



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

MEDICIÓN DE LA FUNCIÓN ESENCIAL EN SALUD PÚBLICA Nº 11:
REDUCCIÓN DEL IMPACTO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES EN SALUD EN
LAS DIRECCIONES DE SALUD - PERÚ - 2019

**Línea de investigación:
Salud pública**

Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Salud Pública

Autor

Bazán Vargas, Kieffer Segundo

Asesor

Lozano Zanelly, Glenn Alberto

ORCID: 0000-0002-7866-5243

Jurado

Bello Vidal, Catalina Olimpia

Gutiérrez Páucar de Daza, Rosa Antonia

Ramírez Julcarima, Melva Nancy

Lima - Perú

2023



MEDICIÓN DE LA FUNCIÓN ESENCIAL EN SALUD PÚBLICA N° 11: REDUCCIÓN DEL IMPACTO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES EN SALUD EN LAS DIRECCIONES DE SALUD – PERU -2019

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	mydokument.com Fuente de Internet	2%
2	scielosp.org Fuente de Internet	2%
3	www.disacallao.gob.pe Fuente de Internet	2%
4	www.scilit.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.umsa.bo Fuente de Internet	1%
6	iris.paho.org Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.autonoma.edu.co Fuente de Internet	1%
9	repositorio.conicyt.cl Fuente de Internet	1%
10	www.scielosp.org Fuente de Internet	1%
11	new.paho.org Fuente de Internet	1%
12	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
13	mafiadoc.com Fuente de Internet	1%
14	minsa.b-cdn.net Fuente de Internet	1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

MEDICIÓN DE LA FUNCIÓN ESENCIAL EN SALUD PÚBLICA N° 11: REDUCCIÓN DEL IMPACTO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES EN SALUD EN LAS DIRECCIONES DE SALUD – PERÚ - 2019

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Salud Pública

Autor:

Bazán Vargas, Kieffer Segundo

Asesor:

Lozano Zanelly, Glenn Alberto

ORCID: 0000-0002-7866-5243

Jurado:

Bello Vidal, Catalina Olimpia

Gutiérrez Páucar de Daza, Rosa A.

Ramírez Julcarima, Melva N.

Lima - Perú

2023

Dedicatoria

A mi madre que está en el cielo, mis hermanos, mi esposa Silvia y mis hijos Daniel y Zhaid.

Agradecimiento

A la Dirección General de Gestión del Riesgo y Defensa Nacional del Ministerio de Salud y muy en especial al Dr. Celso Bambarén Alatriza.

A las 25 Direcciones de Salud por su involucramiento y por facilitar la ejecución de los talleres macrorregionales destinados a impulsar la investigación.

ÍNDICE

	Página
Resumen.....	8
Abstract.....	9
I. Introducción.....	10
1.1 Planteamiento del problema.....	10
1.2 Descripción del problema.....	11
1.3 Formulación del problema.....	12
-Problema general.....	12
-Problemas específicos.....	12
1.4 Antecedentes.....	13
-Antecedentes internacionales.....	13
-Antecedentes nacionales.....	23
1.5 Justificación de la investigación.....	27
1.6 Limitaciones de la investigación.....	27
1.7 Objetivos.....	28
- Objetivo general.....	28
- Objetivos específicos.....	28
II. Marco teórico.....	29
2.1 Marco conceptual.....	29
-Definición de términos.....	36

III. Método.....	38
3.1 Tipo de investigación.....	38
3.2 Población y muestra.....	38
3.3 Operacionalización de variables.....	40
3.4 Instrumentos.....	41
3.5 Procedimientos.....	44
3.6 Análisis de datos.....	48
3.7 Consideraciones éticas.....	49
IV. Resultados.....	50
V. Discusión de resultados.....	57
VI. Conclusiones.....	61
VII. Recomendaciones.....	63
VIII. Referencias.....	64
IX. Anexos.....	69
Anexo 1: Instrumento.....	70
Anexo 2: Matriz de consistencia.....	73
Anexo 3: Informe de validación de instrumento.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1: Ítems según dimensión de la Encuesta “Medición de la función esencia en salud pública N° 11:	43
Tabla 2: Ponderación para la medición de la función esencia en salud pública N° 11	46

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1: Perfil de Desempeño de la función esencial en salud pública N° 11 – 2019.....	49
Figura 2: Fortalezas y debilidades de la práctica de la salud pública - 2019.....	50
Figura 3: Áreas a fortalecer - FESP N° 11-2019.....	52
Figura 4: Evaluación de la medición años 2006 – 2019 - Perfil de desempeño de la FESP N° 11.....	54
Figura 5: Ranking del Perfil de desempeño de la FESP N° 11 - 2019	55

RESUMEN

Objetivo: Medir el perfil de desempeño de la función esencial en salud pública N°11: reducción de las emergencias y desastres en salud. **Método:** El método empleado corresponde a una investigación básica y descriptiva, con una población y muestra compuesta por las 25 direcciones de salud del país. La herramienta utilizada para la recolección de datos fue un cuestionario acondicionado y definido por la OPS y la OMS. **Resultados:** El nivel de rendimiento se ubicó en la categoría de 'desempeño medio inferior', con una puntuación de 0.41. Se señalaron como capacidades sobresalientes la colaboración y las alianzas con otras organizaciones, junto con el asesoramiento y el apoyo especializado a los niveles subregionales. En contraste, se identificaron como áreas de mejora la gestión y la creación de normativas y directrices. Las áreas que requieren un mayor fortalecimiento se centran en la planificación de la respuesta, el sistema de transporte asistido de pacientes y la elaboración e implementación de regulaciones de preparación. La comparación entre las valoraciones correspondientes a los años 2006 y 2019 a nivel general demostró que, en 2006, el nivel de rendimiento de la FESP 11 alcanzó un porcentaje de 0.56, colocándose en el rango de 'desempeño medio superior'. En contraste, en 2019, el perfil de desempeño se ubicó en el nivel "medio inferior", con un valor de 0.41. Se observa una disminución del 0.15 en el porcentaje del perfil de desempeño. De acuerdo con la clasificación, la Dirección de Salud de Apurímac ocupa el primer lugar en desempeño, con una puntuación de 0.80. **Conclusiones:** La FESP muestra una disminución en su nivel de desempeño, lo que sugiere la necesidad de que el sector fortalezca sus indicadores.

Palabras claves: funciones esenciales, salud pública.

ABSTRACT

Objective: To measure the performance profile of essential public health function No. 11: reduction of health emergencies and disasters. **Method:** The method used was a basic and descriptive research approach, with a population and sample comprised of the country's 25 health departments. The data collection tool was a questionnaire developed and defined by PAHO and WHO. **Results:** The performance level was in the "lower medium" category, with a score of 0.41. Collaboration and partnerships with other organizations, along with specialized advice and support at the subregional levels, were identified as outstanding capabilities. In contrast, management and the creation of regulations and guidelines were identified as areas for improvement. Areas requiring further strengthening focused on response planning, the assisted patient transport system, and the development and implementation of preparedness regulations. A comparison between the overall ratings for 2006 and 2019 showed that, in 2006, the performance level of the 11th EPHF reached a percentage of 0.56, placing it in the "upper medium" range. In contrast, in 2019, the performance profile was in the "lower medium" level, with a score of 0.41. A decrease of 0.15% was observed in the performance profile percentage. According to the ranking, the Apurímac Health Department ranks first in performance, with a score of 0.80. **Conclusions:** The FESP shows a decline in its performance level, which suggests the need for the sector to strengthen its indicators.

Key words: essential functions, public health.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La salud es la promoción del compromiso civil y la instrucción de la población para el involucramiento social. De esta forma, apoyándose en las responsabilidades gubernamentales que desempeña la entidad de salud, no solo se facilita llegar a los demás participantes y a la totalidad del ámbito de la salud pública, sino que resulta ser el más adecuado y, desde una perspectiva estratégica, el más influyente para conseguirlo. De esta forma, la implementación de herramientas de acción estatal constituye la base fundamental e idónea para la práctica más eficiente de la salud pública, la cual se identifica como una faceta funcional y operativa dentro del sistema de salud en el que se integra y puede tener, como se ha evidenciado, la particularidad funcional y operativa concreta. Por consiguiente, no únicamente es viable, sino indispensable, discernir las FESP para definir las operativamente como una parte del sistema de salud y perfeccionar su desempeño.

En las Américas se están llevando a cabo un conjunto de cambios en el ámbito sanitario y una gran parte de ellos encuentran inconvenientes en la puesta en práctica de sus estrategias de salud. El papel de dirección de la salud es deficiente, lo que conduce al incumplimiento de las FESP, tanto a nivel nacional como regional y aún menos a nivel local. La administración de las instituciones sanitarias en todos los estratos del gobierno es frágil, lo que se manifiesta en la escasa coordinación intersectorial para el manejo de situaciones de urgencia y catástrofes, con todas las repercusiones que esto implica.

1.2. Descripción del problema

En las Américas, se están llevando a cabo diversas transformaciones en el sector salud, y gran parte de estas reformas enfrentan dificultades al intentar implementar sus estrategias de salud. La capacidad de liderazgo en salud, así como la dirección de las instituciones sanitarias en todos los niveles gubernamentales, se muestra insuficiente, lo que se evidencia en la limitada coordinación entre sectores para la gestión de situaciones de emergencia y desastres, con todas las consecuencias y retos que esto implica. Para el cumplimiento con las FESP, que son responsabilidad del Estado en sus múltiples niveles administrativos, resulta crucial optimizar la práctica de la salud pública y sus herramientas, con el fin de evaluar su situación actual y determinar las áreas en las que se requiere un mayor fortalecimiento. (Muñoz et al., 2000).

Las FESP tuvieron una relevancia significativa en el debate sobre las estrategias sanitarias en la Región de las Américas durante los años noventa y principios del dos mil. En este contexto, las FESP permitieron evidenciar las capacidades esenciales e indelegables de las autoridades de salud, analizar su importancia y lograr un consenso regional sustancial. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Al presente, el Perú se afronta un contexto socioeconómico y político que facilita la implementación de una estrategia de modificaciones en el ámbito de la salud. Estos factores deben apoyar en la generación de cambios indispensables para progresar en la política de protección social en salud para toda la ciudadanía, y brindar servicios ampliados y de mayor calidad. (Ministerio de Salud [MINSA], 2013), garantizando el correcto desempeño de las FESP. Según la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

(OPS, 2017), se identifican dos desafíos para la contextualización de las FESP. En primer término, esclarecer teóricamente la vinculación entre la dirección y las FESP, entendiéndolas como un instrumento que favorece el robustecimiento de las instancias de salud. Y, en segundo término, reivindicar la importancia de la participación de los implicados, la correspondencia entre las FESP y su valoración, como un factor que simplifica los procesos de transformación en los sistemas sanitarios.

1.3. Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es el perfil de desempeño de la función esencial en salud pública N° 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en las direcciones de salud – Perú - 2019?

Problemas específicos

- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de la práctica de la salud pública N° 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud en las direcciones de salud – Perú - 2019?
- ¿Cuáles son las áreas que requieren mayor apoyo para fortalecer la infraestructura de la salud pública en las direcciones de salud – Perú -2019?
- ¿Cuál es la evaluación de la medición 2006 – 2019 del perfil de desempeño de la FESP N° 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres por direcciones de salud – Perú (ranking)?

1.4. Antecedentes

1.4.1. Antecedentes internacionales

Quiroga y Ríos (2019) publicaron la tesis Evaluación de la capacidad institucional del SERES El Alto para el cumplimiento del marco normativo en salud, gestión 2017. El resultado de la evaluación arrojó un rendimiento por debajo del promedio de la entidad en lo referente a la observancia y fiscalización de las leyes, normativas y regulaciones de salud pública dentro de su ámbito de actuación. Se identificaron deficiencias en la implementación y desarrollo de procesos sistémicos para asegurar el cumplimiento de la normativa sanitaria, así como un alto nivel de desconocimiento por parte de los funcionarios encargados del control y la aplicación del marco regulatorio. No obstante, una de las principales fortalezas del SERES es su personal, que cuenta con las competencias, habilidades y capacidades necesarias para asesorar, respaldar y brindar asistencia técnica a los niveles que dependen de la institución. Esto facilita una implementación y un acatamiento eficaces de las leyes, reglas y normativas del SERES, con el objetivo de proporcionar un servicio de mayor calidad a la población. Este diagnóstico constituye un punto inicial para planificar estrategias de fortalecimiento institucional, abordando las deficiencias identificadas y buscando potenciar y robustecer el sistema de salud, con el propósito de perfeccionar la calidad de los servicios de salud que se proporcionan a los habitantes de la ciudad de El Alto.

La OPS/OMS (2017) publicaron el análisis sobre la experiencia federal "FESP: su implementación en Argentina y desafíos hacia la salud universal". Esto marcó el comienzo de un proceso de conversación y debate en relación con las FESP, dirigido por la Asociación Argentina de Salud Pública. Además, incluyó contribuciones teóricas y experiencias

relacionadas con las funciones esenciales de distinguidos académicos, expertos en salud pública y funcionarios gubernamentales en Argentina. Existen dos desafíos principales que impulsan la necesidad de reactivar las FESP y ajustarlas a la situación actual. Inicialmente, es necesario esclarecer a nivel teórico la vinculación entre las distintas facetas del liderazgo y las funciones esenciales de salud pública. Un análisis más profundo que integre ambos conceptos facilitaría una mejor interpretación del papel de las FESP como herramienta que promueve el robustecimiento de la rectoría de las autoridades sanitarias. En segundo término, si bien se ha observado un avance notable en la participación de los actores en la discusión sobre este asunto, con progresos importantes en la evaluación de las FESP, también se identificó una inclinación a igualar las FESP con su evaluación, sin adentrarse en su rol como facilitador de los flujos de cambio en los sistemas sanitarios.

El Ministerio de Salud de Chile (2016) presentó el Informe Técnico Final: Evaluación del desempeño de las FESP en las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS). Participaron en la evaluación 113 profesionales del ámbito de la salud pública regional. Se utilizó un instrumento para la evaluación del cumplimiento de las FESP a nivel subnacional. La población estuvo representada por tres regiones de Chile: Araucanía, Maule, y Coquimbo. Los resultados encontrados fueron: Para la Región Araucanía, el puntaje global para las 11 FESP evaluadas fue de 0.48, calificada como un nivel de “desempeño medio inferior”. Para la Región Maule el puntaje global fue de 0.44 calificado como “desempeño medio inferior” según la escala de medición y para la Región Coquimbo el puntaje global fue de 0.50 calificado como “desempeño medio inferior”. La suma total para las tres regiones asume un puntaje de 0.47 denominado como un “desempeño medio inferior”, lo que representaría el nivel de desempeño de las FESP para Chile. La FESP 11 alcanzó un puntaje global de 0.69 calificado como un “desempeño medio superior” ubicándolo en el primer nivel de desempeño

en relación con las otras 10 funciones esenciales. La evaluación de las FESP 11 alcanzaron los siguiente puntajes: el indicador 1, referente a la gestión para reducir el impacto de emergencias y desastres, obtuvo una puntuación de 0.51; el indicador 2, relacionado con la difusión e implementación de normativas y directrices que apoyan la reducción de desastres y emergencias en la salud, alcanzó 0.91; el indicador 3, que mide la coordinación y alianzas con otros sectores o instituciones regionales, llegó a 0.55; y el indicador 4, que evalúa el asesoramiento y el apoyo técnico a los niveles locales para la reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud, alcanzó 0.79. Se identificaron como áreas prioritarias la capacidad de respuesta pertinente para controlar las problemáticas vinculadas a la salud pública. Las fortalezas observadas fueron la difusión e implementación de normativas, así como el asesoramiento y el apoyo técnico a los niveles locales.

Chávez et al. (2015) en la investigación titulada Evaluación de las FESP en Panamá, planteó como uno de sus objetivos presentar la situación de estas en Panamá. Los resultados encontrados fueron: el perfil global de desempeño para las 11 funciones fue de 0.61. calificado como un “desempeño medio superior”. La FESP 11 alcanzó una calificación de 0.32 clasificado como un “desempeño mínimo”. El análisis del indicador 1, que evalúa la “gestión para disminuir el impacto de emergencias y desastres”, reveló una puntuación de 0.34, lo que evidencia una planificación deficiente para la respuesta. El indicador 2, relacionado con la “creación de normas y directrices”, registró un valor de 0.58, lo que evidencia una falta de coherencia entre la capacidad normativa y la de implementación, así como entre la capacidad que se ha desarrollado y su puesta en práctica en los procedimientos laborales. Esto conlleva la inexistencia de un sistema que permita la utilización apropiada de donaciones destinadas a desastres y emergencias. El indicador 3, que mide la “coordinación”, alcanzó 0.36, lo que indica la no existencia de un sistema de transporte que posibilite

acciones coordinadas dentro del sector ante situaciones de desastres y emergencia. Por último, el indicador 4, que evalúa el “asesoramiento”, consiguió una puntuación de 0, lo que evidencia una gran parte débil en el apoyo al desempeño descentralizado de este cargo, atribuible en parte a la escasez de recursos humanos y monetarios. Las áreas prioritarias identificadas para fortalecer fueron las regiones o áreas expuestas a vulnerabilidades, los riesgos y el impacto en la salud, y la capacidad de adaptación a múltiples acontecimientos. También se incluyeron el plan institucional, la gestión de planes de preparación y minimización de desastres, la coordinación entre instituciones y con otros sectores, la vulnerabilidad estructural y no estructural, y las líneas vitales, así como aplicar medidas de prevención o corrección en salud, y las normativas y controles para construir edificaciones en áreas expuestas a vulnerabilidades. Entre las fortalezas identificadas fueron: existencia de metodología para el análisis de la vulnerabilidad, formación del personal, existencia de plan nacional, existencia del COE, coordinación intersectorial. Entre las debilidades se consideran: Ausencia de diagnóstico de las intervenciones emergencias y desastres, falta de recursos humanos, deficiente formación en planes, limitado recurso financiero.

El Ministerio de Salud Pública de Costa Rica (2014) realizó una evaluación del rendimiento de las FESP. En este proceso se involucraron profesionales elegidos y convocados por el Ministerio, que incluían tanto a funcionarios como a académicos y otros expertos en el campo de la salud. Se constituyeron once grupos de trabajo, en los cuales los profesionales fueron asignados según su perfil y su relación con las funciones específicas bajo análisis. Resultados: El puntaje global de las 11 FESP evaluadas fue de 0.79 calificado como un “desempeño óptimo”. La FESP 11 alcanzó un puntaje total de 1.17 calificado como “desempeño óptimo”. La evaluación de los indicadores para esta función arrojó los siguientes resultados: el indicador 1, que mide la “Gestión para la disminución del impacto de

emergencias y desastres”, obtuvo una puntuación de 0.32, lo que lo sitúa en el nivel de desempeño mínimo. El indicador 2, relacionado con el “Desarrollo de normativas y directrices de acción que apoyen la disminución del impacto de emergencias y desastres en la salud”, alcanzó un valor de 1.72. El indicador 3, que evalúa la “Coordinación y alianzas con otras instituciones y organismos”, tuvo una puntuación de 1.6. Finalmente, el indicador 4, que mide el “Asesoramiento y el apoyo técnico a nivel regional y local para la disminución del impacto de las emergencias y desastres en la salud”, obtuvo un valor de 1.14, lo que indica un nivel de desempeño óptimo. En conclusión, se identificaron tres áreas prioritarias de intervención para mantener y mejorar el rendimiento de las FESP: la planificación institucional y el desarrollo de capacidades humanas e infraestructura para optimizar el desempeño de estas funciones; el fortalecimiento de la capacidad de la institución para gestionar, regular y supervisar; y, en tercer termino, las intervenciones orientadas a perfeccionar la accesibilidad a los servicios, la investigación y la gestión tecnológica. Las principales deficiencias identificadas fueron la formación de personal, el fortalecimiento de la capacidad para planificar y gestionar los niveles descentralizados, y la asistencia técnica a los niveles regionales.

El Ministerio de Salud de Panamá (2014), con el respaldo de la OMS, dio a conocer los resultados obtenidos del taller en el que se utilizó la herramienta para evaluar el rendimiento de las FESP. El análisis global de las FESP señala que alcanzó un puntaje de 1.2 calificado como “desempeño óptimo” La FESP 11 con una ponderación total de 1.18. FESP 11 calificado como un “desempeño óptimo” ocupando el segundo lugar del total de las 11 funciones evaluadas. En relación con los indicadores de esta función, se observa una mejora general en la evaluación de todos ellos, sobresaliendo el indicador que mide la asesoría y el respaldo técnico brindados a los niveles regionales y locales para mitigar el impacto de

emergencias y desastres en la salud, que alcanzó un valor de 1.58. Las áreas prioritarias seleccionadas fueron el desarrollo de regulaciones, instrucciones y directrices para atender la producción y el intercambio de información y lograr el fomento de la promoción y la participación ciudadana; y la adaptación de programas o planes en bien de la promoción de la salud pública y la investigación en el ámbito sanitario. Se consideraron también los saberes, aptitudes y estrategias para facilitar la accesibilidad de la ciudadanía a los programas y servicios, la optimización de la calidad del personal, el sistema de gestión de tecnologías y la valoración de las tecnologías sanitarias para respaldar la adopción de decisiones. De igual manera, se hizo hincapié en la orientación y el respaldo técnico a nivel regional y local para reforzar las iniciativas de fomento de la salud, la implicación ciudadana en materia de salud, la formulación y el control de leyes y reglamentos, y el desarrollo de los recursos humanos.

Maidana (2014) presentó la investigación: desempeño y capacidad de reducción del impacto de emergencias y desastres en salud del SERES El Alto, Gestión 2014. El propósito de este estudio fue evaluar el desempeño de la FESP 11, con el fin de establecer una base de referencia para el desarrollo de planes que mejoraran la práctica de la Salud Pública. El estudio se realizó utilizando un diseño descriptivo, con un enfoque cuantitativo y de corte transversal. Se aplicó el instrumento de OPS-OMS adaptado al contexto a informantes e instituciones relacionadas con el manejo de las emergencias y desastres. Los resultados evidencian que SERES El Alto ostenta fortalezas en ciertos áreas y vulnerabilidades en otras, obteniendo un nivel de desempeño calificado como medio inferior con 0.31 de puntaje. Otras instituciones fueron calificadas con un nivel de desempeño medio superior, medio inferior y mínimo. La conclusión del estudio fue que el esquema organizativo recomendado por la autoridad central no se aplica efectivamente en dicho municipio. Esto se debe a una descentralización deficiente y a una capacidad de toma de decisiones limitada. Además, se

identificó una interacción insuficiente con los niveles locales y una carencia en la creación de alianzas con otras entidades de cooperación. La falta de normativas a nivel nacional e internacional acondicionadas al contexto local también contribuye a la ineficacia en la implementación y cumplimiento de las directrices.

González et al. (2013) presentaron la investigación: Diagnóstico de la capacidad para el ejercicio de las funciones esenciales de salud pública en países de Mesoamérica, los estados mexicanos de Chiapas y Quintana Roo y la República Dominicana. Para ello, se aplicó una encuesta en línea a 83 entidades de la República Dominicana, El Salvador, Panamá, Belice, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y los estados mexicanos de Chiapas y Quintana Roo, con el objetivo de valorar la capacidad para ejecutar cada una de las 11 FESP. En la evaluación tomaron parte representantes de las secretarías de salud de los siete países y los dos estados mexicanos involucrados. Resultados. La mayor aptitud para el desempeño se detectó en la FESP 1, correspondiente al 'seguimiento, evaluación y análisis de la situación sanitaria de la población', la FESP 2.1.1 “vigilancia, investigación y control de riesgos y amenazas a la salud pública para enfermedades infecciosas” y la FESP 5 “desarrollo de políticas y planificación en salud”. La vulnerabilidad mayor se encontró en la FESP 2.1.2 “vigilancia, investigación y monitoreo de las enfermedades no infecciosas”. Las disparidades en el rendimiento de las FESP dentro de cada país evidencian insuficiencias en las labores de los laboratorios y en la investigación en salud pública. Concluye que, es necesario optimizar el rendimiento estratégico en la mayor parte de las FESP en los países y territorios estudiados, así como fortalecer la infraestructura, el equipamiento y los RRHH, tanto a nivel táctico como estratégico.

Rodríguez (2013) presentó la investigación: Conocimientos sobre Preparativos a Emergencias y Desastres de los Recursos Humanos en Salud Centro de Salud “Francisco Buitrago” Managua, abril-Julio del 2011. El estudio fue cualitativo de carácter Exploratorio. La muestra fue 16 funcionarios de la dirección, áreas clínicas, áreas técnicas, medios diagnósticos y administrativa del centro de salud Francisco Buitrago del Barrio San Luís de la ciudad de Managua. El instrumento utilizado fue el cuestionario OPS-OMS. Se encontró los siguientes resultados: La evaluación del conocimiento sobre Preparación para Emergencias y Desastres entre los Recursos Humanos en Salud, según la medición de la FESP número 11, arrojó un resultado óptimo (0.77). Los RRHH demuestran conocimiento en la Gestión para la disminución del impacto de E/D. Una proporción significativa de los RRHH del Centro de Salud-Farmacia Básica (C/S-FB) está familiarizada con las responsabilidades y el protocolo de actuación del C/S durante la respuesta a emergencias. Sin embargo, muchos de ellos muestran desconocimiento de las directrices ante brotes de enfermedades contagiosas. Se observa una correlación moderada entre la experiencia reportada por los RRHH y su conocimiento de las instancias relevantes. No obstante, se constata un conocimiento limitado, especialmente en lo que respecta a las entidades de primera respuesta u otros sectores, asociaciones y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). La comunicación se percibe como débil, lo que limita la efectividad de la Información, Educación y Comunicación (IEC) para lograr mejores resultados tras la capacitación de los RRHH. Esto afecta la capacidad de replicar y mejorar el asesoramiento y el apoyo técnico en la construcción de capacidades para disminuir el impacto negativo de las E/D en la salud.

El Ministerio de Salud de Nicaragua (2008), con auspicio de la OMS realizó la medición del desempeño de las FESP, ejercidas por la autoridad sanitaria en salud. Los resultados del II Taller Nacional fueron los siguientes: El perfil general de desempeño de las

FESP alcanzó un puntaje de 0.64 ubicándose en el perfil de “desempeño medio superior”. La FESP 11 alcanzó una puntuación de 0.99, calculada a partir de un valor de referencia equivalente al promedio del total de los cuatro indicadores. Esta puntuación la clasifica como un nivel de desempeño “óptimo”, siendo la mejor evaluada. De hecho, esta función fue la que obtuvo la evaluación más alta. El indicador de la FESP 11 recibió una calificación de 1.00, lo que destaca la importancia de disponer de aviones para disminuir el impacto de emergencias y desastres en la salud, así como de contar con una estructura organizada para gestionar y aplicar medidas que optimicen la gestión. El indicador correspondiente al “Desarrollo de normativas y directrices que faciliten la disminución del impacto de emergencias y desastres en la salud” recibió también una puntuación de 1.00. Asimismo, el tercer indicador, “Coordinación y alianzas con otras agencias e instituciones”, obtuvo una puntuación de 1.00, lo cual evidencia la capacidad de coordinar y establecer colaboraciones con diversas entidades, contribuyendo de esta manera a mitigar el impacto de potenciales emergencias o desastres a nivel nacional. El indicador correspondiente al asesoramiento y apoyo técnico a los niveles regionales para la mitigación del impacto de emergencias y desastres en la salud obtuvo una calificación de 0.97. Esto evidencia que el asesoramiento y el respaldo técnico han sido cruciales para el desarrollo de habilidades en el personal técnico de los niveles subnacionales, con el propósito de disminuir las consecuencias de emergencias y desastres en la salud. Las áreas que se consideraron prioritarias fueron el logro efectivo de hallazgos y procesos puntuales, el desarrollo de habilidades e infraestructura, y el desarrollo de competencias a nivel descentralizado. Se destacó como una ventaja la presencia de normas y directrices a nivel nacional, a pesar de que se desconoce el grado de cumplimiento de las mismas.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2007) realizó la “medición de las FESP en el Distrito Capital”, en la evaluación participaron funcionarios públicos y privados. El resultado global de la medición de las FESP obtuvo un puntaje de 0.48 fue calificada como “desempeño medio inferior”. La FESP 11 alcanzó un 0.90 calificado como “desempeño óptimo”. Los indicadores de esta función expresaron los siguientes valores: Indicador 1 “Gestión de la reducción del impacto de las emergencias y desastres” 0,86, el indicador 2 “Desarrollo de normas y lineamientos” 1, el indicador 3 “Coordinación y alianzas” 0.73 y el indicador 4 “Asesoría y apoyo técnico” 1. Las áreas de intervención priorizadas fueron: adaptación de los servicios de salud hacia el fomento de la salud, mejoras y satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, evaluación de la calidad de los datos y de las directrices para el seguimiento y evaluación de la situación de salud, descripción de la composición del personal en la salud pública. Los aspectos fuertes identificados fueron la formación continua en salud pública, el sistema de vigilancia de peligros y perjuicios a la salud pública, la administración de la disminución del impacto de las emergencias y los desastres, así como el diseño de normativas y directrices que lo respaldan como tal. Entre las debilidades encontradas fueron: planificación y coordinación distrital, acceso a los servicios y capacidad de respuesta oportuna entre otras.

El Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (2006), a través de la Secretaria de Planificación de la Salud y en conjunto con la representación de la OMS, desarrollaron la Evaluación de las FESP. Participaron 120 profesionales y técnicos seleccionados y convocados entre funcionarios, académicos y otros especialistas de la salud. Resultados: El perfil del desempeño para las 11 FESP evaluadas expresan un puntaje total global de 0.46 ubicándolo en el nivel de “desempeño medio inferior”. La FESP 11 alcanzó un puntaje de 0.71 calificándolo como “desempeño medio superior” y se ubicó en el tercer lugar

del total de FESP. Las áreas de intervención prioritarias son las siguientes: gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres y asesoría, apoyo técnico a otros niveles sub-provinciales. Las fortalezas identificadas fueron: Avances en el desarrollo de normas tendientes a reducir el impacto de emergencias y desastres en salud. Desarrollo de estrategias para afrontar consecuencias y proveer servicios durante situaciones de desastre. Se cuenta con plan provincial de reducción del impacto integrado al Plan de Emergencia Sanitaria. Las debilidades son las siguientes: Inadecuada coordinación con otras agencias (nacionales e internacionales) abocadas a este tipo de intervenciones. Normativas o estrategias existentes no se han logrado instalar y/o consolidar en todos los niveles involucrados.

1.4.2. Antecedentes nacionales

Se consideran estudios y mediciones realizadas en el Perú en el año 2006 y son únicas en su abordaje. No existe otra información relacionada al tema de estudio por lo que se consideraron sólo lo siguientes:

El MINSA (2006) inició el proceso de Evaluación de las FESP a nivel de la Autoridad Sanitaria Nacional – Perú – 2006. La medición de las 24 regiones del Perú, culminó en junio del 2006. Para llevar a cabo esta evaluación, se convocó a representantes de diferentes instituciones inmersas en el sector salud, incluyendo funcionarios del sector público como el MINSA, EsSalud, FFAA y PNP, el sector privado, colegios profesionales, universidades, gobiernos regionales, la sociedad civil y otros actores relevantes. Los resultados mostraron que el nivel de rendimiento de las FESP a nivel de la Autoridad Sanitaria Nacional alcanzó un promedio del 63%, categorizado como “desempeño medio superior” según la escala de

medición empleada. Las FESP 2, 7, 1, 3, 4, 10 y 9 recibieron evaluaciones de 86%, 81%, 73%, 67%, 65%, 62% y 59%, correspondientemente, lo que otorgó a las FESP 2 y 7 la clasificación de “desempeño óptimo”, ya las FESP 1, 3, 4, 10 y 9 la de “desempeño medio superior”. Las FESP 8, 5 y 6, obtuvieron calificaciones de 39%, 37% y 30%, respectivamente, consideradas como “desempeño medio inferior”. En comparación con el año 2001, donde alcanzó un rendimiento promedio del 36%, en 2006 se alcanzó un rendimiento promedio del 63%, lo que representa un aumento del 27% en el rendimiento logrado, aunque se mantuvo la asimetría entre las FESP. La evaluación no incluyó el perfil a nivel de direcciones de salud. La FESP 11, obtuvo el puntaje más alto (90%), clasificada como “desempeño óptimo”. Al evaluar los indicadores de esta función, se encontraron los siguientes valores: Para el indicador 1, que mide la “Gestión de la disminución del impacto de emergencias y desastre”, el valor fue de 0,85; para el indicador 2, referente al “Desarrollo de normativas y directrices que faciliten la disminución del impacto de emergencias y desastres en la salud”, el valor fue de 0,93; para el indicador 3, correspondiente a la “Coordinación y alianzas con otras agencias o instituciones”, el valor fue de 0,96; y para el indicador 4, relativo a la “Asesoría y el apoyo técnico a los niveles subnacionales para la FESP 11”, el valor fue de 0.85. Las áreas prioritarias de intervención identificadas fueron la operatividad de los planos de contingencia y la regulación del suministro de alimentos en situaciones de emergencia y desastres, como parte del indicador relacionado con la gestión para la mitigación de las emergencias y desastres. Aunque no se identificaron más áreas críticas, se considera necesario mantener la sostenibilidad de los cuatro indicadores de la FESP 11. Las fortalezas identificadas se reflejan en los cuatro indicadores, que miden la “Gestión para disminuir el impacto de emergencias y desastres”, el “Desarrollo de normativas y directrices que favorecen la FESP 11”, y la “Coordinación y alianzas con otras entidades o instituciones”. Los resultados alcanzados en esta Función Esencial de Salud Pública

demuestran una mejora notable en los indicadores 2 y 3, los cuales están relacionados con la elaboración de regulaciones y lineamientos para respaldar la reducción del efecto de las urgencias y los desastres en el ámbito sanitario, y también con la colaboración y los acuerdos con otros organismos e instituciones.

El MINSA (2006) con la colaboración técnica y financiera de la delegación de la OPS en el país y el apoyo financiero de los Proyectos Amares y Vigía, realizó la evaluación del desempeño de las FESP en regiones del Perú. Participaron en la evaluación funcionarios, profesionales de la salud, académicos y otros actores de las regiones del Perú. Se utilizó del instrumento de medición y el aplicativo informático adaptados a la realidad del país. 11 fueron las FESP evaluadas. Resultados: el desempeño a nivel regional obtuvo un promedio de 44%, calificado como un “desempeño medio inferior”. Las FESP tuvieron los siguientes promedios: La 1 con 62%, la 2 con 66%, la 7 con 54% y la 11 con 55% logrando un “desempeño medio superior”. La FESP 3 con 47%, la 4 con 43%, la 5 con 47%, la 6 27%, la 8 con 32% y la 9 con 33% considerado como “desempeño mínimo”. Los resultados según direcciones de salud obtuvieron los siguientes valores: Ocupa el primer lugar en desempeño la dirección de salud callao con un valor del 62%, seguido de Ayacucho con 60%, Madre de Dios 58%, Ucayali 57%, Ica 56%, Puno 52% Arequipa con 52% y Cusco 51%, todas ellas calificadas como “desempeño medio superior”. Las demás direcciones de salud Lambayeque (50%), La Libertad (48%), Tumbes (48%), Junín (48%), Loreto (44%), Tacna (42%), Amazonas (41%), Ancash 41), San Martín (39%), Huánuco (36%), Cajamarca (35%), Moquegua (32%), Huancavelica (32%), Piura (31%), Apurímac (25%) y Pasco (25%) respectivamente, calificadas como “desempeño mínimo”. La FESP 11 se ubicó en el tercer lugar en términos de desempeño, alcanzando un 55%, lo que la sitúa en la categoría de “desempeño medio superior”. Las áreas que se identifican como prioritarias para esta función

incluyen la planificación destinada a mitigar el impacto de situaciones de emergencia y desastres, la colaboración entre diferentes sectores y la creación de alianzas estratégicas, así como la limitación de los recursos económicos. Entre las fortalezas que se destacaron se encuentran la elaboración de regulaciones y lineamientos, la colaboración con otras entidades para reducir el impacto de emergencias y desastres, y la provisión de asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subregionales.

EL MINSA (2006) mediante la Dirección de Salud I Callao con el apoyo de la representación de la OMS, llevó a cabo una nueva medición de las FESP con el objetivo de evaluar el nivel de desarrollo de las FESP del Callao, en el panorama de la descentralización y el liderazgo en salud. Esta actividad contó con la participación de 80 personas, distribuidas en 11 grupos de trabajo, con 7 participantes en cada grupo. Esta cifra excluyó a los profesionales que actuaron como facilitadores. Resultados: Luego de la medición de las 11 FESP se obtuvo un ponderado de desempeño de 0.62, calificándolo como “desempeño medio superior” a diferencia del valor de 0.49 medido en el año 2002. En la presente evaluación, 6 de las 11 FESP: 1, 2, 4, 5, 7 y 11, han obtenido resultados superiores al promedio nacional de 0.62. Esto contrasta con la medición anterior, donde el promedio fue de 0.49 y únicamente 3 FESP alcanzaron un valor superior. Dentro de este conjunto de funciones, la función 4 se centra en la implicación de la ciudadanía en temas de salud, la función 7 analiza el fomento del acceso igualitario de la población a los servicios de salud requeridos, y la función 11, relativa a la disminución del impacto de urgencias y catástrofes en el ámbito sanitario, han mejorado su rendimiento superando el promedio en esta valoración, en contraposición con la medición efectuada en 2002, en la que se situaban por debajo del promedio. En contraste, otras 5 funciones se situaron por debajo del ponderado de 0.62: las funciones 3, 6, 8, 9 y 10. Estas se identifican como áreas de oportunidad, con diferentes grados de necesidad de

mejora. En particular, la FESP 3, que se centra en promocionar la salud; la FESP 6, relativa a la regular y fiscalizar; la FESP 8, vinculada al desarrollo del personal y la formación en salud pública; la FESP 9, que se orienta en la calidad de los servicios y la FESP 10, sobre investigación, mostró un desempeño más bajo que la FESP 11 mostró una mejora notable en comparación con la medición de 2002, con un aumento del 51%. Las principales áreas de intervención prioritaria identificadas fueron la capacitación del personal, debido a la atención limitada prestada a aspectos como el saneamiento, la salud ambiental, el control de vectores, así como la divulgación de información de salud a través de canales de comunicación masiva y la falta de colaboración con otras instituciones a nivel regional. Se reconoce la gestión de la disminución del impacto de emergencias y desastres como una fortaleza. Sin embargo, los indicadores de gestión y coordinación se identifican como áreas de debilidad.

1.5. Justificación de la investigación

Las FESP deben ser consideradas e identificadas, en primer término, como roles que emanan de las prácticas sociales y que, a su vez, tienen como uno de sus propósitos fundamentales impulsar y fortalecer las prácticas sociales que favorecen la salud. Las FESP son procesos y actividades desarrolladas por el sector salud que establecen los fundamentos necesarios para el desarrollo integral de la salud y el bienestar, dirigiendo la estructura y las acciones de los participantes en esta área.

En nuestro país se ha intentado aplicar los hallazgos de medir las FESP de otros países. La iniciativa de organizar el sector salud se marcó tomando como marco de referencia a las FESP. Esta acción no tuvo efecto porque no hubo resultado ni medición de cada

indicador. No se dispone de un análisis específico ni de una evaluación objetiva de las FESP, concretamente del Indicador 11, que se centra en emergencias y desastres.

En el marco actual, el propósito del presente estudio es evaluar el nivel de desempeño de la FESP 11. Esto se justifica en la ausencia de un estudio específico o una valoración objetiva previa de la FESP 11.

1.6. Limitaciones de la investigación

- Limitada disponibilidad de información tanto a nivel nacional como regional.
- Variedad de escenarios que dificultan la aplicación del instrumento de recolección de datos.
- Escaso interés por parte del sector salud en la evaluación de los perfiles en las regiones.

1.7. Objetivos

Objetivo general

Medir el perfil de desempeño de la función esencial en salud pública N° 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en las direcciones de salud – Perú - 2019

Objetivos específicos

- Identificar las fortalezas y debilidades de práctica de la salud pública N° 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud en las direcciones de salud – Perú – 2019.

- Identificar las áreas que requieren mayor apoyo para fortalecer la infraestructura de la salud pública en las direcciones de salud – Perú - 2019.
- Conocer la evaluación de la medición 2006 – 2019 del perfil de desempeño de la FESP N° 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres por dirección de salud – Perú - 2019 (ranking).

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual

La salud pública se concibe como un conjunto de conocimientos y, especialmente, como el modo en que una comunidad se estructura para la satisfacción de las demandas de salud de sus integrantes. Entendida también como un espacio de práctica, la salud pública demanda un enfoque entre diversos sectores; como un área de saber, la salud pública precisa de una perspectiva multidisciplinaria; y como una respuesta estructurada de la comunidad, constituye una obligación tanto institucional como social. Su objetivo es la preservación y mejora del estado de salud de todas las personas, mediante acciones agrupadas y sociales que se fundamentan en la minimización de las disparidades sociales, acercándose así al ideal ético alcanzable según el progreso tecnológico y los recursos y oportunidades aprovechables. Su objeto de estudio y trabajo es la dinámica de salud-enfermedad en la ciudadanía. (OMS, 2000)

La reincorporación de la salud pública en el plan de transformación del ámbito de la salud necesita una conceptualización precisa de su función y la implementación de los principios que la fundamentan. Por esta razón, la OMS ha comenzado a desarrollar una iniciativa a nivel continental conocida como “La Salud Pública en las Américas”. El objetivo de esta iniciativa es definir y medir las llamadas FESP. En años recientes, se han dedicado esfuerzos significativos a profundizar en la definición y evaluación de las FESP. Entre estos esfuerzos se encuentran el Estudio Delphi, llevado a cabo por la OMS, y el Proyecto Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública (NPHPSP) de los Estados Unidos de América. En el caso del Estudio Delphi de la OMS, en enero de 1977, el

Consejo Ejecutivo de la OMS recomendó impulsar el desarrollo conceptual de las FESP como una herramienta para facilitar la implementación de la política de “Salud para Todos en el año 2000”. Con este propósito, se llevó a cabo la Investigación Delphi, cuyo fin fue reformular la noción de FESP y obtener un acuerdo internacional sobre las características esenciales de estas funciones. En esta investigación, se recabó la opinión de 145 especialistas en salud pública de distintas nacionalidades en tres fases consecutivas. Como resultado de esta investigación, se determinaron nueve FESP: punto 1, la prevención, vigilancia y control de enfermedades contagiosas y no contagiosas; punto 2, el seguimiento de la situación sanitaria; punto 3, el fomento de la salud; punto 4, la salud laboral; punto 5, la protección del entorno; punto 6, la legislación y reglamentación en salud pública; punto 7, la administración en salud pública; punto 8, los servicios especializados de salud pública; y punto 9, la atención sanitaria para colectivos vulnerables y poblaciones de alto riesgo. Los autores del estudio sugirieron la realización de más investigaciones a nivel nacional e internacional. Además, se destacaron algunos temas controversiales, como la distinción entre los servicios de salud y las FESP, un área en la que no se logró un consenso sobre el grado en que la atención de salud individual del paciente puede considerarse una FESP.

El NPHPSP de los Estados Unidos, en su informe sobre salud pública elaborado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, que se realizó tras más de sesenta años de diversos intentos por definir y medir las FESP y evaluar el rendimiento de las agencias de salud pública, estableció tres categorías de funciones para las organizaciones de salud pública: evaluación, desarrollo de políticas y aseguramiento. Este marco proporcionó una base racional para numerosos esfuerzos destinados a evaluar los servicios de salud pública durante la última década en ese país. En el año 1994, se establecieron los siguientes propósitos fundamentales de la salud pública: a) impedir las epidemias y la diseminación de

enfermedades, b) salvaguardar contra los perjuicios medioambientales, c) evitar los daños, d) impulsar y fomentar prácticas de vida saludables, e) responder a catástrofes y prestar ayuda a las comunidades perjudicadas y f) asegurar la calidad y el acceso a los servicios sanitarios.

De igual manera, se establecieron las diez funciones esenciales de salud pública, las cuales se describen a continuación: punto 1, la observación del estado sanitario para identificar las problemáticas de salud de la ciudadanía; punto 2, el diagnóstico e indagación de dichas problemáticas y de los riesgos que afectan a la población; punto 3, la información, educación y empoderamiento de los ciudadanos en temas relacionados con la salud; punto 4, el impulso de alianzas comunitarias para la identificación y solución de problemáticas sanitarias; punto 5, la elaboración de políticas y planes que respalden tanto la salud individual como la comunitaria; punto 6, el cumplimiento de leyes y reglamentos que protejan la salud y garanticen la seguridad; punto 7, la vinculación de las personas con los servicios de atención médica y la garantía de su disponibilidad en caso de ausencia; punto 8, la certificación de la competencia del recurso humano en salud pública y atención médica; punto 9, la valoración de la eficiencia, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individual y comunitaria; y punto 10, la indagación sobre nuevos enfoques y soluciones innovadoras frente a los desafíos en materia de salud.

En cuanto a los avances en la definición de las FESP para la región de las Américas, se asignó la tarea de examinar y buscar coincidencias entre los diversos enfoques: NPHPSP, OPS y Estudio Delphi. Existe una cierta concordancia entre los avances conseguidos por el NPHPSP, el estudio de la OMS y la OPS. Dos funciones, presentes en el estudio de la OMS y en la reflexión inicial de la OPS, destacan como importantes “ámbitos” de acción de la salud pública. Al utilizar un enfoque funcional en lugar de uno basado en los campos de acción,

estas dos funciones (salud ambiental y salud laboral) podrían ser tratadas como áreas de trabajo dentro de la salud pública, donde todas las funciones esenciales de salud pública, que se encuentran en la convergencia de estos tres enfoques, deben ser tomadas en cuenta para optimizar el desempeño de la salud pública en estos campos de acción. La función de preparación ante catástrofes exige intervenciones muy específicas que no están necesariamente integradas en las demás funciones esenciales, y pueden ser abordadas como una función separada. El estudio de la OMS (2000) definió una función específica para la gestión de la salud pública, la cual sería importante incorporar en la medición en la Región.

Finalmente, se establecieron las once FESP, las cuales se mantienen vigentes hasta la actualidad. Estas son: FESP 1, el seguimiento y análisis situacional del estado sanitario de la población; FESP 2, la vigilancia de la salud pública, junto con la investigación y el control de riesgos y daños que puedan afectarla; FESP 3, la promoción de la salud como eje central de prevención y bienestar; FESP 4, la inclusión social y el fortalecimiento del poder de decisión es decir, el empoderamiento de los ciudadanos en temas de salud; FESP 5, el desarrollo de políticas, planes y capacidades de gestión que respalden las iniciativas en salud pública y refuercen el liderazgo sanitario nacional; FESP 6, la reglamentación y fiscalización en el ámbito de la salud pública; FESP 7, la valoración e impulso del acceso equitativo de la población a los servicios esenciales de salud; FESP 8, el desarrollo del recurso humano y la capacitación permanente en salud pública; FESP 9, la garantía de la calidad en los servicios de salud tanto individuales como colectivos; FESP 10, la investigación, desarrollo y aplicación de soluciones innovadoras frente a los desafíos sanitarios; y FESP 11, la mitigación del impacto de emergencias y catástrofes en la salud de la población.

Según la OMS, la definición de las FESP es el de una acción colaborativa, que involucra tanto al estado como a la sociedad civil, con el fin de salvaguardar y mejorar el bienestar de las personas. Este concepto va más allá de las acciones a nivel de la población o la comunidad, y abarca la responsabilidad de garantizar el acceso y la calidad de la atención de salud pública. No se considera la salud pública simplemente como un campo de estudio teórico, sino como una actividad social con un enfoque interdisciplinario. La salud pública no equivale a la obligación del gobierno en el ámbito sanitario, puesto que su trabajo excede las funciones del Estado y no comprende todas las acciones que este puede implementar en el sector de la salud.

La FESP ha sido definida como el conjunto de condiciones que posibilitan un mejor desempeño de la práctica de la salud pública, la cual forma parte de la responsabilidad directiva que el Estado ejerce en el ámbito sanitario. Esta responsabilidad se caracteriza por acciones de liderazgo, regulación, modulación de la financiación, supervisión del aseguramiento y coordinación de la provisión. Una de las decisiones fundamentales de la iniciativa “La salud pública en las Américas” se centra en la importancia de adaptar la definición de los indicadores y estándares de las FESP, con el propósito de robustecer la práctica de la salud pública a través del trabajo de la propia institución. Este enfoque se considera más eficaz que una metodología que englobe tanto las funciones como los campos de actividad de la salud pública. Si las funciones se definen de manera precisa para abarcar todas las capacidades necesarias para una práctica adecuada de la salud pública, se garantizará el correcto funcionamiento en cada uno de los campos de acción o áreas de trabajo de la salud pública (Salud Ambiental, Salud Ocupacional, Salud Materno infantil, Enfermedades Crónicas, entre otras).

La FESP 11 es conceptualizada como el diseño de estrategias, la organización y ejecución de medidas preventivas, de mitigación, preparatorias, de respuesta y de recuperación temprana, con el propósito de disminuir el impacto de las catástrofes en la salud de la población. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017)

Resulta importante señalar la habitual confusión entre el rol del estado en materia de salud, habitualmente desempeñado por el MINSA, y su responsabilidad como garante del adecuado desarrollo de las FESP. Aunque el Estado tiene un papel fundamental en la provisión directa de las FESP o en garantizar su cumplimiento, estas solo constituyen una parte de las responsabilidades del Estado en el sector de la salud. Es, sin duda, una parte muy importante, cuya correcta implementación no solo es esencial para mejorar los niveles de salud y la calidad de vida de la población, sino que también es parte de la función de liderazgo del Estado en el ámbito sanitario, que incluye acciones de dirección y reglamentación. Además, implica la gestión del financiamiento y la supervisión del aseguramiento, así como la coordinación del suministro de servicios. Para ilustrar esto, una entidad de salud pública que carece de un sistema de vigilancia integral y confiable de los eventos de salud, difícilmente puede aspirar a ser considerada como creíble al emitir opiniones o al asignar recursos financieros a los diversos componentes o sectores que conforman el sistema de salud.

La función esencial de salud pública relacionado a emergencias y desastres, ha sido identificada a fin de medir su desempeño en las Direcciones de Salud, para lo cual se identifican cuatro dimensiones y sus respectivos indicadores:

1. Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres
 - Plan Regional Institucionalizado

- Coordinación intersectorial
 - Entrenamiento del personal de salud
 - Desarrollo de estrategias
2. Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud
 - Desarrollo de normas y lineamientos
 3. Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones.
 - Coordinación con agencias y/o instituciones
 4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subregionales para la disminución del impacto de emergencias y desastres en salud.
 - Asistencia Técnica a los niveles subregional y local
 - Colaboración con los niveles regional y local

La evolución de las FESP según los antecedentes que datan desde 1988 al 2019 es la siguiente:

1988: “Instituto de Medicina (US) “Qué hace la sociedad en forma colectiva para asegurar condiciones saludables de la sociedad”. Las FESP integrado al ciclo de las políticas (Evaluación/Política/ Garantía). (OPS/OMS, 2019).

Durante el período de 1990 a 2000, se promovieron enfoques prácticos para fortalecer el desempeño y el monitoreo de las FESP. En este contexto, la OMS elaboró un listado de funciones esenciales en el ámbito global. Este trabajo fue adoptado inicialmente por la OPS y la WPRO, y posteriormente seguido por las AFRO y SEARO. En la EURO, se trabajó con el concepto de "operaciones esenciales de salud pública". Entre los años 1998 y 2002, la OPS

impulsó reformas en los sistemas de salud como una reacción frente a las reformas de ajuste estructural que se estaban implementando en la región. (OPS/OMS, 2019).

2014 – 2015: Revisión, diálogo y Armonización Global. World Federation of Public Health Associations (WFPHA), 2014-2015 y WHO. Agenda ODS y Cobertura Universal. Estrategia Salud Universal. Fortalecer la rectoría y la gobernanza: FESP. (OPS/OMS, 2019).

2018 – 2030: Agenda de Salud Sostenible 2018-2030 Nuevos desafíos de salud pública y reforzar su ejercicio a través de la gobernanza y la rectoría de las AS. (OPS/OMS, 2019).

2019: Plan estratégico de OPS 2020-2025. Producto Intermedio 9: Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza de las AS para guiar la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal. (OPS/OMS, 2019).

Definición de términos

Salud Pública: Es la práctica y la disciplina que se enfoca en la contestación organizada de una sociedad para la satisfacción de sus necesidades relativas a su salud.

Funciones Esenciales en Salud Pública: Son las condiciones que posibilitan un desempeño superior de la práctica de la salud pública, la cual representa una parte de la responsabilidad de liderazgo que el Estado ejerce en el ámbito de la salud, caracterizada, asimismo, por acciones de dirección, normatización, modulación del financiamiento, supervisión del aseguramiento y coordinación de la provisión. (Muñoz et al., 2000).

La FESP 11 se define como el desarrollo de políticas, la planificación y la ejecución de acciones como prevenir, mitigar, preparar, responder y recuperar anticipada, con el objetivo de reducir el impacto de los desastres en la salud pública. (OMS, 2017)

Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales en Salud Pública: Es identificar de manera integral las fortalezas y debilidades de la práctica de la salud pública, así como facilitar un diagnóstico operativo de las áreas que requieren mayor apoyo para fortalecer la infraestructura de la salud pública, entendida en su sentido más amplio, es decir, abarcando tanto las capacidades humanas como las instalaciones y el equipamiento necesarios para su adecuado desempeño. (Muñoz et al., 2000)

Rectoría en salud: Es atribuida a las facultades de gestión que el sector salud asume de manera indelegable e ineludible como órgano del Estado, Es decir, es la capacidad del Estado, a través del MINSA, asumir la responsabilidad de resolver la variedad de enfermedades y proveer de salud y bienestar a la población. (Robles, 2013).

Provisión de servicios de salud: Significa armonizar la capacidad de organizar la oferta de salud, en las modalidades de intervención formativa, preventiva y recuperativa, a través de los prestadores integrados, complementados tanto para la cobertura como para la calidad equitativa y eficiente para toda la población. (MINSA, 2011).

Gestión de recursos humanos: estrategias definidas frente al recurso humano totalmente alineadas con las estrategias definidas por la dirección; la coherencia de estos dos aspectos implica que los procesos ejecutados por el recurso humano garanticen la consecución correcta, oportuna, eficaz y llena de valor de todas las metas establecidas en la organización. (Montoya y Boyero, 2016).

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

El estudio fue de carácter básico y descriptivo, con el objetivo de contribuir a la generación de conocimiento sobre el nivel de rendimiento que presentan las direcciones de salud en relación con la función esencial de salud pública número 11. (Hernández et al., 2010).

Variable estudiada:

La variable estudiada fue la FESP 11.

3.2 Población y muestra

Población

Estuvo estructurada por 25 direcciones de salud.

Muestra

25 direcciones de salud.

Ubicación de la población en el espacio y tiempo:

De acuerdo al espacio:

La población sujeta al presente estudio se ubicó en el ámbito nacional, en las direcciones de salud.

De acuerdo al tiempo:

El estudio estuvo supeditada al número de direcciones de salud sujetas a medición en un mes durante el año 2019.

Unidad de análisis o de observación:

Cada dirección de salud a nivel nacional, que participó en el presente estudio.

Marco muestral:

25 direcciones de salud a nivel nacional.

La encuesta fue llevada a cabo durante los talleres macro regionales sobre Emergencias y Desastres (establecidos mediante la Resolución Ministerial N° 836-2005/MINSA), los cuales se llevaron a cabo en la macro región Sur, con sede en Arequipa; la macro región Norte, con sede en Chiclayo; la macro región Centro, con sede en Huancayo y la macro región Oriente, con sede en Iquitos. Asimismo, la Oficina General de Defensa Nacional del MINSA fue responsable de la organización de estos talleres, en colaboración con los Centros de Prevención y Control de Emergencias y Desastres (CPCED) de cada dirección de salud, con quienes se estableció la coordinación para la realización de las encuestas.

3.3 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Función esencial Salud Pública 11.	Requisitos que facilitan una aplicación óptima de la práctica de la salud pública, la cual constituye una porción de la responsabilidad directiva que ejerce el Estado en el ámbito sanitario, que se distingue por funciones de liderazgo, normatización, ajuste de la financiación, control de la garantía y coordinación de la prestación de servicios. (OMS, 2000)	Vigilancia de aspectos de salud pública para la reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud	Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres	Plan regional institucionalizado	ORDINAL Óptimo Medio superior Medio inferior Mínimo
				Coordinación intersectorial	
				Entrenamiento del personal de salud	
				Desarrollo de estrategias	
			Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	Desarrollo de normas y lineamientos	
			Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones	Coordinación con agencias y/o instituciones	
			Asesoría y apoyo técnico a los niveles regional y local para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	Asistencia Técnica a los niveles subregional y local	
	Colaboración con los niveles regional y local				

3.4 Instrumentos

Para la medición de la FESP N° 11, el instrumento de medición fue adaptado por el autor a lo definido por la OPS-OMS de la iniciativa “La Salud Pública en las Américas” de la OPS, la cual fue previamente analizada y validada. La adaptación del instrumento se desarrolló en colaboración con los Centros de Prevención de Emergencias y Desastres de las direcciones de salud del país.

El cuestionario consta de 76 preguntas, cuyas respuestas se distribuyen en cuatro dimensiones principales. La primera de ellas está relacionada con la gestión para la reducción del impacto de emergencias y desastres. La segunda dimensión aborda la elaboración de normas y directrices que faciliten la disminución del impacto de emergencias y desastres en la salud. La tercera dimensión se centra en la coordinación y establecimiento de alianzas con otras entidades o instituciones, con el fin de fortalecer las acciones en salud. Finalmente, la cuarta dimensión trata sobre el asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para mitigar los efectos de emergencias y desastres en la salud de la población.

Cada uno de estas dimensiones contienen indicadores (8) y estas preguntas en un total de 76 con respuestas dicotómicas de “Sí” para el valor numérico de “1” y No para el valor numérico de “0”.

El instrumento utilizado fue una encuesta dirigida a los funcionarios, directores y coordinadores de las direcciones de salud a nivel nacional. El objetivo principal de esta encuesta fue evaluar la FESP 11.

Guía convencional de interpretación global:

La interpretación general de este instrumento se basó en una escala establecida para clasificar el desempeño. Según esta escala, los resultados que oscilaban entre el 76% y el 100%, o expresado en valores decimales, entre 0.76 y 1.0, correspondían al cuartil de desempeño óptimo, indicando el nivel más alto de eficacia. El cuartil de desempeño medio superior abarcaba los resultados situados entre el 51% y el 75%, o entre 0.51 y 0.75 en términos decimales, reflejando un rendimiento bueno, aunque no excelente. Por otro lado, el cuartil de desempeño medio inferior comprendía los valores entre el 26% y el 50%, o entre 0.26 y 0.50 en la escala decimal, señalando un rendimiento por debajo del promedio. Finalmente, el cuartil de desempeño mínimo englobaba los resultados desde 0% hasta 25%, o de 0.0 a 0.25 en decimales, representando el nivel más bajo de desempeño.

Tabla 1

Ítems según dimensión de la Encuesta "Medición de la FESP 11:

Dimensión	Ítem	
Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres	Del 1 al 28	<i>Ver anexo 1</i>
Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	Del 29 al 43	
Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones	Del 44 al 63	
Asesoría y apoyo técnico a los niveles regional y local para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	Del 64 al 76	

De igual manera, el instrumento posibilitó la identificación de las fortalezas y debilidades de cada una de las direcciones de salud en las áreas que se evaluaron.

3.5 Procedimientos

Adaptación del instrumento de medición: Para lograr los objetivos propuestos, se adaptó el instrumento de medición del desempeño de la FESP 11, tomando como matriz inicial la desarrollada por la OPS a través de indicadores estandarizados y validados. Este

proceso de adecuación del instrumento de medición a la realidad de nuestro país, implicó un proceso de definición de la función a medir, los indicadores y estándares de desempeño o su cumplimiento, y las consecuentes medidas y sub - medidas que actuarán como verificadores del desempeño.

Validación del instrumento: La validación del instrumento se llevó a cabo mediante el “Juicio de Expertos”, con la participación de profesionales con grado de Doctor y amplia experiencia en el tema. Estos expertos proporcionaron recomendaciones para la reformulación de los ítems propuestos. Según los criterios de pertinencia, metodología, claridad, suficiencia, intencionalidad, coherencia, objetividad, actualidad, consistencia y organización, cada indicador evaluado obtuvo un índice de concordancia de (5), calificado como "excelente".

Entrenamiento de facilitadores: Dado el método de evaluación, que requiere respuestas consensuadas a preguntas de tipo "Sí/No" y numéricas (1 o 2) por parte de los funcionarios, directores y coordinadores de las direcciones de salud a nivel nacional; se capacitó a facilitadores capaces de realizar el ejercicio de aplicación de instrumentos, éstos fueron los directores y/o coordinadores de los Centros de Prevención de Emergencias y Desastres en cada dirección de salud.

Recolección de datos:

Método: Los métodos utilizados fueron:

- Medición In Situ mediante reuniones técnicas en cada dirección de salud.
- El Método transversal de recolección de la información.
- Medición colectiva.
- El método de la medición mediante indicadores y estándares establecidos y validados.

Procedimientos:

- Desarrollo de la guía de medición FESP N° 11, en la cual se definieron los mecanismos de aplicación del instrumento para la recolección de la información.
- Con el propósito de la medición y utilizando el material suministrado se conformó un equipo de trabajo.
- El equipo de trabajo estuvo integrado por los responsables de la gestión de emergencias y desastres y otros actores en cada dirección de salud.
- El equipo de trabajo estuvo representado por un funcionario de la dirección de salud.
- Cada equipo de trabajo eligió un coordinador y un relator.
- El relator leyó cada uno de los indicadores con sus respectivas preguntas.
- Los miembros del grupo incluyendo el coordinador y el relator, utilizando las papeletas verde y roja, votaron aceptando (si: verde) o negando (No: rojo) la pregunta propuesta para cada indicador.
- Para la aceptación (Verde) se asignó un punto y para la negación (rojo) se asignó una puntuación de cero.
- Al 51 % de los votos para ambos colores se le asignó una puntuación. Por ejemplo: si tenemos 10 miembros del equipo y 6 votan por la negación, este indicador tomó la puntuación de cero.
- En caso de empate, se realizó una ronda de discusión y se realizó una segunda votación. Si el empate continúa, la respuesta se registró como “No” porque muestra un nivel considerable de incertidumbre.
- El coordinador consolidó los datos de la votación en el formato impreso en blanco, para luego consolidarlo en el formato electrónico
- El valor final de la FESP es el promedio de las respuestas “1” cada una de las dimensiones e indicadores de la FESP 11.

- La aplicación del instrumento se llevó a cabo en una reunión técnica desarrollada en cada dirección de salud.

El personal de Recursos Humanos de los CPCED de cada Dirección de Salud recibió formación para aplicar la encuesta. Se les impartieron instrucciones sobre la metodología que debían seguir en cada encuentro macro regional, así como sobre los valores numéricos correspondientes a cada área de evaluación.

Descripción del mecanismo de puntaje y medición:

El valor de cada uno de las dimensiones que forman parte de la medición de cada función se obtuvo con la puntuación de los indicadores. La puntuación de estas preguntas, a su vez, fue el valor medio de las respuestas “1” de las mediciones y sub- mediciones que formaban parte de la misma y que solo tuvieron la respuesta alternativa “0” y “1”. Por esta razón, la forma en que el equipo construyó la respuesta colectiva a cada medición o sub - medida fue un aspecto importante y relevante del ejercicio de medición.

Cada elemento de la encuesta tenía un valor de ponderación entre “0” y “1”. La puntuación final de cada área evaluada se calculó mediante el promedio ponderado de los resultados obtenidos en cada uno de los indicadores. De esta manera, se determinó la puntuación asignada al desempeño de la función número 11, según el siguiente detalle:

Tabla 2

Ponderación para la medición de la FESP 11

Puntaje	Nivel de desempeño	Color
76 – 100% (0.76 a 1.00)	* QD óptimo	
51 – 75% (0.51 a 0.75)	* QD medio superior	
26 – 50% (0.26 a 0.50)	* QD medio inferior	
0 – 25% (0.00 a 0.25)	* QD mínimo	

* QD = Cuartil de desempeño

Elaboración y procesamiento de datos:

El proceso de análisis de los datos comenzó con una **revisión** en la que se examinaron los datos del instrumento utilizado para la medición, evaluando su integridad y el correcto registro de los mismos en cada dirección de salud. Posteriormente, se procedió a la **codificación**, transformando los datos en códigos numéricos de acuerdo con las variables establecidas. A continuación, se llevó a cabo la **clasificación** de la información, organizándola según los códigos, el nivel de medición y las escalas correspondientes. El **recuento** de los datos se realizó en una reunión técnica, utilizando los indicadores y estándares previamente establecidos, consolidando posteriormente los datos obtenidos de cada dirección de salud. Finalmente, la **presentación** de los resultados se llevó a cabo al término del estudio, conforme al cronograma de actividades previsto.

3.6 Análisis de datos

Análisis e interpretación de datos:

Los datos recopilados fueron codificados y registrados en un ordenador utilizando el programa Excel, siguiendo un formato preestablecido y diseñado por el investigador. Esto permitió calcular de manera directa e inmediata la puntuación final de cada pregunta principal, basándose en las respuestas a las medidas y submedidas que la componen. En general, este cálculo de la puntuación final para cada pregunta principal se realizó como un promedio ponderado de las respuestas con valor “1” a las medidas y submedidas.

El puntaje otorgado a cada indicador se obtuvo a través del promedio ponderado de los valores resultantes de las diferentes variables que lo constituyen. De manera similar, la

puntuación asignada al rendimiento de la función número 11 se calculó a partir del promedio ponderado simple de las puntuaciones de los indicadores.

Una vez realizada la medición de la función 11 por cada equipo de trabajo de las direcciones de salud, se analizaron los resultados obtenidos utilizando la guía convencional para interpretación global de los resultados a través de sus escalas.

Los datos se representan en forma de gráficos usando números y porcentajes, mediana, así como dispersión de casos.

3.7 Consideraciones éticas

En esta investigación se salvaguardaron los derechos de autor al citar correctamente la información obtenida de libros, publicaciones periódicas, artículos académicos, trabajos de grado y otras fuentes. De igual forma, se aseguró la confidencialidad de los métodos de calificación y evaluación empleados para generar resultados tanto generales como detallados.

IV. RESULTADOS

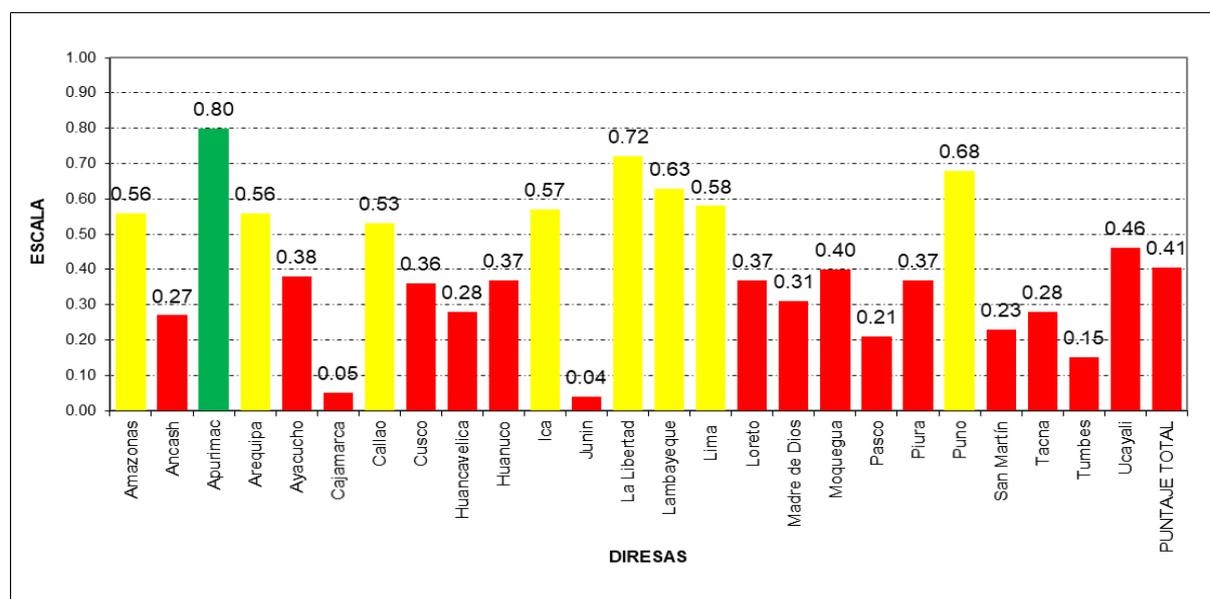
Se presenta los resultados encontrados en la investigación, teniendo en cuenta los objetivos planteados, de lo general a específicos.

Perfil de desempeño de la FESP 11 en las direcciones de salud – 2019

La calificación del desempeño se obtuvo a partir del porcentaje de respuestas favorables a las 76 preguntas planteadas en la encuesta,

Figura 1

Perfil de desempeño de la FESP 11 - 2019



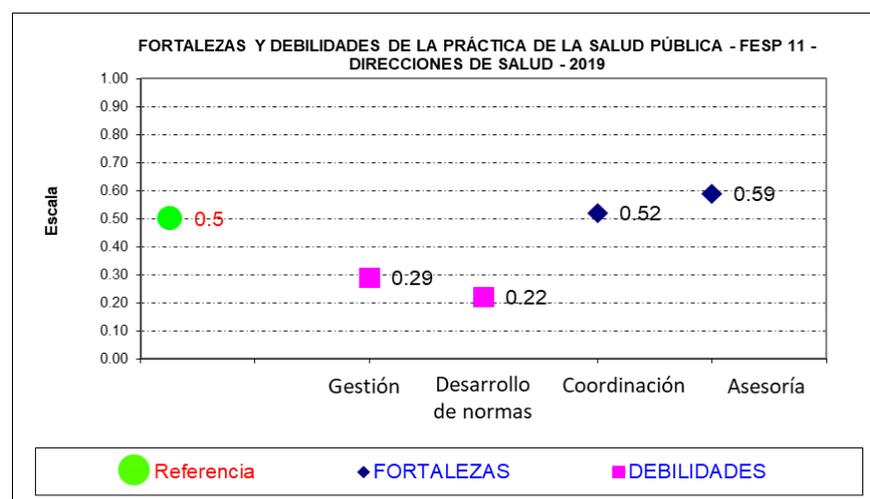
En la figura 1 se observa que las puntuaciones obtenidas por las regiones varían considerablemente, sin mostrar patrones o tendencias relacionados con aspectos sociodemográficos o geográficos. El promedio nacional alcanzado fue de 0.41, lo cual se clasifica como un desempeño “medio inferior”.

En términos generales, se observa que el perfil FESP de 9 direcciones de salud muestra un mejor desempeño por encima del cuartil de desempeño “medio superior” y que expresan los siguientes puntajes: Amazonas (0.56), Apurímac (0.80), Arequipa (0.56), Callao (0.53), Ica (0.57), La Libertad (0.72), Lambayeque (0.63), Lima (0.58) y Puno (0.68). Asimismo, 16 direcciones de salud presentan un menor desempeño (cuartil de desempeño medio inferior): Ancash (0.2), Ayacucho (0.38), Cusco (0.36), Huancavelica (0.28), Huánuco (0.37), Loreto (0.37), Madre de Dios (0.31), Moquegua (0.40), Pasco (0.21), Piura (0.21), San Martín (0.23), Tacna (0.28), Tumbes (0.15), Ucayali (0.46); siendo Junín con 0.04 y Cajamarca con 0.05 las que presentan porcentajes bajos.

Fortalezas y debilidades de práctica de la salud pública N° 11 en las direcciones de salud – 2019

Figura 2

Fortalezas y debilidades de la práctica de la salud pública - 2019



De acuerdo con la Figura 2, el rendimiento promedio, tomando en cuenta los indicadores de las áreas de coordinación y asesoramiento, supera el 50%, lo cual los ubica en el cuartil de

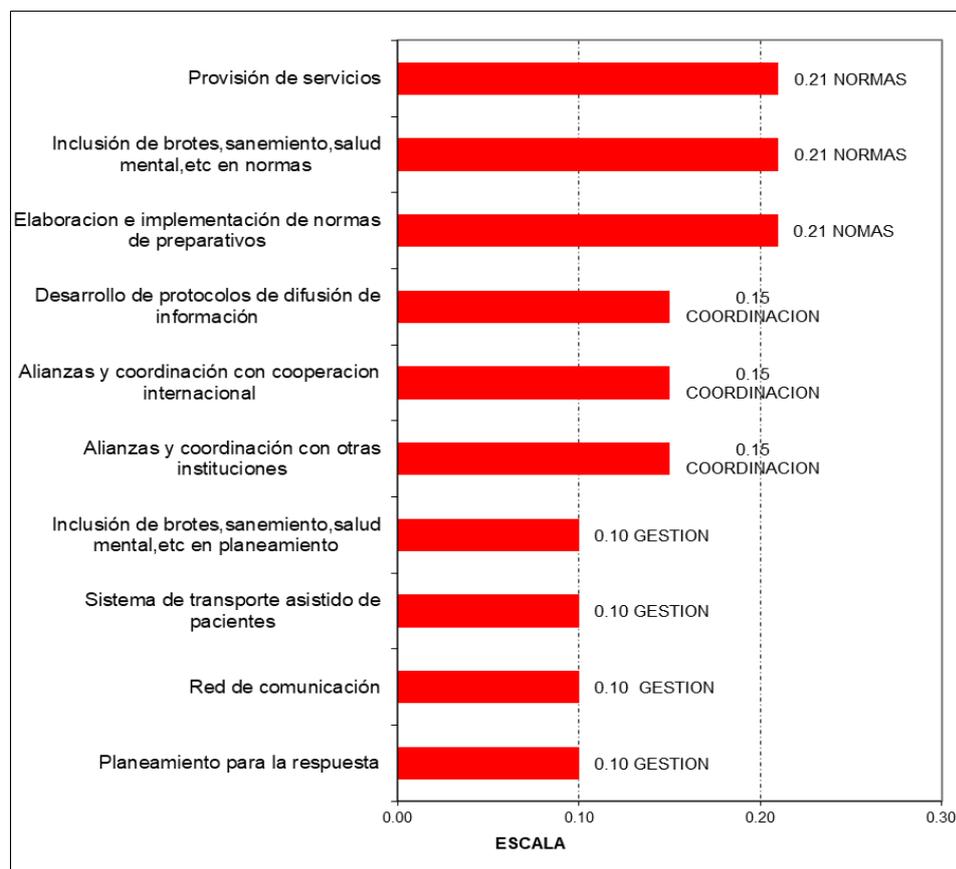
desempeño medio inferior. Por otro lado, las áreas de gestión y desarrollo de normativas se sitúan en el cuartil de desempeño medio superior.

Las fortalezas identificadas sobresalientes para la FESP 11 abarcan: a) La cooperación y colaboración con otros organismos o entidades. Esta característica se ve reforzada por el considerable interés que demuestran los agentes sociales responsables de diferentes instituciones en adquirir compromisos de participación coordinada. La participación de entidades gubernamentales y privadas, así como de ONGs, permite el desarrollo de una serie de actividades destinadas a mantener alianzas para la gestión de situaciones de emergencia y desastres. Además, se identifica como fortaleza la asesoría y el apoyo técnico brindado a los niveles subregional y local para la disminución del impacto de emergencias y desastres. Esta fortaleza se manifiesta en la asistencia técnica que ofrecen las direcciones de salud para reducir el impacto de emergencias y desastres en su área de competencia. De igual manera colabora con los diferentes niveles en la construcción de capacidades para hacer frente a emergencias y desastres. Las deficiencias identificadas como resultado general a nivel de las direcciones de salud fueron: a) la gestión para la reducción del impacto de las emergencias y desastres, y b) el desarrollo de normativas y directrices que apoyen la disminución del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Áreas que demandan mayor apoyo para consolidar la estructura de la salud pública en las direcciones de salud – 2019

Figura 3

Áreas a fortalecer - FESP N° 11-2019



En la Figura 3, se puede observar que las áreas que requieren mayor fortalecimiento, ordenadas por prioridad, son las dimensiones de gestión (0.10), coordinación (0.15) y normativas (0.21). Esta clasificación difiere de los resultados presentados en la Figura 2, donde el rendimiento, en términos de fortalezas y debilidades según prioridad, se ordenaba de la siguiente manera: asesoramiento, coordinación, gestión y normativas. Las regiones que muestran las puntuaciones de rendimiento más bajas en 2019 son Tumbes (0.15), Cajamarca (0.05) y Junín (0.04), clasificándose como de rendimiento mínimo. Las áreas con las puntuaciones más bajas y que requieren mejoras en Tumbes son las normativas (0%) y la

coordinación (0.17%); en Cajamarca, la gestión (0.6%), las normativas (0%) y la coordinación (0.6%); y en Junín, las normativas (0%), la coordinación (0%) y el asesoramiento (0%)

Los ítems identificados a fortalecer son:

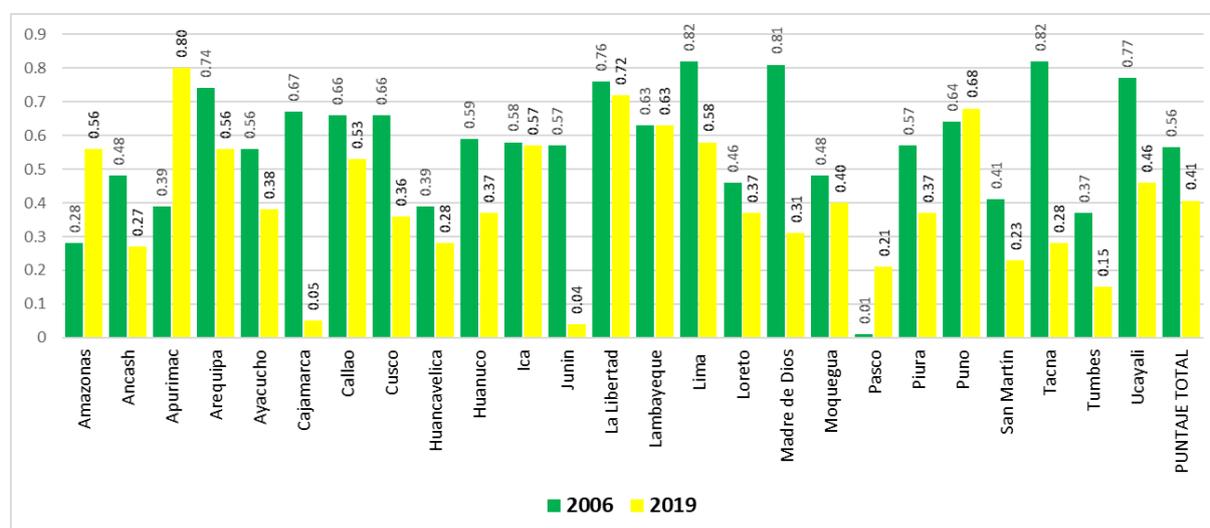
- Planeamiento de respuesta
- Red comunicacional
- Sistema de transporte asistido para pacientes
- Inclusión de brotes, saneamiento, salud mental, etc. en planeamiento
- Coordinación y alianzas con otras instituciones
- Alianzas y coordinación con cooperación internacional
- Desarrollo de protocolos de difusión de información
- Elaboración e implementación de normas de preparativos
- Inclusión de brotes, saneamiento, salud mental, etc. en normas
- Provisión de servicios

Evaluación de medición 2006 del perfil de desempeño de la FESP N° 11 en las direcciones de salud. (ranking)

Los resultados registrados en 2019 mostraron datos diferentes a los hallazgos del MINSA en 2006. Se aplicó la misma metodología de autoevaluación y participación en seminarios y encuentros. La FESP a nivel de la Autoridad Sanitaria Nacional, conducida por el MINSA, fue la fuente de los datos correspondientes al año 2006.

Figura 4

Evaluación de la medición años 2006 – 2019 - Perfil de desempeño de la FESP N° 11



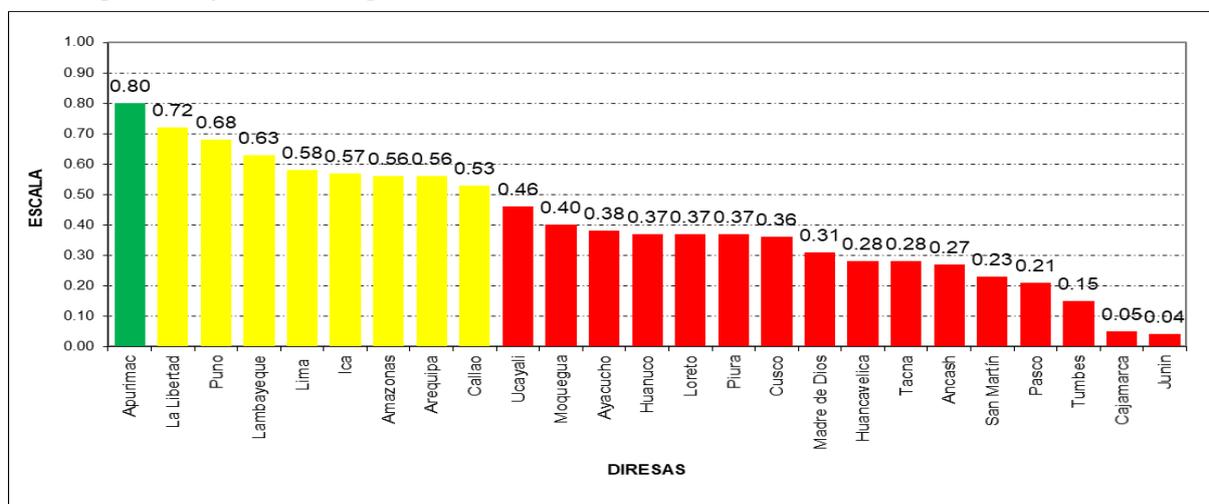
En la Figura 4, la comparación de las mediciones realizadas en los años 2006 y 2019 muestra una disminución en el promedio general, que pasó de 0.56 a 0.41, respectivamente. Se observa un patrón similar de descenso en la mayoría de las regiones, con la excepción de Amazonas, Apurímac y Puno, que experimentaron un ligero incremento.

Entre ambas mediciones, en el 2019 hay una disminución en el porcentaje del perfil de desempeño en un 0.15. 20 direcciones de salud presentan esta disminución y sólo 4 evidenciaron un aumento en su perfil de desempeño. Amazonas: de 0.28 a 0.56, Apurímac: de 0.39 a 0.80, Puno: de 0.64% a 0.68 y Pasco: de 0.01 a 0.21

En la evaluación realizada en 2006, las áreas que se identificaron como necesitadas de mayor apoyo para fortalecer la infraestructura de salud pública en las direcciones de salud fueron las dimensiones de gestión y coordinación. Esta última se relaciona con la creación de alianzas estratégicas con otras instituciones.

Figura 5

Ranking del Perfil de desempeño de la FESP N° 11 - 2019



En la Figura 5, se muestra la clasificación del desempeño de la Función Esencial de Salud Pública número 11 (FESP 11), donde la región Apurímac lidera con una puntuación de 0.80, lo que indica un rendimiento óptimo. Por otro lado, las regiones de Tumbes (0.15), Cajamarca (0.05) y Junín (0.04) obtuvieron las puntuaciones más bajas, clasificándose como de rendimiento mínimo.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio presenta los hallazgos pertinentes a la evaluación del perfil de desempeño de la FESP 11 en las direcciones de salud. Se establece que el perfil de desempeño encontrado para la FESP 11 quien arrojó un valor de 0.41, clasificado según la escala de medición como “desempeño medio inferior”. Este valor supera únicamente los resultados obtenidos en estudios previos realizados en Bolivia, con 0.32 (Chávez et al., 2015), y en Panamá, con 0.31 (Maidana, 2014). Se reportan también valoraciones clasificadas como “desempeño medio superior”, con puntuaciones de 0.69 (Ministerio de Salud Chile, 2016), 0.71 (Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, 2006), 0.55 y 0.62 (Ministerio de Salud Perú, 2006). Por otro lado, los estudios que indican un nivel de “desempeño óptimo” presentan puntuaciones de 1.18 (Ministerio de Salud Panamá, 2014), 1.17 (Ministerio de Salud Costa Rica, 2014), 0.99 (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2008), 0.9 (Secretaría Distrital de Bogotá, 2007), 0.9 (Ministerio de Salud Perú, 2006a) y 0.77 (Ministerio de Salud de Nicaragua). Como podemos observar, es evidente la variación en los perfiles de desempeño entre los diversos estudios analizados. Es importante resaltar que estos estudios se realizaron entrevistando a profesionales con diferentes niveles de competencia, en contextos y escenarios diversos, incluso aquellos llevados a cabo en el mismo año. Un ejemplo es la evaluación realizada en Perú en 2006, que incluyó un estudio a nivel nacional, otro a nivel de todas las regiones y un tercero en la región Callao (con puntuaciones de 0.55, 0.62 y 0.9, respectivamente), todos ellos realizados por el MINSA y sus colaboradores. Esta situación pone de manifiesto las brechas que aún persisten en los distintos niveles de gestión.

Las capacidades sobresalientes detectadas en la FESP 11 incluyen: a) La coordinación y el establecimiento de colaboraciones con otros organismos o entidades, aspecto que se ve impulsado por el notable interés que demuestran los agentes sociales responsables de las distintas instituciones en contraer compromisos, y por la implicación y el trabajo conjunto de las divisiones gubernamentales, organizaciones del sector privado y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), que cumplen un rol esencial como socios para afrontar contingencias y catástrofes. b) Asesoría y apoyo técnico a los niveles subregional y local para la disminución del impacto de emergencias y desastres, en relación con la asistencia técnica proporcionada por las direcciones de salud para mitigar el impacto de emergencias y desastres en su área de competencia, lo cual contribuye al fortalecimiento de las capacidades para la gestión de dichas situaciones. Los resultados de este estudio difieren de investigaciones anteriores, que identifican principalmente como fortalezas el desarrollo de normativas (Ministerio de Salud de Chile, 2016 y Ministerio de Salud de Nicaragua, 2008), la gestión y coordinación (Chávez et al., 2015) y, finalmente, la gestión y el desarrollo de normativas (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2014, Secretaría Distrital de Salud, 2007 y Ministerio de Salud Perú, 2006).

En este estudio, las debilidades generales identificadas en las direcciones de salud fueron: a) la gestión para la reducción del impacto de emergencias y desastres, específicamente en lo que respecta a la planificación, organización y respuesta de los equipos; y b) el desarrollo de normativas y directrices que respalden la disminución del impacto de emergencias y desastres en la salud. Estas últimas deberían adecuarse a las disposiciones y normativas que se deben contextualizar y establecer a nivel regional. Estos hallazgos difieren de estudios previos, que señalan como principales deficiencias el asesoramiento y la coordinación. Esta divergencia sugiere la importancia de implementar una

gestión basada en procesos en los diferentes niveles administrativos, lo cual facilitaría la continuidad y el adecuado desarrollo de estrategias para reducir el impacto de las emergencias y desastres en la salud.

En lo que respecta a la determinación de las áreas con mayor necesidad de intervención, resaltan los indicadores asociados a las regulaciones (21%), la colaboración (15%) y la administración (10%). Dentro de estos, se concede prioridad a seis componentes: la programación de la respuesta, la red de comunicaciones, el sistema de traslado asistencial de pacientes, la integración del manejo de los focos epidémicos, el saneamiento y la salud mental en el marco de las acciones de planificación, colaboración y coordinación. Se observa un paralelismo con otros estudios, sobre todo en el ámbito de la planificación; no obstante, también se encuentran investigaciones, como la realizada por el Ministerio de Salud del Perú en 2006, que enfatizan la relevancia de la regulación de la provisión alimentaria en contextos de urgencia y catástrofe, un punto significativo si se tiene en cuenta que, en años posteriores a dicha investigación, el país se enfrentó a diversos sucesos de emergencia y catástrofe que hicieron patente la existencia de necesidades en situ.

El estudio de los trabajos de investigación precedentes realizados en nuestro país posibilitó la comparación de las valoraciones efectuadas en los años 2006 y 2019, en lo concerniente al perfil de rendimiento de la FESP número 11: Disminución de la repercusión de urgencias y catástrofes por departamento de salud. Dicha comparación evidenció que el año con el mejor rendimiento fue 2006, con un perfil general de 0.56, clasificado como “rendimiento medio superior”. En contraste, el año 2019 arrojó un perfil global de 0.41, clasificado como “desempeño medio inferior”. Se observa una disminución de 0.15 en el desempeño en comparación con 2006, lo que lo sitúa en el nivel de “desempeño mínimo”.

Esta calificación no refleja los avances del sector en áreas como la reforma sanitaria, la modernización del Estado y el progreso de la descentralización.

El presente estudio también incluye una clasificación del perfil de desempeño de la FESP 11, resultante de la evaluación realizada en 2019. En el grupo de las tres regiones con el mejor desempeño se ubican Apurímac (0.80), La Libertad (0.72) y Puno (0.68). En contraste, las regiones con el desempeño más bajo son Tumbes (0.15), Cajamarca (0.05) y Junín (0.04).

En el contexto actual, la conclusión es que el nivel de rendimiento de la FESP número 11, catalogado como rendimiento medio inferior, se explica fundamentalmente por las capacidades sobresalientes detectadas en la colaboración y el asesoramiento. No obstante, aún se identifican áreas que requieren mayor fortalecimiento, principalmente aquellas relacionadas con una planificación adecuada, integral y articulada. Esto contribuiría a mejorar la gestión desde una base sólida. Asimismo, se requieren estudios y análisis más profundos para discernir los factores que contribuyen a la reducción del nivel de rendimiento a lo largo del tiempo, así como las notables variaciones en el desempeño entre las diferentes regiones. En consecuencia, se sugiere que las entidades de gestión correspondientes aseguren el financiamiento, lleven a cabo evaluaciones periódicas fundamentadas en un análisis exacto de la realidad, y consoliden la autoridad sanitaria a nivel nacional, regional y local para garantizar un rendimiento superior y la disminución de las consecuencias de las emergencias y los desastres en el ámbito de la salud.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1 El perfil de desempeño de la función esencial en salud pública N° 11 en las direcciones de salud – Perú – 2019, es “medio inferior” según la escala de medición con un porcentaje de 0.41. La dirección de salud con mayor desempeño fue la Diresa Apurímac con 0,80 y un perfil de desempeño calificado como “óptimo”.
- 6.2 Las fortalezas de la práctica de salud pública N° 11 en las direcciones de salud – Perú – 2019, que fueron identificadas, son: la coordinación y colaboración con otros organismos y/o instituciones, así como el asesoramiento y respaldo técnico proporcionado a los niveles subregionales para la reducción del impacto de situaciones de emergencia y desastres en el ámbito de la salud.
- 6.3 Las áreas que demandan mayor apoyo para el fortalecimiento de infraestructura de la salud pública en las direcciones de salud en Perú en 2019 son: gestión, coordinación y normativas, con sus respectivos elementos como la planificación de la respuesta, la red de comunicación, el sistema de transporte de pacientes, la inclusión de la gestión de brotes de enfermedades, saneamiento, salud mental, etc., en la planificación; las alianzas y coordinación con otras instituciones, las alianzas y coordinación con la cooperación internacional, el desarrollo de protocolos para la difusión de información, la elaboración e implementación de normativas de preparación, la inclusión de la gestión de brotes, saneamiento, salud mental, etc., en las normativas; y la provisión de servicios.

6.4 La comparación de las evaluaciones del perfil de desempeño de la FESP 11 por dirección de salud en Perú entre 2006 y 2019 muestra que el año 2006 registró el mejor desempeño, con un perfil global de 0.56, calificado como “desempeño medio superior”. En contraste, en 2019 se obtuvo un perfil global de 0.41, calificado como “desempeño medio inferior”, lo que indica una disminución de 0.15 respecto a 2006, situándose en el nivel de desempeño clasificado como “desempeño mínimo”. El ranking señala a la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Apurímac como la de mejor desempeño, con una puntuación de 0.80.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 A la Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud, reorientar el financiamiento de actividades del Ministerio de Salud, así como el apoyo de cooperantes, y priorizar el desarrollo de actividades de las FESP 11 orientadas a alcanzar niveles de desempeño medio superior ú óptimo.
- 7.2 A la Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud, desarrollar evaluaciones periódicas de la FESP 11a nivel nacional y contribuir al desarrollo de la gestión del riesgo y la salud pública en el país.
- 7.3 A las direcciones de salud, desarrollar intervenciones de emergencias y desastres con el fin de tener un diagnóstico real de la situación de la FESP 11 para definir áreas de deficiencia y posterior implementación de estrategias de mejora y demostrar un perfil de desempeño por encima del nivel “medio superior u óptimo”.
- 7.4 A las direcciones de salud, consolidar y hacer sostenible el compromiso de fortalecer la Autoridad Sanitaria regional a fin de optimizar los resultados en las FESP, así como organizar los recursos regionales para el desarrollo de la FESP 11 y contribuir de esta manera a mejorar los resultados para el manejo de las emergencias y desastres.
- 7.5 A los gestores locales, responsables de los Centros de Prevención de Emergencias y Desastres, fortalecer la gestión local, la generación de normas que permitan optimizar las intervenciones, así como utilizar los resultados obtenidos para reorientar la gestión.

VIII. REFERENCIAS

Chávez, M., Gonzáles, F., y Palma, F. (2015). *Evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en Panamá*. [Tesis de maestría]. Universidad del Istmo.

González, MA., González, LM., y Cuadra., SM. (2013). Diagnóstico de la capacidad para el ejercicio de las funciones esenciales de salud pública en países de Mesoamérica, los estados mexicanos de Chiapas y Quintana Roo y la República Dominicana. *Rev. Panam Salud Publica*, 33(4), 271–9.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación Científica*. McGraw-Hill.

Maidana, WB. (2014). *Desempeño y Capacidad de Reducción del Impacto de Emergencias y Desastres en Salud del SERES El Alto, Gestión 2014*. [Tesis de maestría]. Universidad Mayor de San Andrés.

Ministerio de Salud de Chile. (2016). Evaluación del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) en las Seremis de Salud de Chile. <http://repositorio.conicyt.cl/handle/10533/214531>

Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (2006). *Evaluación de las Funciones Esenciales en Salud Pública*. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Experiencia_SubNacional_Argentina-Buenos_Aires.pdf

Ministerio de Salud de Nicaragua, (2008). *Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud ejercidas por la autoridad sanitaria en Nicaragua.*

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Informe_Resultados_Medicion_Nicaragua_2008.pdf

Ministerio de Salud de Panamá (2014). *Resultados del taller de aplicación del instrumento de medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Resultados de Evaluación de las FESP Versión Final (b-cdn.net)*

Ministerio de Salud del Perú [MINSA] (2006a), *Evaluación de las Funciones Esenciales en Salud Pública a nivel de la Autoridad Sanitaria Nacional.*
http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1077_DGSP265.pdf

Ministerio de Salud del Perú [MINSA] (2006b), *Evaluación del Desempeño de las Funciones Esenciales de salud Pública a Nivel Regional en el Perú.*
http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/169_FESP_001-056,1.pdf

Ministerio de Salud del Perú [MINSA] (2006c). *Medición de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP) en el marco de la Descentralización y Rectoría en la Región de Salud Callao.* http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/169_FESP_001-056,1.pdf

Ministerio de Salud Pública de Costa Rica. (2014). *Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública.* https://www.paho.org/costa-rica/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug= analisis-de-

situacion-de-salud&alias=312-medicion-del-desempeno-de-las-funciones-esenciales-de-salud-publica-fesp-2014&Itemid=222

Ministerio de Salud (2013). *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud*.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342273/Lineamientos_y_medidas_de_reforma_del_sector_Salud20190716-19467-e9w96n.pdf

Montoya, CA., y Boyero, MR. (2016). *El recurso humano como elemento fundamental para la gestión de la calidad y la competitividad organizacional*. *Revista Científica "Visión de Futuro"*, 20(2), 1-20. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357947335001>.

Muñoz, F., López, D., Halverson, P., Guerra de Macedo, C., Hanna, W., Larrieu, M., Ubilla, S., y Zeballos, JL. (2000). Las Funciones Esenciales de la Salud Pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. *Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*, 8(1-2), 126 -130. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf>.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2000). Resolución CD42.R14: *Funciones Esenciales de Salud Pública*.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1423/CD42.R14sp.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [OPS] (2017). *Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal*.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34026/9789507101274_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS] (2019). *Revisión de las Funciones Esenciales de Salud Pública para una agenda legislativa*.

https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&alias=466-bascolo-fesp-agenda-legislativa&category_slug=fortalecimiento-de-sistemas-de-salud&Itemid=211.

Quiroga, MD., y Ríos., JL. (2019). *Evaluación de la capacidad institucional del SERES El Alto para el cumplimiento del marco normativo en salud, gestión 2017*. [Tesis de maestría]. Universidad Mayor de San Andrés.

Robles, L. (2013). *Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud*. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(1), 43-48.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1025-55832013000100009&lng=es&tlng=es

Rodríguez, GE. (2013). *Conocimientos sobre Preparativos a Emergencias y Desastres de los Recursos Humanos en Salud Centro de Salud “Francisco Buitrago” Managua, abril-Julio del 2011*. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Secretaría Distrital de Salud (2007). *Medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública en el Distrito Capital Colombia 2007*. Organización Panamericana de la Salud.

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Experiencia_SubNacional_Colombia-Bogota_2007.pdf

IX. ANEXOS

Anexo 1

INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE LA FUNCIÓN ESENCIAL EN SALUD PÚBLICA N° 11: REDUCCIÓN DEL IMPACTO DE LAS EMERGENCIAS Y DESASTRES EN SALUD

DIRECCION REGIONAL DE SALUD

PUNTAJE FINAL PERFIL FESP 11:

ESCALA DE CALIFICACIÓN: (SI) 1 NO (0)				
	DIMENSIÓN <input type="text"/>	INDICADOR PREGUNTA MADRE <input type="text"/>	ITEM <input type="text"/>	Puntaje parcial
Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres				
La DIRESA ¿Posee un PLAN REGIONAL institucionalizado de reducción del impacto de emergencias y desastres en salud?				
1		¿El plan regional del sector salud está integrado a emergencias y desastres ?		
2		¿El plan cuenta con un mapa y/o estudio de amenazas, vulnerabilidad y riesgos de emergencias y desastres en el territorio regional ?		
3		¿El plan regional del sector salud incluye los planes locales ?		
4		¿Existe una unidad dedicada a la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud en la DIRESA ?		
5		¿Cuenta la unidad de emergencias y desastres con personal y un presupuesto asignado específicamente a ella?		
La DIRESA ¿Coordina a todo el sector salud en su conjunto en la implementación de medidas de preparación para emergencias y desastres?				
6		¿Cuenta con una red de comunicaciones preparada para funcionar en emergencias y desastres ? (radio, teléfono, email, etc).		
7		¿Se evalúa periódicamente la red de comunicaciones preparada para funcionar en emergencias y desastres ? (radio, teléfono, email, etc), su funcionamiento?		
8		¿Cuenta con un sistema de transporte preparado para funcionar en situaciones de emergencia o desastre? (ambulancias equipadas).		
9		¿Se evalúa periódicamente el funcionamiento del sistema de transporte preparado para funcionar en situaciones de emergencia o desastre? (ambulancias equipadas).?		
La DIRESA ¿Entrena su personal de salud en la preparación para emergencias y desastres?				
10		¿Define lineamientos para enfrentar emergencias y desastres dentro del sector salud?		
11		¿Coordinar actividades dentro del sector salud ?		
12		¿Coordinar actividades con otros sectores: ONGs ?		
13		¿La prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles como consecuencia de desastres?		
14		¿Protección de trastornos mentales como consecuencia de desastres?		
15		¿Seguridad de los alimentos con posterioridad a desastres?		
16		¿Salud Ambiental y Saneamiento con posterioridad a desastres?		
17		¿Control de vectores en situaciones de emergencia?		
18		¿Gestión de servicios de salud en situaciones de emergencia?		
19		¿Ejercicios de simulación y simulacros de situaciones de emergencia?		
20		¿Conducir evaluaciones rápidas de riesgo y necesidades? (EDAN)		
21		¿Solicitar y distribuir equipamientos/suministros críticos de salud para emergencias y desastres ?		
22		¿Operación de sistemas de comunicaciones y centro de operación de emergencias y desastres ? (COE).		
23		¿Operación del sistema de transporte en emergencias y desastres ?		
24		¿Diseminar información de salud por medios sociales de comunicación y otros medios?		
25		¿Elaboración de proyectos de rehabilitación del sector salud ?		

	La DIRESA ¿Desarrolla estrategias para incluir en el curriculum de enseñanza profesional componentes para la gestión de riesgos y atención de desastres ?	
26	¿Coordina con las escuelas de ciencias de la salud para incluir componentes de gestión de riesgos y atención de desastres en el curriculum de enseñanza ?	
27	¿Coordina con las escuelas de ciencias de la salud para incluir componentes de preparación para emergencias y desastres en el curriculum de enseñanza?	
28	¿Coordina con escuelas relacionadas con la salud para incluir componentes de preparación para emergencias y desastres en el curriculum de enseñanza?	
N°	Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	
	La DIRESA ¿Desarrolla estrategias para reducir el impacto de emergencias y desastres en salud?	
29	¿Elabora normas en salud para el plan regional o sub regional de emergencias y desastres ?	
30	¿Desarrolla, aplica normas y lineamientos para apoyar la preparación para afrontar las consecuencias de emergencias y desastres?	
31	¿Las normas y lineamientos incluyen Brotes de enfermedades transmisibles post desastres ?	
32	¿Las normas y lineamientos incluyen Saneamiento de alojamientos, albergues y campamentos?	
33	¿Las normas y lineamientos incluyen Control de vectores?	
34	¿Las normas y lineamientos incluyen Saneamiento básico?	
35	¿Las normas y lineamientos incluyen Seguridad y protección de alimentos?	
36	¿Las normas y lineamientos incluyen Manejo de salud mental en emergencias?	
37	¿Desarrolla normas y lineamientos para afrontar las consecuencias de emergencias y desastres?	
38	¿Desarrolla normas y lineamientos para afrontar la infraestructura física de los establecimientos de salud?	
39	¿Desarrolla normas y lineamientos para afrontar la gestión de los establecimientos y organizaciones de salud en situaciones de emergencias y desastres?	
40	¿Desarrolla normas y lineamientos para afrontar la provisión de servicios de salud durante emergencias?	
41	¿La provisión de servicios incluye disponibilidad y distribución del personal?	
42	¿La provisión de servicios incluye alternativas de funcionamiento de las unidades asistenciales críticas: centro quirúrgico, emergencia, casa de fuerza ?	
43	¿La provisión de servicios incluye criterios de priorización en la atención de la demanda de servicios en emergencias?	
N°	Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones	
	La DIRESA ¿ Coordina con otras agencias y/o instituciones en la reducción del impacto de emergencias y desastres?	
44	¿Establece alianzas o coordinación con Oficinas nacionales de emergencias y desastres ?	
45	¿Establece alianzas o coordinación con Oficinas regionales de emergencia y desastres ?	
46	¿Establece alianzas o coordinación con Sector transportes y comunicaciones ?	
47	¿Establece alianzas o coordinación con Sector vivienda y construcción ?	
48	¿Establece alianzas o coordinación con Sector educación?	
49	¿Establece alianzas o coordinación con Relaciones exteriores?	
50	¿Establece alianzas o coordinación con Las fuerzas armadas, policiales ?	
51	¿Establece alianzas o coordinación con Bomberos?	
52	¿Establece alianzas o coordinación con UNICEF?	
53	¿Establece alianzas o coordinación con La OPS?	
54	¿Establece alianzas o coordinación con Cruz Roja Local ?	
55	¿Establece alianzas o coordinación con Cruz Roja Regional ?	

56	¿Establece alianzas o coordinación con Colegios profesionales?	
57	¿Establece alianzas o coordinación con Otras organizaciones no gubernamentales? (ONGs)	
58	¿Establece alianzas o coordinación con Otras agencias o comisiones de cooperación multilateral ? (AID, Comunidad Europea).	
59	¿Coordina actividades con la agencia nacional de protección civil u otras agencias con responsabilidades multisectoriales? (Sinadeci, Indeci).	
60	¿Desarrollan en conjunto los protocolos necesarios para difundir información por medios de comunicación?	
61	¿Establece y mantiene alianzas al nivel internacional para el enfrentamiento de emergencias y desastres ?	
62	¿Colabora se coordina con los programas de emergencias y desastres del sector salud ya existentes en otras regiones o sub regiones ?	
63	¿Colabora y se coordina con organismos e instituciones nacionales, regionales, subregionales e internacionales vinculados a la preparación para emergencias y desastres?	
N°	Asesoría y apoyo técnico a los niveles regional y local para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	
	La DIRESA ¿Asiste a los niveles sub Regional y local en la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud?	
64	¿Facilita asesoría técnica al nivel local para fortalecer la capacidad en movilizar acciones hacia emergencias o desastres?	
65	¿Apoya a las Redes para fortalecer la capacidad en colaborar con otros sectores frente a emergencias o desastres?	
66	¿Apoya al nivel regional y local en el desarrollo de enlaces con otros sectores de servicios de emergencia locales?	
67	¿Salud?	
68	¿Otros sectores?	
	La DIRESA ¿Colabora con los niveles Regional y local para construir capacidades para reducir el impacto de emergencias y desastres en salud?	
69	¿Identifica liderazgos locales para promover la reducción de impacto de emergencias o desastres?	
70	¿Diseña normas y lineamientos hacia la preparación para emergencias y desastres para los niveles locales y Redes ?	
71	¿Define responsabilidades de cada nivel en el enfrentamiento de emergencias y desastres?	
72	¿Análiza de vulnerabilidad de la infraestructura de salud de la que estos niveles son responsables frente a emergencias y desastres?	
73	¿Confecciona mapas de riesgo de emergencias y desastres en los territorios que están bajo su responsabilidad?	
74	¿Evalúa necesidades en los niveles local y Redes ?	
75	¿La asesoría necesaria para corregir deficiencias identificadas por medio de la evaluación?	
76	¿Los recursos necesarios para corregir deficiencias identificadas por medio de la evaluación?	

Anexo 2

Matriz de consistencia

TÍTULO	Medición de la función esencial en salud pública N° 11: reducción del impacto de emergencias y desastres en salud en las direcciones de salud – Perú - 2019
DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	La Salud es la movilización de la sociedad civil y la capacitación de la población para la participación social. De este modo, a partir de las funciones estatales desempeñadas por la autoridad de salud, no sólo es posible alcanzar a todos los demás actores y todo el campo de la salud pública, sino que también resulta ser la más adecuada y estratégicamente, la forma más poderosa de hacerlo. Así el uso de los instrumentos de actuación del Estado es la base obligatoria y la mejor para la práctica más eficaz de la salud pública la que es una parte funcional y operativa identificable dentro del sistema de salud en el que se incluye y puede tener, como se ha visto, la identidad funcional y operativa específica. En consecuencia, no sólo es posible, sino necesario, identificar las funciones de la salud pública para caracterizarla operativamente como parte del sistema de salud y para optimizar su desempeño. Se entiende como funciones de la salud pública al conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central.
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA GENERAL	¿Cuál es el perfil de desempeño de la función esencial en salud pública N° 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en las direcciones de salud – Perú - 2019?
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de la práctica de la salud pública N° 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud en las direcciones de salud – Perú - 2019? • ¿Cuáles son las áreas que requieren mayor apoyo para fortalecer la infraestructura de la salud pública en las direcciones de salud – Perú - 2019? • ¿Cuál es la evaluación comparativa con medición 2006 del perfil de desempeño de la FESP N° 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres por direcciones de salud – Perú - 2019 (ranking)?
OBJETIVO GENERAL	Medir el perfil de desempeño de la función esencial en salud pública N° 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en las direcciones de salud – Perú - 2019
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las fortalezas y debilidades de la práctica de la salud pública N° 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud en las direcciones de salud – Perú - 2019. • Identificar las áreas que requieren mayor apoyo para fortalecer la infraestructura de la salud pública en las direcciones de salud – Perú - 2019. • Conocer la evaluación de la medición 2006 del perfil de desempeño de la FESP N° 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres por direcciones de salud – Perú - 2019 (ranking)?
HIPÓTESIS GENERAL	<p>Hi: El perfil de desempeño de la función esencial en salud pública N° 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en las direcciones de salud – Perú – 2019, es óptimo.</p> <p>Ho: El perfil de desempeño de la función esencial en salud pública N° 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en las direcciones de salud – Perú – 2019, es regular.</p>

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	<p>H1: Las fortalezas y debilidades de la práctica de la salud pública N° 11 – FESP: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud en las direcciones de salud – Perú, son: gestión de la reducción del impacto y el desarrollo de normas.</p> <p>H2: Las áreas que requieren mayor apoyo para fortalecer la infraestructura de la salud pública en las direcciones de salud – Perú – 2019, son: (articulación intersectorial, planificación, capacidades humanas, instalaciones y equipamiento).</p> <p>H3: La evaluación de la medición 2006 del perfil de desempeño de la FESP N° 11 - FESP: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en las direcciones de salud – Perú – 2019, (ranking), es medio inferior.</p>																					
TIPO DE ESTUDIO	El estudio a realizado fue básica, de nivel descriptivo																					
POBLACIÓN Y MUESTRA	<p>Población: Estuvo conformada por 25 direcciones de salud</p> <p>Muestra: 25 direcciones de salud</p> <p>Muestreo: No probabilístico</p>																					
VARIABLES DE ESTUDIO	<p style="text-align: center;">VARIABLE: Función esencial 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.</p> <p>Definición Conceptual condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública que es parte de la responsabilidad rectora que el estado tiene en materia de salud, caracterizada asimismo por tareas de conducción, regulación, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento y armonización de la provisión. (OPS/OMS (2000).</p> <p>Definición operacional Vigilancia de aspectos de salud pública para la reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud</p> <table border="1" data-bbox="562 855 1928 1248"> <thead> <tr> <th data-bbox="562 855 748 882">Variable 1</th> <th data-bbox="748 855 1301 882">Dimensiones</th> <th data-bbox="1301 855 1787 882">Indicadores</th> <th data-bbox="1787 855 1928 882">Escala</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="562 887 748 1248" rowspan="6">Función esencial 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.</td> <td data-bbox="748 887 1301 1002" rowspan="3">Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres</td> <td data-bbox="1301 887 1787 914">Plan regional institucionalizado</td> <td data-bbox="1787 887 1928 1248" rowspan="6">ORDINAL</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1301 914 1787 941">Coordinación intersectorial</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1301 941 1787 968">Entrenamiento del personal de salud</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1301 968 1787 1002">Desarrollo de estrategias</td> </tr> <tr> <td data-bbox="748 1002 1301 1086">Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud</td> <td data-bbox="1301 1002 1787 1086">Desarrollo de normas y lineamientos</td> </tr> <tr> <td data-bbox="748 1086 1301 1248" rowspan="2">Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones</td> <td data-bbox="1301 1086 1787 1145">Coordinación con agencias y/o instituciones</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1301 1145 1787 1204">Asistencia Técnica a los niveles subregional y local</td> </tr> <tr> <td data-bbox="748 1204 1301 1248">Asesoría y apoyo técnico a los niveles regional y local para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud</td> <td data-bbox="1301 1204 1787 1248">Colaboración con los niveles regional y local</td> </tr> </tbody> </table>				Variable 1	Dimensiones	Indicadores	Escala	Función esencial 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.	Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres	Plan regional institucionalizado	ORDINAL	Coordinación intersectorial	Entrenamiento del personal de salud	Desarrollo de estrategias	Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	Desarrollo de normas y lineamientos	Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones	Coordinación con agencias y/o instituciones	Asistencia Técnica a los niveles subregional y local	Asesoría y apoyo técnico a los niveles regional y local para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	Colaboración con los niveles regional y local
Variable 1	Dimensiones	Indicadores	Escala																			
Función esencial 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.	Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres	Plan regional institucionalizado	ORDINAL																			
		Coordinación intersectorial																				
		Entrenamiento del personal de salud																				
	Desarrollo de estrategias																					
	Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	Desarrollo de normas y lineamientos																				
	Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones	Coordinación con agencias y/o instituciones																				
Asistencia Técnica a los niveles subregional y local																						
Asesoría y apoyo técnico a los niveles regional y local para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	Colaboración con los niveles regional y local																					

Anexo 3

INFORME DE OPINIÓN RESPECTO AL INSTRUMENTO PARA MEDIR EL PERFIL DE DESEMPEÑO DE LA FUNCIÓN ESENCIAL DE SALUD PÚBLICA N° 11

Apellidos y Nombres del experto : Lozano Reátegui Nelly
 Institución donde labora : Universidad Nacional de San Martín.
 Instrumento motivo de evaluación : Cuestionario FESP N° 11
 Autor del instrumento : Mg. Kieffer Segundo Bazán Vargas
 Criterios de validación :

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

I. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.					X
OBJETIVIDAD	Los ítems del instrumento permitirán mensurar la variable de estudio en sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal inherente al nivel de planificación estratégica					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual de las variables y sus dimensiones e indicadores, de manera que permitan hacer abstracciones e inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento expresan suficiencia en cantidad y calidad en la redacción.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para el examen de contenido y mensuración de las evidencias inherente al nivel de planificación estratégica					X
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá, mediante los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre las variables, dimensiones e indicadores.					X
METODOLOGÍA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.					X
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado				X	
SUBTOTAL					4	45
TOTAL					49	

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable.

PROMEDIO DE VALORACIÓN: **4.9 Puntos**

Lima, 05 de marzo del 2019

