américas a través de informes donde se muestra experiencias en cuanto al proceso integral de la salud.

Según el Congreso de la República de Perú (2009), se inició la implementación del modelo de atención integral de salud basado en la familia y la comunidad MAIS-BFC (Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad); en el año 2011, se promovió el Modelo de Cuidado Integral (MCI) de salud por curso de vida: por otro lado, la OPS/OMS viene impulsando las RIS a nivel de Latinoamérica (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018).

El año 2009, en el marco de aseguramiento universal en salud, se creó la Ley N° 29344 como parte de la reforma y herramienta estructural que favorece la implementación de las RIS en el ámbito de una población residente peruano, con un seguro de salud que permitirá acceder a una oferta de prestaciones

en prevención, promoción, tratamiento, recuperación y/o rehabilitación (Velásquez, Suarez y Nepo-Linares, 2016).

En el año 2011 se implementó en nuestro país el MAIS-BFC, donde se resaltó intervenciones para prevenir enfermedades y se realizaron actividades promocionales en establecimientos cuyas categorías son de primer nivel (Ministerio de Salud [MINSA], 2011); por otro lado, también se dio mayor énfasis al ámbito comunal para la identificación de los factores de riesgo y las intervenciones por etapas de vida (Cuba-Fuentes et al., 2018). La propuesta fue avanzar y apostar por un modelo de cuidados (por curso de vida), considerando teóricamente a la salud como un proceso dinámico, influenciada por los determinantes y/o antecedentes con influencia hacia el futuro que va más allá de la recuperación por enfermedades específicas (OPS, 2013).

Las RIS estructuralmente plantearon un diseño basado en la experiencia de otros países, del equipo técnico de la OPS, necesidades y demandas insatisfechas enlazadas con el MCI para fortalecer los cuidados por cursos de vidas en los escenarios de familia y comunidad (Puertas et al., 2018). En el año 2013, se publicó el Decreto Legislativo N° 1166 en el marco normativo para la implementación de Red Integrada de Atención Primaria (RIAPS), años después en el 2017 fue derogada por falta de reglamentación (Congreso de la República de Perú, 2013). El año 2018, se marcó un hito histórico para el sector salud con la aprobación de la Ley N° 30885, donde se estableció la implementación de la RIS en todo el territorio peruano, en el ámbito de intervención del MINSA y Gobiernos Regionales, proponiendo a los demás subsistemas de salud la posibilidad de implementarlos (MINSA, 2018).

Como parte de una estrategia para eliminar la fragmentación, proponiendo acciones para mejorar el manejo de los recursos públicos y optimizar la gobernanza en cuanto a un determinado territorio, las RIS lo conforman un conjunto de organizaciones que prestan atención de salud a la población de forma integral, equitativa de acuerdo a la cartera de servicios en su ámbito territorial, articula, coordina y complementa con los diferentes actores sociales, sectores del Gobierno Nacional, Gobierno Regional

y Gobierno Local a fin de tomar acuerdos y decisiones, mancomunar esfuerzos y optimizar recursos del sector público para el abordaje de los determinantes de salud; por otro lado, rinde cuentas por los indicadores, resultados sanitarios y salud de población (OPS, 2010).

La implementación de la RIS busca la consolidación del derecho al acceso de la salud, a través de la integración de la Atención Primaria de la Salud (APS) con acceso, oportunidad, continuidad de la atención y cuidados por curso de vida (niño, adolescente, joven, adulto y adulto mayor) con calidad en el servicio. Según la OPS, implementar las RIS es optimizar el enfoque de APS a nivel de las IPRESS, las cuales favorece el logro de coberturas y Acceso Universal en Salud (AUS), atención con calidad, integral, continuidad al contacto de los usuarios, mejora la organización de los servicios de salud y gestión del recurso humano, promoviendo la atención familiar-comunitaria con intervención intersectorial (López et al., 2009).

Para el MINSA, las RIS buscan reorientar el MCI, potenciar su rol de gestor, redimensionar la fuente de financiamiento, optimizar recursos públicos, fortalecer la gobernanza, y favorecer la respuesta intersectorial para mejorar la salud de la persona, familia, comunidad y su entorno (López et al., 2009). Como precedentes involucrados tenemos la Constitución Política del Perú (CP), que consagra la salud como un derecho fundamental del ser humano en el territorio peruano, que tiene la protección normativa del más alto nivel, por lo que se debe regular en todas las IPRESS, las acciones a fin de garantizar el derecho al acceso a servicios de salud, acceso a la información en salud, consentimiento informado, oportunidad en la atención y recuperación, disponibilidad de equipos y medicamentos, insumos y otros productos farmacéuticos de calidad en atención al usuario interno y externo. La Ley de protección de este derecho es la N° 29414 y el DS. N° 027-2015-SA que regula el derecho de usuario del servicio de salud (Congreso de la República de Perú, 2002). Esto marcó un hito en la historia, para poner en evidencia el respeto a los derechos de los usuarios del servicio de salud (MINSA, 2011).

El MINSA es una entidad encargada de conducir el sistema nacional de salud peruano, de manera

coordinada, como órgano rector, y sus funciones esenciales son: (a) generar políticas públicas con enfoque de gestión territorial a favor de la salud de las personas; (b) formular, dirigir, ejecutar, supervisar, y evaluar las políticas nacionales del sector; (c) regular las políticas públicas para lograr el aseguramiento universal en salud, incrementando la oferta pública del servicio; y (d) generar la inversión en infraestructura sanitaria, garantizar la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en los diferentes establecimientos donde se oferta las atenciones médicas de los registrados al Seguro Integral de Salud (SIS) (MINSa, 2011). Cabe señalar, que a pesar de estar establecido en la CP la universalización del derecho a la salud, en la actualidad solo el 96% de la población peruana accede a los servicios de salud mediante SIS de forma gratuita. Estos hechos demostraron las debilidades del sistema de salud pública, supeditado a la procedencia de los recursos financieros para la prestación de salud (recursos ordinarios, donaciones, transferencias, canon y sobre canon, etc.).

De acuerdo con Cieza, Dongo, & Quispe (2022) fue irrefutable la brecha en el sector salud desde recursos humanos, equipamiento, infraestructura y otras carencias frente a las demandas insatisfechas de usuarios internos y externos, reflejándose en la calidad de atención de un paciente. Frente a este espacio, el MINSa cumple el rol gerencial, de acuerdo con las necesidades insatisfechas, brechas y demás dificultades en el sistema de salud fragmentado.

El MINSa planteó la propuesta de la implementación de la RIS aprobada con Ley N° 30885 como estrategia para resolver esta problemática a través de fases: la organización, operatividad y gobernanza de las RIS mediante la identificación del recurso que posee: recursos humanos, equipamiento, sistemas de información, demarcación territorial, sectorización e identificación poblacional, familias, actores en salud, y fortalecimiento de las IPRESS con su rol de puerta de entrada en cuanto a recursos humanos, equipamiento, sistemas para la información, etc. (MINSa, 2018). Sumado a lo anterior, se asoció el análisis de riesgos a la salud individual o colectiva, accesibilidad y utilización de los servicios con

enfoque territorial, y fortalecimiento del rol de gobernanza de las RIS (Velásquez et al., 2016).

Resultados.

Para el procesamiento de la información, se utilizó el ATLAS.ti y para el análisis de los datos se utilizó el tipo inductivo subdividido en cinco fases por Thomas (2003). Se dio paso a la lectura de inicio, identificación de la información, categorías, disminución de la categoría, y creación de otro modelo basado en las principales categorías. Inicialmente fueron 43 temáticas analíticas que se disminuyó a solo 10 para un nuevo modelo; también se aplicó la triangulación de la información recabada.

Dentro de las fases para la implementación de las RIS tenemos como prioridad el objetivo de reducir la fragmentación propuesta, y lograr criterios de homologación en las demandas de los servicios necesarios para lograr la integración del sistema peruano con enfoque territorial. Se estableció 4 fases para el procedimiento:

(i) fase.

El análisis y demás acciones para la toma de decisiones en futuras intervenciones, dando sostenibilidad a la adecuación de los servicios de salud en el marco normativo, reordenación de los recursos humanos de acuerdo con la cartera de servicios, actualización y/o modernización de los sistemas de información, financiamiento e inversión en salud.

(ii) fase.

Inicia con la formalización documentaria y actualización de los documentos de gestión de las RIS, estructuración orientada a implementar la modernización del servicio de acuerdo con el nivel de atención de los usuarios y canalización de la inversión para fortalecer la capacidad resolutive de los servicios de salud.

(iii) fase.

Intervención del proceso de planificación del servicio de salud, inversión en salud mediante proyectos de inversión pública según el perfil de cada IPRESS y demanda de la población; en esta fase también

se promueve el desarrollo de capacidades del recurso humano.

(iv) fase.

Esta fase inicia con la homologación entre el MINSA y otras IPRESS, se caracteriza por la integración de todas las IPRESS públicas y privadas dentro de un ámbito territorial, siempre con la consigna de mejorar la oferta del servicio de salud.

De acuerdo, al MINSA (2011) se presentaron algunas estrategias para lograr este proceso: Plan Nacional de Inversiones (proyectado para 10 años); Plan de Desarrollo de Recursos Humanos basado en el logro de objetivos por la OMS (45 profesional por 10 mil pobladores). Según la oficina del MINSA se cuenta 31 profesionales por cada 10 mil pobladores; mejorar la cartera de servicios ampliando la cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS); mejorar la programación, adquisición oportuna de medicamentos, dispositivos médicos, adecuada distribución de vacunas, medicamentos de acuerdo con normas vigentes y mejorar el mecanismo de gobernanza y gestión de la Red.

De acuerdo a las alocuciones de los gestores salubristas durante las entrevistas realizadas, se hallaron estructuras importantes y significativas, como referencia a los aprendizajes y fortalecimiento de competencias durante el proceso de implementación. Dentro de la categoría aprendizaje tuvimos las subcategorías de experiencias de perfil profesional: intervención, conocimiento y empoderamiento; habilidades de perfil profesional o gestor salubrista; así como habilidades para un mejor trabajo colaborativo, actitud y capacidad en resolución de problemas y valores organizacionales.

Figura 1. Modelo Conceptual del MINSA.

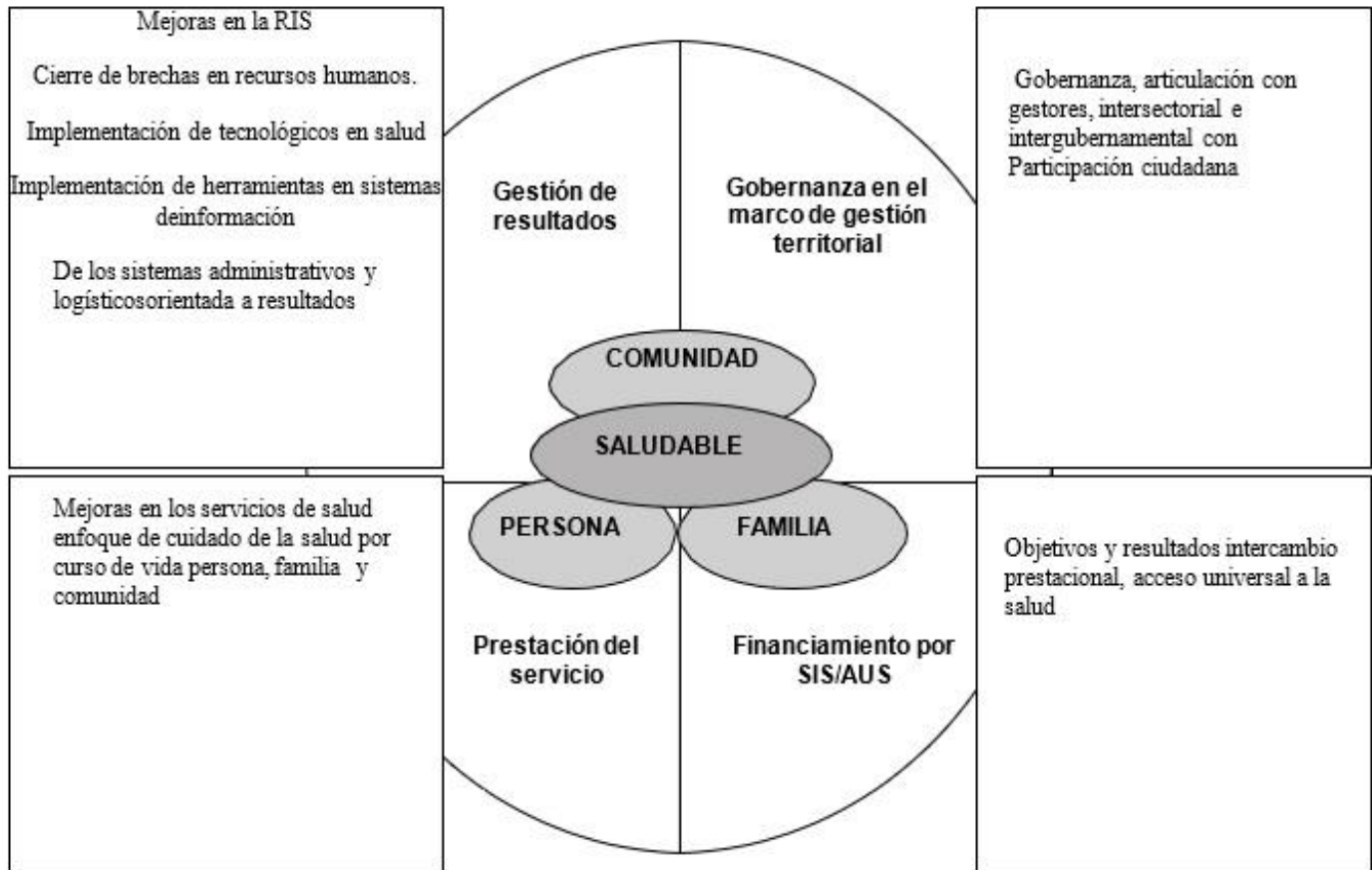


Tabla 1. Organización de la Red Integrada de Salud Huamanga.

	RIS I	RIS II
RIS Huamanga	I-1 (24) IPRESS	I-1 (33) IPRESS
	I-2 (6) IPRESS	I-2 (9) IPRESS
	I-3 (11) IPRESS	I-3 (5) IPRESS
	I-4 (1) IPRESS	I-4 (1) IPRESS
Total	42 IPRESS	48 IPRESS

Figura 2. Oficina de Servicios de Salud Red Huamanga 2022.

Estructuración de la RIS en la DIRESA Ayacucho

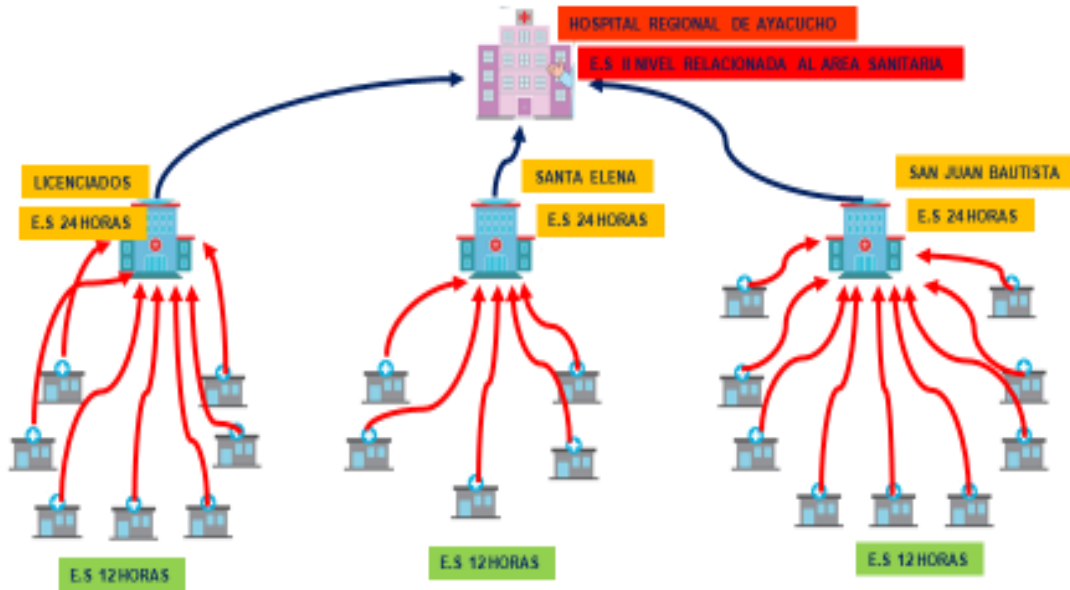


Tabla 2. Categorías, subcategorías e indicadores.

Categoría	Sub categoría	Indicadores
Experiencias de aprendizajes de los gestores salubristas	Intervención y conocimiento del gestor salubrista	<p>P3: Qué es una intervención multidisciplinaria en el marco de las redes integradas.</p> <p>P10: El empoderamiento del sector salud en el marco de la intervención en el nuevo modelo de cuidado integral de salud por curso de vida.</p>
	Habilidades Personales	<p>P3: Las programaciones de las capacitaciones y asistencias técnicas por el ministerio de salud me ayudo a mejorar mis habilidades para poder implementar este proceso de redes integradas de salud en sus distintas fases.</p> <p>P9: Es relevante mencionar que este proceso a coadyuvado en aplicas técnicas, estrategias técnicas de</p>

		intervención y tener más confianza en mí para poder intervenir y en el sistema de salud.
	Trabajo colaborativo	<p>P1: El trabajo colaborativo va más allá de un trabajo en equipo y a raíz de este proceso de capacitaciones y asistencias técnicas, monitoreo y supervisiones de los avances de la implementación se desarrolló talleres, dinámicas para cumplir con las actividades oportunamente. También se adquirió otras virtudes como es la empatía, y la tolerancia.</p> <p>P10: Mejoré actitudes personales, aprendí a comunicarme claro y directo con todo el equipo asignado a implementar la RIS y cumplir con todo lo dispuesto por el MINSA.</p>
	Resolución de conflictos o problemas	<p>P7: Este proceso de implementación tiene etapas, pasos bien establecidos, sin embargo, no se contaba con recursos humanos ni financieros ideales para su implementación, se tuvo que solucionar y avanzar con los recursos disponibles por la entidad, el equipo planteó plan a, b y c, a fin de no retrasarnos siempre hay alternativas de solución.</p> <p>P8: Otra habilidad que se desarrollo es siempre ser estrategia, buscar caminos a, b y c, distintos que nos lleve al fin al mismo objetivo y solucionar el inconveniente.</p>
	Valores organizacionales	<p>P5: Se aplicó la responsabilidad, compromiso, confidencialidad de la información, trabajo colaborativo, el respeto y la puntualidad de cada miembro.</p> <p>P1: Durante todo el proceso de implementación se fortaleció muchos valores humanos y organizacionales que nos hizo crecer como persona y profesional.</p>

El significado del aprendizaje de la práctica profesional supervisada evolucionó al transferir las teorías aprendidas durante el proceso de la implementación de las RIS que se desarrolló como política nacional

en salud, yendo desde el nivel central, regional y a nivel de las unidades ejecutoras con el fortalecimiento no solo de competencias sino también de habilidades blandas, experiencias de emociones positivas como la alegría, compañerismo y la empatía. Además, se consolidaron categorías de importancia y efectos positivos del trabajo de los gestores salubristas como resultado de la implementación del programa y la transformación personal.

Tabla 3. Significado de aprendizaje.

Categoría	Subcategoría	
Experiencias de aprendizajes de los gestores salubristas	Transferencia del conocimiento a la práctica	<p>P6: Me siento fortalecido con conocimientos nuevos conocimientos y llevarlo a la práctica todo lo aprendido hace que tenga una satisfacción personal cumplida.</p> <p>P7: Aplicar todo lo aprendido en mi centro de trabajo reforzó panorama y mi conocimiento sobre un nuevo sistema de salud, por otro lado, trabajar con un mismo objetivo hace que el salubrista esté preparado para afrontar problemáticas, conocerla, y plantear nuevas alternativas de solución en equipo.</p>
	Conductas positivas - emociones	<p>P3: Me sentí reconocido por los directivos y monitores porque reconocían mi trabajo y me felicitaban públicamente por haber logrado grandes avances más del cronograma, todos nos sentimos muy emocionados con más energía para continuar con el proceso de implementación.</p> <p>P8: Empatía se reafirmó por parte de todo el equipo de gestores salubristas inmersos en el proceso de implementación de la red integrada de salud.</p>
	Impacto positivo de la intervención de los gestores salubristas	<p>P5: El saber que dejamos un trabajo valioso que mejorara el sistema sanitario dentro de nuestra provincia, la cual garantizara el acceso de los servicios de salud, reduciendo la fragmentación y garantizando la atención universal en salud; es el suceso más significativo que se pudo implementar en la práctica.</p> <p>P6: En lo que respecta a las otras ofertas de salud privadas se les brindo información, orientación para su articulación en el sistema</p>

		único e integrado. Por otro lado, también se fortaleció a los gobiernos locales a fin de cumplan su rol logren un empoderamiento con enfoque de gestión territorial.
	Importancia de rol de los gestores salubristas	P6: Es de suma relevancia el rol que desempeñan, para el logro de objetivos, metas financieras y cumplimiento de indicadores sanitarios e indicadores de gestión. P4: Somos considerados como la columna vertebral del sistema de salud, por nuestra valiosa e importante labor que desplegamos en favor u servicio de la salud de la población.
	Transformación y crecimiento personal	P10: Crecí como persona adquirí habilidades blandas lo cual favoreció en mi desarrollo personal. P9: Durante todo este proceso, considero que soy otra persona con más visión en el servicio de población, tengo mayor confianza en mí, en mis habilidades, capacidades de decidir e intervenir como salubrista.

Los recursos humanos multidisciplinarios de la Red Sede están empoderados en la práctica profesional, siendo autodidactas mediante la transferencia de conocimientos adquiridos a través de talleres, capacitaciones, asistencias técnicas y acompañamientos en situaciones reales de campo; especialmente, durante las actividades de diagnóstico, diseño e implementación de las RIS. Esta transición de la teoría a la práctica permitió a los gestores salubristas desarrollar habilidades y competencias profesionales que complementan su formación profesional y desarrollo personal. Reafirmó temas como la resolución de problemas, el trabajo en equipo, así como valores éticos importantes en la profesión de gestores salubristas.

Al participar en los programas de fortalecimiento, los gestores salubristas dijeron que sentían empatía, alegría y otras emociones al trabajar con personas. Observaron el impacto positivo de su trabajo en los participantes, haciéndolos conscientes de la importancia de la buena praxis para resolver problemas del sector.

Discusión.

Tomando como base los objetivos previstos, se analiza y sintetiza las experiencias de los gestores salubristas con respecto a sus aprendizajes adquiridos en la práctica y proceso de implementación de las RIS. El análisis de las respuestas muestra que los gestores salubristas están adquiriendo conocimientos y habilidades profesionales, habilidades específicas, destrezas, valores complementarios y sus significados.

En ese sentido, Díaz (2006) manifiesta que las competencias disciplinarias y generales sólo pueden adquirirse realmente a través de sistemas de formación profesional supervisada en entornos reales, donde el aprendizaje es significativo cuando se aprovecha, practique la transferencia de conocimientos de gabinete a situaciones de la vida real. En otras palabras, solo a través de la educación orientada a los problemas, se puede enseñar a los decisores a enfrentarse con éxito a las situaciones de la vida real mediante la visión sistemática, la experiencia acumulada, la creatividad y el juicio claro. Esto indica un alto nivel de desempeño en la competencia profesional.

Los resultados muestran que la adquisición de habilidades sociales como la ética, las habilidades personales, el trabajo colaborativo en equipo y la responsabilidad profesional son las habilidades más buscadas en los contextos sociales (Durán & Durán, 2014); de ello, se puede concluir, que la práctica profesional guiada, monitorizada, y supervisada contribuye a la formación de profesionales competentes en su capacidad de saber qué hacer y cómo ser.

Como menciona Díaz (2011), los valores profesionales de los gestores salubristas son el trabajo colaborativo por equipos, la resolución de problemas y confidencialidad, categorías de este estudio, lecciones que los gestores salubristas en la práctica profesional también perciben como aprendidas; por ejemplo, el estudio de Corti et al. (2021) tuvo como objetivo presentar las experiencias de profesionales de salud durante sus prácticas supervisadas en las que encontraron positiva la cohesión del equipo de trabajo, la práctica de los conocimientos adquiridos y la adaptación a las necesidades cambiantes.

Otra coincidencia es el estudio de Arias-Marín et al. (2019) con los resultados que mostraron altas frecuencias de trabajo en equipo, relaciones interpersonales, adaptabilidad, creatividad y confianza en sí mismo. Chan-Pavón et al. (2018) manifiesta que el proceso de implementación, son experiencias formativas más significativas de los servidores públicos durante su trayectoria profesional, al permitirles adquirir aprendizajes, articular las teorías con las dinámicas del entorno, y acercarlos al quehacer de la salud pública.

Los resultados reportados por la implementación de la red de salud bajo un enfoque psicosocial, se constituye en un proceso clave para la formación personal y profesional como para las comunidades y/o contextos que se ven favorecidos a partir de la consolidación de este tipo de sistema (Echeverri, 2018). Como difiere Quintana et al. (2018), en los significados de los aprendizajes adquiridos surgen las subcategorías nombradas: transferir la teoría a la práctica, emociones positivas, impacto positivo del trabajo de los gestores salubristas, y la transformación personal. Según García et al. (2021), de éstas es posible inferir que cuando se logran cambios positivos en los participantes a través de las estrategias de intervención, se generan emociones positivas, reafirmando y valorando la importancia de su trabajo profesional como los resultados reportados por el proceso de implementación, siendo las experiencias formativas las más significativas durante la trayectoria profesional, que permiten adquirir aprendizajes, articular las teorías con las dinámicas del entorno y acercarlos al quehacer funcional de los gestores salubristas, es la cúspide de la actividad profesional como los resultados reportados por Chan-Pavón et al. (2018).

CONCLUSIONES.

Teniendo vigente el postulado de Alma Ata sobre la atención primaria en salud, el proceso de transformación de los sistemas sanitarios a través de las RIS, requieren de decisión política e interés social. El gobierno regional de Ayacucho tiene un rol intransferible, a través de la Dirección Regional

de Salud como proveedor, regulador y garante del derecho a la salud de la población.

En ese contexto y con la finalidad de fortalecer el potencial humano de las organizaciones públicas, se debe continuar con el proceso de implementación de las RIS a nivel de las 7 provincias de la región.

La salud está reconocida como un derecho humano en la Constitución Política de varios países de Latinoamérica, su legislación fue modificada muchas veces con la finalidad de garantizar el acceso a ese derecho.

Según la OMS, ese derecho es un valor fundamental que debe promoverse, protegerse y garantizarse por medio de la cobertura universal a la salud. Según reportes del Banco Mundial (BM) y Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la economía del país tuvo un crecimiento sostenido en los últimos diez años. Se logró incorporar el Presupuesto por Resultados (PpR) en el MINSA, llegando a reducir las cifras de pobreza, mejorando los indicadores de morbilidad, mortalidad, a pesar de los desafíos y barreras sociodemográficas, epidemiológicas en un contexto de incremento poblacional.

El principal problema que atraviesa el sistema de salud es que no garantiza la prestación del servicio de salud integral y continúa a nivel territorial por la fragmentación; por tales consideraciones, el MINSA plantea las RIS como estrategia para eliminar un sistema de salud fragmentado; esta propuesta política sustentada en el Marco de la Ley N° 30885 enmarca cambios de mejora en las IPRESS de acuerdo al horario de atención, mejoras en el abordaje de los determinantes de salud y fortalecimiento de las IPRESS, considerando a los hospitales para complementar el cuidado; por otro lado, también la propuesta del cuidado de forma integral unido al financiamiento, aseguramiento, gestión del recurso humano, adaptación cultural y proyección del sistema de salud con enfoque de gobernanza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Arias-Marín, L., García-Restrepo, G. y Cardona-Arias, J. A. (2019). Impacto de las prácticas profesionales sobre las competencias de investigación formativa en estudiantes de Microbiología de la Universidad de Antioquia-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (56),

2 - 15. <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/1034/1477>

2. Chan-Pavón, M. V., Mena-Romero, D. A., Escalante-Euán, J. F., & Rodríguez-Martín, M. D. (2018). Contribution of the Internship in the Professional formation in the Students of Chemical Engineering Faculty at the Autonomous University of Yucatan (México). *Formación universitaria*, 11(1), 53-62. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062018000100053>
3. Cieza, F., Dongo, D., & Quispe, S. (2022). El nivel de vida en zona rural, pobreza y salud mental en la migración por la COVID-19. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 117(2), 1-16. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i2.3166>
4. Cieza, F., Mungarrieta, C., Paredes, J. y Villegas, C. (2022). Metodología de la investigación en espacios académicos. Orientaciones esenciales. *Rubiano Ediciones*, 1(1), 1-110. ISBN: 978-233-829-0. <http://riuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/9250>
5. Congreso de la República de Perú. (1990). Decreto Legislativo N° 584, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. <https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/DecretosLegislativos/00584.pdf>
6. Congreso de la República de Perú. (2002). Creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/7D7982FF2DFFE5C705257914005F9334/\\$FILE/Ley_27813.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/7D7982FF2DFFE5C705257914005F9334/$FILE/Ley_27813.pdf)
7. Congreso de la República de Perú. (2009). Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>
8. Congreso de la República de Perú. (2013). Decreto Legislativo N° 1166, Conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud. https://www.sbn.gob.pe/documentos_web/Normas_Sectoriales/decreto_legislativo_1166.pdf
9. Corti, J. F., Celsi, I., & Raimundi, M. J. (2021). Prácticas Profesionales Supervisadas y su rol en

la formación de estudiantes de Psicología. Una experiencia en el ámbito social-comunitario. *Perspectivas*. *Psicología*, 18(2), 15-29.

<http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/534>

10. Cuba-Fuentes, M. S., Romero-Albino, Z., Dominguez, R., Rojas Mezarina, L., & Villanueva, R. (2018). Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma Ata. *Anales De La Facultad De Medicina*, 79(4), 346-350.
<https://doi.org/10.15381/anales.v79i4.15642>
11. Díaz F. (2006). *Enseñanza situada. Vínculo para la escuela y la vida*. México, D.F: McGraw Hill.
12. Díaz, A. (2011). Competencias en educación. Corrientes de pensamiento e implicaciones para el currículo y el trabajo en el aula. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, II (5), 3-24.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/ries/v2n5/v2n5a1.pdf>
13. Durán-Aponte, E., & Durán-García, M. (2014). Aporte de variables cognitivo-motivacionales en la implementación de un foro electrónico: caso de la asignatura Termodinámica. *DIM: Didáctica, Innovación y Multimedia*, (29), 1-10.
14. Echeverri, C. (2018). Significados e contribuições das práticas profissionais à formação de graduação em psicologia. *Avances en psicología latinoamericana*, 36(3), 569-584.
<https://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5490>
15. García-Prieto, F., Delgado-García, M., Gómez-Hurtado, I., & Moya-Maya, A. (2021). Prácticas de aula de los profesionales de pedagogía terapéutica para atender a la diversidad: hacia un enfoque inclusivo. *Educar*, 57(2) 289-304 <https://doi.org/10.5565/rev/educar.1299>
16. García, H., Cuzco, M., & Peralta, F. (2014). Guía técnica para la metodología de cálculo de las brechas de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del primer nivel de atención. Lima, Perú: Ministerio de Salud.
17. López, P., Carbonell, L., García, A., Fernández, I. (2009). Presencia de los atributos para la

integración de las redes de servicios de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(4) 86-97.

18. Ministerio de Salud-MINSA. (2011). Documento Técnico: Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad. <https://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
19. Ministerio de Salud-MINSA. (2018). Ley N° 30885: Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud.
20. Organización Panamericana de la Salud-OPS. (2018). Construyendo la salud en el curso de vida.
21. Organización Panamericana de la Salud-OPS. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas.
22. Organización Panamericana de la Salud-OPS. (2013). Redes Integradas de Servicios de Salud y Atención en Salud Mental.
23. Organización Panamericana de la Salud-OPS. (2018). Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos.
24. Pacheco, R., Cieza, F., Mejia, T., & Mungarrieta, C. (2023). Estudio de caso en la Dirección Regional de Salud Huancavelica por la COVID-19. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 100(2), 1-14. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v2i10.3574>
25. Puertas, E., Martínez, R., Figueroa, G., Hidalgo, F. (2018). Integración de redes de servicios de salud en Honduras: valoración comparativa del planteamiento teórico y de la aplicación práctica en cinco redes del país. *Rev. Panam. Salud Pública*, 42(135). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.135>
26. Quintana-Abello, I., Mendoza-Llanos, R., Bravo-Ferretti, C., & Mora-Donoso, M. (2018). Enfoque psicosocial. Concepto y aplicabilidad en la formación profesional de estudiantes de Psicología. *Revista Reflexión E Investigación Educativa*, 1(2), 89-98. <https://doi.org/10.22320/reined.v1i2.3623>

27. Thomas, D. (2003). A General Inductive Approach for Qualitative Data Analysis. *The American Journal of Evaluation*, 27.
<https://www.frankumstein.com/PDF/Psychology/Inductive%20Content%20Analysis.pdf>
28. Velásquez, A., Suarez, D., & Nepo-Linares, E. (2016). Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(3), 546-555.
<https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2338>

DATOS DE LOS AUTORES.

- 1. Luz María Quispe Lazo.** Maestra en Gestión de los Servicios de Salud. Licenciada en Enfermería de la Red de Salud Huamanga. Estudiante de Doctorado de la Universidad Privada César Vallejo, Perú. E-mail: lquispela1@ucvvirtual.edu.pe
- 2. Rildo Edwin Pacheco Huaman.** Maestro en Gestión Pública. Trabajador Social del Programa Nacional Aurora - Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Estudiante de Doctorado de la Universidad Privada César Vallejo, Perú. E-mail: rpachecohu589@ucvvirtual.edu.pe

RECIBIDO: 2 de junio del 2023.

APROBADO: 13 de julio del 2023.