

# Factores facilitadores y limitantes de un servicio de salud itinerante en una zona rural del Perú\*

Factors that are facilitators and limits of an itinerant health service in a rural area of Peru

Pedro Josué Ypanaque-Luyo\*\*

## Resumen

La presente investigación se ha desarrollado en base a un estudio de caso presentado en una tesis de maestría de gerencia social. El estudio exploró los factores facilitadores y limitantes del funcionamiento del servicio de salud itinerante prestado por la Unidad Móvil de Salud de la Red Cusco Norte, durante el periodo 2014-2018. Se analizaron los factores relacionados con los mecanismos de articulación, la participación de los actores sociales, las creencias del personal de salud y la percepción de los usuarios. El estudio identificó diferentes factores facilitadores, tales como la estrategia de presupuesto por resultados, la coordinación basada en la adaptación mutua, el apoyo de los agentes de salud comunitarios y la adecuación cultural de la atención. Asimismo, entre los factores limitantes destacaron las barreras administrativas de acceso y continuidad en la atención, una débil estrategia de participación social y una inadecuada planificación de los recursos humanos. Finalmente, el estudio propone algunas recomendaciones para mejorar la gestión de este servicio a los ciudadanos.

---

\* Este artículo se basa en la tesis para optar el grado académico de magíster en Gerencia Social de la Pontificia Universidad Católica del Perú: "Aspectos facilitadores o limitantes del funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud implementada por la Red de Salud Cusco Norte como estrategia para mejorar el acceso a servicios de salud integrales de las poblaciones rurales de su jurisdicción, en el periodo 2014-2018", sustentada por el autor en 2020 y publicada en: <http://hdl.handle.net/20.500.12404/19699>

\*\* Médico especialista en Medicina Integral por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, magíster en Salud Pública por la Fundación Oswaldo Cruz del Brasil y magíster en Gerencia Social por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Ha sido director ejecutivo de Medicina Tradicional en el Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud. Correo electrónico [pedro.ypanaque@pucp.pe](mailto:pedro.ypanaque@pucp.pe)

**Palabras clave:** Salud pública, servicios de salud, población rural, acceso a la salud, participación social.

### *Abstract*

This research has been developed based on a case study presented in a master's thesis in social management. The study explored the facilitating and limiting factors of the functioning of the itinerant service provided by the Mobile Health Unit of the Cusco North Network, during the period 2014-2018. The study analyzed the factors related to articulation mechanisms, the participation of social actors, the beliefs of health personnel and the perception of users. Several facilitating factors were identified, such as the Results-Based Budgeting strategy, coordination based on mutual adaptation, support from community health agents, and cultural adaptation of care. Among the limiting factors were administrative barriers to access and continuity of care, a weak social participation strategy and inadequate human resource planning. Finally, the study proposes some recommendations to improve the management of this service to citizens.

**Keywords:** Public health, health services, rural population, access to health, social participation.

## **1. Introducción**

Según Andersen y Newman (2005, p. 8), el concepto de acceso a los servicios de salud se refiere a los medios que facilitan el ingreso y la continuidad de las personas en el sistema de atención. No obstante, con el desarrollo de las sociedades se han ido incorporando nuevas dimensiones, como la disponibilidad, la aceptabilidad, la información y la asequibilidad (Sanchez & Ciconelli, 2012, p. 266). El modelo explicativo de Andersen (1995, p. 2) señala tres elementos para el uso efectivo de los servicios de salud: los factores predisponentes (demográficos, estructura social y creencias en salud), los factores que capacitan o impiden el uso del servicio (soporte familiar y comunitario) y las necesidades de salud de las personas.

Los servicios de atención de salud itinerante ofrecen atenciones de forma intermitente, muy útiles en intervenciones de emergencia o de corta duración, que se adaptan con mucha facilidad a programas verticales (tamizajes, cirugía ocular, atención dental, entre otros). Sin embargo, tienen un alto costo logístico, presentan dificultades para referir pacientes y requieren de personal calificado que se adapte a las difíciles condiciones laborales; por ello, deben ser usados

en situaciones excepcionales y de forma temporal, mientras se asegura la oferta fija de servicios de salud (International Committee of the Red Cross, 2006, p. 6).

Yu et al. (2017) realizó una revisión sistemática de 51 artículos sobre clínicas de salud móviles en los Estados Unidos, y encontró que estos servicios tuvieron éxito en alcanzar a las poblaciones marginales; no obstante, mostraban limitaciones como los costos de mantenimiento y operación, la inseguridad de las locaciones, las dificultades logísticas, la falta de recursos humanos, además de los ambientes pequeños que afectan la privacidad de la atención. Phillips et al. (2017), al evaluar la calidad del control prenatal en Haití comparando 31 clínicas móviles frente a 14 establecimientos de salud, reportó que las mujeres tuvieron una percepción de buena calidad de atención en ambos servicios. Asimismo, encontró que las usuarias de las clínicas móviles tuvieron una mayor probabilidad de acceder a micronutrientes, la vacuna contra el toxoide tetánico, kits de parto y otros suplementos, en comparación a las usuarias de los establecimientos de salud.

En el Perú, la falta de acceso a salud de las poblaciones rurales es un problema crítico del sector salud, que se relaciona con la carencia de vías de comunicación, las condiciones climáticas extremas, la difícil topografía, la insuficiente oferta de establecimientos, entre otras razones. Sin embargo, con la finalidad de cumplir con el mandato de llevar atención a toda la población, el Estado ha venido implementando brigadas médicas, hospitales de campaña, equipos AISPED (atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas), clínicas móviles, entre otras intervenciones itinerantes (Barzola-Cordero et al., 2011, p. 353).

Las provincias de Urubamba, Calca y Anta forman parte de un territorio sanitario ubicado en el departamento de Cusco, en la parte suroriental del Perú, las cuales tienen a la agricultura como principal actividad, con altos niveles de ruralidad de 48.4%, 55.2% y 69.9%, respectivamente. Los servicios de salud públicos de esta jurisdicción son administrados por la Red de Salud Cusco Norte, un órgano técnico-administrativo que depende de la Dirección Regional de Salud Cusco (DIRESA). En el 2014, en este territorio, la tasa de mortalidad materna alcanzó las 98.9 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil fue de 51 niños menores de 1 año fallecidos por 1,000 nacidos vivos (Red Cusco Norte, 2018). En el 2014, la DIRESA Cusco con apoyo de la Agencia de Cooperación Internacional de Corea del Sur (KOICA) ejecutó un proyecto de Unidades Móviles de Salud que derivó en la transferencia de un vehículo con equipamiento médico a la Red Cusco Norte para atender a las poblaciones rurales de su jurisdicción.

El objetivo de la investigación fue identificar los aspectos facilitadores o limitantes del funcionamiento del servicio prestado por la Unidad Móvil de Salud de la Red Cusco Norte, un servicio público que tiene por misión la atención itinerante para mejorar el acceso a la salud de las poblaciones vulnerables de las áreas rurales de su jurisdicción. Su horizonte de estudio abarca el periodo 2014-2018. La relevancia del estudio radica en que aporta información para mejorar el diseño y la ejecución de intervenciones de salud dirigidas a poblaciones rurales teniendo en cuenta la participación comunitaria y la coordinación interinstitucional. De otro lado, el estudio visibiliza la importancia de la participación de los actores sociales en la gestión de los servicios que se ofrecen dentro de su territorio, lo cual llevará a brindar mejores servicios a la población. El presente estudio se enmarca en la línea de investigación del servicio al ciudadano.

## **2. Metodología**

El diseño de la investigación fue exploratorio y cualitativo, de tipo estudio de caso, y tuvo como unidad de análisis el servicio a los ciudadanos brindado por la Unidad Móvil de Salud (UMS) de la Red Cusco Norte. Se entrevistó a diez informantes claves (dos funcionarios, dos profesionales de la unidad móvil, dos profesionales de los establecimientos salud y cuatro pobladores de las zonas intervenidas) y se revisó documentación técnica y administrativa relacionada con la UMS. Se analizaron los mecanismos de articulación intrainstitucionales, la participación de los actores sociales, las creencias y actitudes del personal de los establecimientos de salud y del servicio itinerante, la percepción de los usuarios de la comunidad y los patrones culturales de la población. Luego se identificaron factores facilitadores y limitantes, y se elaboraron recomendaciones para mejorar la gestión de este servicio a los ciudadanos.

## **3. Resultados**

La Unidad Móvil de Salud es un servicio itinerante que dispone de un vehículo motorizado, tipo bus, adaptado con equipamiento médico para brindar ecografías, atención odontológica y exámenes de laboratorio (Figura 1), y que cuenta con tres profesionales de la salud (médico, odontólogo y biólogo). La administración de este servicio está a cargo de la Red de Salud Cusco Norte, entidad responsable de la contratación del personal, la programación de actividades y el soporte logístico. En cada salida a la comunidad, la unidad visitaba de tres a siete establecimientos, durante 10 a 20 días, cubriendo en su ruta una población estimada de 1,000 habitantes por cada salida.

**Figura 1**  
**Unidad Móvil de Salud de la Red Cusco Norte**



Fuente: Tomada por el investigador. Cusco, 2018.

Las atenciones que realizó la UMS se presentan en la Tabla 1. El estudio encontró una importante producción de atenciones de ecografía, odontología y laboratorio, incluyendo consultas ambulatorias, controles prenatales, tamizajes de salud mental y otras atenciones preventivas.

**Tabla 1**  
**Atenciones en la UMS Red Cusco Norte**

ATENCIONES	2014	2015	2016	2017 <sup>1</sup>	TOTAL
Ecografía	1,123	284	211	632	2,250
Odontología <sup>2</sup>	2,512	1,339	1,296	1,011	6,158
Laboratorio <sup>3</sup>	1,082	1,396	1,337	902	4,717
Otras prestaciones <sup>4</sup>	1,532	1,745	1,426	3,755	8,458
<b>TOTAL</b>	<b>6,249</b>	<b>4,764</b>	<b>4,270</b>	<b>6,300</b>	<b>21,583</b>

---

**Notas:**

1. Información parcial de enero-octubre 2017.
  2. Odontología: salud bucal, prevención de caries, restauración dental simple y compuesta, exodoncia.
  3. Laboratorio: diagnóstico del embarazo, exámenes de laboratorio completo de la gestante y apoyo al diagnóstico.
  4. Otras prestaciones: atención prenatal, detección de problemas de salud mental, consulta externa, atención integral de salud del adulto mayor, atención integral del joven y adulto.
- 

Fuente: Adaptado de Sistematización del proyecto “Promoción y atención de salud a favor de las poblaciones más vulnerables de la Región Cusco, 2014-2016, Unidades Móviles de Salud Koika”. Informe de consultoría para la representación de OPS/OMS en Perú (p. 84). Organización Panamericana de la Salud, 2018.

En relación a los mecanismos de articulación entre los actores de salud vinculados con gestión de la UMS, se evidenció un alto grado de articulación entre los equipos de la Red Cusco Norte, la UMS y del establecimiento de salud, bajo una lógica de gestión vertical<sup>1</sup> (Ypanaqué-Luyo, 2021, p. 156). Los mecanismos de articulación más usados fueron la adaptación mutua y la estandarización de los procesos de trabajo y de los resultados.<sup>2</sup> Esta estandarización se basó en el modelo de Presupuesto por Resultados (PpR),<sup>3</sup> por medio del cual se asignaba a los establecimientos de salud un conjunto de metas sanitarias a lograr en la población de gestantes, niños menores de 3 años y otros grupos priorizados, los cuales debían ser alcanzados con el apoyo de la UMS. En los siguientes testimonios se muestran opiniones sobre este modelo de trabajo:

El mejor formato es planificar salidas con metas. Todos ganan... Allí ha funcionado bien. (E4, profesional de Unidad Móvil)

La planificación de la Unidad Móvil está netamente enfocada en las necesidades del establecimiento. ¿A qué me refiero con esto?: a coberturar sus metas (E2, profesional de Unidad Móvil). (Ypanaqué-Luyo, 2021, p.102)

En relación a los actores sociales<sup>4</sup> de los territorios intervenidos y su nivel de participación en el funcionamiento de la UMS, se evidenció un bajo nivel de participación de las municipalidades

---

1 La gestión vertical se refiere a una estructura organizativa jerárquica y de autoridad centralizada.

2 La adaptación mutua es un mecanismo de coordinación basado en la comunicación informal entre los individuos. Los procesos de trabajo y de los resultados son mecanismos de coordinación basados en la estandarización de las rutinas de trabajo y la asignación metas de desempeño, respectivamente.

3 El Presupuesto por Resultados (PpR) es una forma de elaborar el presupuesto público vinculando la asignación del presupuesto con el logro de metas en la población objetivo.

4 Los actores sociales son individuos u organizaciones que participan en los procesos de gestión para implementar una política o en la ejecución de una intervención a fin de conseguir un beneficio común.

distritales y de la comunidad (Ypanaque-Luyo, 2021, p. 157). Las opciones de participación se limitaron a la entrega de información básica para los usuarios sobre la UMS (fechas y actividades), la colaboración de voluntarios de la comunidad (promotores de salud y líderes locales) durante la atención de la UMS y el apoyo logístico de algunas municipalidades distritales. No se evidenció espacios de coordinación con los actores sociales, ni una estrategia integral que fomentará la participación social que buscará la sostenibilidad de esta intervención. No obstante, se encontró que existía un marco normativo que favorecía la participación de los ciudadanos y los actores sociales en la gestión de los servicios de salud.

Los profesionales de la Red y los establecimientos de salud tuvieron una percepción positiva de la UMS, opinaron que este servicio fortaleció la atención y contribuyó a lograr las metas sanitarias en la población, como se muestra en los siguientes testimonios:

La fortaleza es que [la unidad móvil] nos ayuda mucho para levantar nuestras metas y principalmente la satisfacción de nuestra población. (E5, profesional del Puesto de Salud Cuyo Chico)

Nos ha favorecido en algunas cosas a llegar a las coberturas; por ejemplo, la atención de odontología, para llegar a gestantes reenfocadas, con todos los paquetes. (E9, profesional del Puesto de Salud Zurite) (Ypanaque-Luyo, 2021, p. 126)

Los trabajadores de la UMS desarrollaron estrategias innovadoras para adaptarse al trabajo rural (pausas activas, tiempos libres, escucha empática). De otro lado, se evidenció estrés mental y físico relacionado con la sobredemanda de pacientes, la recarga administrativa, los contratos temporales y los bajos salarios. El personal de la UMS manifestó una percepción positiva sobre su trabajo y un fuerte compromiso con su rol sanitario, tal como se muestra en el siguiente testimonio:

La fortaleza de nosotros ha sido el personal, el compromiso que tenía el personal. El querer cumplir las metas. Ha sido amor propio [más] que otra cosa. Porque otro habría tirado la toalla, porque la Red exige mucho, pero da poco. (E4, profesional de la Unidad Móvil) (Ypanaque-Luyo, 2021, p.135)

El uso del quechua por parte del personal de salud, el conocimiento y respeto a las creencias locales y el apoyo de los promotores de salud como traductores locales facilitó la atención de los pacientes. Los usuarios de la comunidad tuvieron una percepción positiva de la UMS y una buena aceptación al vehículo usado por la UMS; tal como se muestra en el siguiente testimonio:

Difícilmente van a hacerse sacar ecografía a Pisac o Cusco. Entonces, aprovechan en allí no más para la ecografía [en la UMS] [...]. Preferible atenderse en ese carro. En ese carro nos atienden con cariño. (E6, usuario de comunidad Cuyo Chico) (Ypanaque-Luyo, 2021, p. 142)

Se evidenció que la UMS era considerada como parte del sistema local de salud. Sin embargo, se observaron algunas limitaciones, como la falta de continuidad en la atención de los usuarios una vez que la unidad móvil se retiraba de la zona. Asimismo, no se contaba con un protocolo para el seguimiento de casos, la entrega de resultados y la derivación de los pacientes dentro del propio sistema local de salud. También se observó la existencia de barreras administrativas para el acceso de usuarios que no pertenecían a la población objetivo o de aquellos que no estaban afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS).

#### **4. Conclusiones y recomendaciones**

La presente investigación se ha realizado desde la perspectiva de la gerencia social, una disciplina interdisciplinaria cuya especificidad se centra en integrar a los actores sociales de un territorio específico en la gestión de un proyecto, servicio o programa.

El estudio identificó algunos factores facilitadores del funcionamiento de la UMS, tales como el uso del modelo de Presupuesto por Resultados en la planificación de actividades, la experiencia de los establecimientos con agentes comunitarios de salud y los gobiernos locales, el compromiso del personal de salud para lograr metas sanitarias, la percepción de buen trato y calidez en la atención por parte de los usuarios, y el conocimiento y respeto de las creencias locales del personal.

Entre los factores limitantes se identificó la carencia de una estrategia de participación comunitaria en la gestión de la UMS, el estrés mental y físico del personal de la UMS, la carencia de una estrategia para captar y retener al personal que requiere la UMS, la falta de continuidad en la atención de los pacientes y los espacios reducidos del vehículo de la UMS.

Finalmente, el estudio sugiere la elaboración de una estrategia integral de participación de los ciudadanos y los diferentes actores sociales, con la finalidad de asegurar la sostenibilidad del servicio que brinda la UMS en el largo plazo. Esta estrategia deberá estar a cargo de una unidad de coordinación en la Red de Salud que tenga la responsabilidad de la planificación y la gestión

de la UMS, y que también cumpla una función de enlace con los diferentes actores sociales del territorio donde interviene la UMS.

El personal de la Red de Salud y de la UMS son servidores públicos que brindan un servicio a la ciudadanía. Por ello, es necesario que aprenda nuevos conocimientos y habilidades que contribuyan a mejorar este servicio en términos de calidad, eficiencia y respeto a los ciudadanos. Al respecto, se sugiere el desarrollo de perfiles de competencias de los recursos humanos vinculados con la intervención de la UMS, incluyendo el desarrollo de planes de captación, inducción y capacitación continua del personal de salud, que además incorpore la pertinencia cultural en la atención de salud.

## Referencias bibliográficas

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4), <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x>
- Barzola-Cordero, V., Llamosas, E., Echeagaray, C., Cuzco, M., & Peralta, F. (2011). Experiencia del Ministerio de Salud en la implementación de las brigadas de médicos especialistas en las zonas de Aseguramiento Universal en Perú, 2009-2010. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica*, 28(2), 352–361. <https://doi.org/10.1590/s1726-46342011000200025>
- International Committee of the Red Cross. (2006). *Mobile Health Units- Methodological Approach*. International Committee of the Red Cross. <https://reliefweb.int/report/world/mobile-health-units-methodological-approach>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Sistematización del proyecto “Promoción y atención de salud a favor de las poblaciones más vulnerables de la Región Cusco, 2014-2016, Unidades Móviles de Salud Koika”*. Informe de consultoría para la representación de OPS/OMS en Perú.
- Phillips, E., Stoltzfus, R. J., Michaud, L., Pierre, G. L. F., Vermeulen, F., & Pelletier, D. (2017). Do mobile clinics provide high-quality antenatal care? A comparison of care delivery, knowledge outcomes and perception of quality of care between fixed and mobile clinics in central Haiti. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 361. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1546-7>

- Red de Servicios de Salud Cusco Norte. (2018). *Unidad de Epidemiología: Sala Situacional Virtual. Semana Epidemiológica No 40-2018*.
- Sanchez, R. M., & Ciconelli, R. M. (2012). Conceitos de acesso à saúde = The concepts of health access. *Revista panamericana de salud publica*, 31(3), 260–268. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892012000300012>
- Ypanaque, P.J. (2021). Aspectos facilitadores o limitantes del funcionamiento de la Unidad Móvil de Salud implementada por la Red de Salud Cusco Norte como estrategia para mejorar el acceso a servicios de salud integrales de las poblaciones rurales de su jurisdicción, en el periodo 2014-2018 [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/19699>
- Yu, S. W. Y., Hill, C., Ricks, M. L., Bennet, J., & Oriol, N. E. (2017). The scope and impact of mobile health clinics in the United States: a literature review. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0671-2>