

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA



“Efecto del Diplomado de Atención Integral en la
Accesibilidad y Cobertura – Organización y Gestión en
el Puesto de Salud Cosme. Provincia de Churcampa,
Departamento de Huancavelica. 2014”.

Tesis para obtener el título profesional de
Licenciada en Enfermería

Presentada por:

Bach. : KARINA DOMÍNGUEZ DE LA CRUZ

Bach. : CYNTHIA MILAGROS DE LA CRUZ ACUÑA

ASESOR : EDWARD E. BARBOZA PALOMINO

AYACUCHO- PERÚ

2015

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a nuestro Dios quién supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A nuestra familia quienes por ellos somos lo que somos. Para nuestros padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que somos como personas, nuestros valores, nuestros principios, nuestro carácter, nuestro empeño, nuestra perseverancia, nuestro coraje para conseguir mis objetivos.

A nuestros hermanos por estar siempre presentes, acompañándonos para podernos realizar.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad San Cristóbal de Huamanga, en especial a la Escuela de Formación Profesional de Enfermería, y a la Plana Docente quienes durante los años de estudio supieron ser guías durante nuestra formación profesional impartiendo sus conocimientos.

A nuestro asesor Lic. Edward Eusebio Barboza Palomino por ayudarnos en el proceso de la investigación y en especial a los Señores Jurados por su apoyo incondicional para fortalecer nuestro trabajo con cada uno de sus observaciones.

Y a todas aquellas personas y amistades que de alguna y otra manera contribuyeron a la ejecución de este trabajo.

INDICE

INTRODUCCION.....	01
OBJETIVOS.....	05
OBJETIVO GENERAL.....	05
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	05

CAPÍTULO I

1. REVISION DE LA LITERATURA.....	07
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	07
1.2 BASE TEÓRICO.....	08

CAPITULO II

2. MATERIALES METODOS.....	23
2.1 ENFOQUE DEL ESTUDIO.....	23
2.2 TIPO DE INVESTIGACION.....	23
2.3 NIVEL DE INVESTIGACION.....	23
2.4 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	23
2.5 AREA DEL ESTUDIO.....	23
2.6 POBLACION.....	23
2.7 MUESTRA.....	23
2.8 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
2.9 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS.....	24
2.10 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS.....	24

CAPITULO IV

3. RESULTADOS.....	25
3.1 Tabla N° 01.....	26
3.2 Tabla N° 02.....	27
3.3 Tabla N° 03.....	29

CAPITULO V

DISCUSIÓN.....	31
CONCLUSION.....	37
RECOMENDACIONES.....	39

REFERENCIA

BIBLIOGRAFICA.....	41
ANEXO.....	43

**“EFECTO DEL DIPLOMADO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN LA
ACCESIBILIDAD Y COBERTURA – ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN EN EL
PUESTO DE SALUD COSME. PROVINCIA DE CHURCAMP,
DEPARTAMENTO DE HUANCVELICA. 2014”.**

Bach. Karina Domínguez De La Cruz
Bach. Cyntia Milagros De La Cruz Acuña

RESUMEN

La Atención Integral en Salud es un modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que centre su atención en la persona, las familias y la comunidad; por ello se estableció el **objetivo**; Determinar el efecto del diplomado de “Atención integral con enfoque en salud familiar y comunitaria” en la Accesibilidad-Cobertura y Organización-Gestión en el Puesto de Salud Cosme, Provincia Churcampa - Departamento Huancavelica, los **Materiales y métodos**: tipo de investigación, cuantitativo transversal; Método de Estudio fue descriptivo, **Área de Estudio**, Todos los registros y documentos que se encuentran en los diferentes servicios del Puesto de Salud Cosme Puesto de Salud Cosme, **Población**, registros y documentos que se encuentran en los diferentes servicios del Puesto de Salud Cosme, **Resultados**; el grado de avance de la evaluación del módulo de Organización y Gestión - Accesibilidad y cobertura del Puesto de Salud de Cosme mejoró de Inicial a Avanzado, después del diplomado. **Conclusión**: El Diplomado en Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria es efectivo en un 91.6% en la mejora de la organización y gestión, así como en la accesibilidad y cobertura del Puesto de Salud Cosme de la Provincia de Churcampa. Departamento de Huancavelica. **Palabras Clave**: Atención integral en salud, Salud Familiar y Comunitaria, MAIS.

**“EFFECT OF DIPLOMA IN COMPREHENSIVE CARE ACCESSIBILITY AND
COVERAGE - ORGANIZATION AND MANAGEMENT IN THE POST OF
HEALTH COSME. Churcampa province, department of Huancavelica. 2014”**

Bach. Karina Domínguez De La Cruz

Bach. Cyntia Milagros De La Cruz Acuña

SUMMARY

The Comprehensive Health Care is a model of care, comprehensive, family and community character, understands that health care should be an ongoing process to focus its attention on the person, family and community; hence the **goal** was established; To determine the effect of the diploma of "Comprehensive care with a focus on family and community health" Accessibility-Coverage-Management and Organization in Health Post Cosme, Province Churcampa - Huancavelica Department, **Materials and methods:** type of research, quantitative cross ; Study method was descriptive, **Study Area**, All records and documents that are in the different services of the Health Cosme Cosme Health Post, **Population**, records and documents that are in the different services Since Cosme Health **Results**; the progress of the evaluation module Organization and Management - Accessibility and coverage of the Health of Cosme improved from beginner to advanced, after the diploma. **Conclusion:** The Diploma in Comprehensive Care with focus on Family and Community Health is a 91.6% effective in improving the organization and management, as well as accessibility and coverage Since Cosme Health Churcampa Province. Department of Huancavelica.

Keywords: comprehensive health care, Family and Community Health, MAIS.

INTRODUCCION

El Ministerio de Salud ha señalado, como uno de sus lineamientos fundamentales para el periodo 2002-2012, la implementación de un Modelo de Atención Integral. Esto supone, en términos generales, "priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y personas con discapacidad."

Por otro lado, la implementación del Modelo de Atención Integral se constituye en uno de los lineamientos de salud más importantes, en la medida en que instrumentaliza otros lineamientos, y traduce directamente algunos principios como la búsqueda de la integridad de la persona y la visión de la familia como unidad básica de salud. Los problemas que se ponen de manifiesto con mayor intensidad están relacionados con la accesibilidad y cobertura, la atención integral e integrada, la atención a la familia y comunidad, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, la organización y gestión como elementos fundamentales de la Atención Primaria de la Salud renovada.

En la accesibilidad y cobertura es necesario tener en cuenta que los niveles de pobreza en nuestra población siguen siendo muy altos, especialmente en las zonas rurales de ciertos departamentos andinos y amazónicos, donde siete de cada diez personas, se encuentran en condición de pobreza. Sumado a las condiciones socioeconómicas, se encuentran las determinantes culturales y de género que impiden el acceso de la población menos favorecida a los servicios de salud, así como la fuerte migración de las zonas de la sierra y selva que han

sufrido los efectos de la violencia, cuya condición la convierte en una población de mayor vulnerabilidad. El otro gran factor está vinculado a los propios servicios de salud, tanto en la infraestructura, procesos administrativos, calidad de la atención y capacidades de los recursos humanos que favorecen la autoexclusión de la población al no sentir que sus problemas de salud serán resueltos en los servicios.

El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que centre su atención en las familias: priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas antes de que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud. Se preocupa porque las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos. Dentro de este contexto es una necesidad apremiante mejorar la organización de los servicios de salud para contribuir de manera efectiva a mejorar los servicios y por ende la salud de la población.

Estos problemas de salud deben ser resueltos por los servicios de primer nivel a través de la cartera de servicios que oferta el sistema y que cumple su función en el marco de la estructura de la red sanitaria, encargada de atender las necesidades de salud, por lo tanto, de ésta depende la eficiencia con la que brinda servicios con calidad y equidad y estará en función de la capacidad resolutoria de las redes y micro redes.

La aplicación del Modelo de Atención Integral permitirá no sólo mejorar la calidad de los servicios, sino generar mayor protagonismo y participación de la ciudadanía sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, en el marco del enfoque de Promoción de la Salud y avanzar hacia mejores niveles de bienestar integral de la persona, la familia y la comunidad.

La evidencia acumulada en las últimas décadas, demuestra que los sistemas basados en la Atención Primaria de Salud tienen mayor capacidad resolutoria, niveles más altos de satisfacción del usuario y notoria optimización del uso de

los recursos. Adicionalmente, este tipo de intervenciones favorece el logro de una mayor equidad en el acceso y la optimización de la salud de la población empleando el más avanzado estado de conocimiento posible, obteniendo una alta capacidad resolutive e impacto sanitario.

En el Establecimiento de Salud Cosme, perteneciente a la Red de Salud Churcampa (Huancavelica); en la evaluación realizada previamente a la participación del Equipo Básico en el Diplomado Atención integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria se identificó que la población accede a estos servicios a través de seguros AUS, SIS; siendo los principales obstáculos para la accesibilidad del usuario externo a los servicios de salud: el tiempo de espera, distancia, factor económico, disponibilidad de tiempo, actitud del personal (maltrato) y el idioma. Y los obstáculos que tiene el Equipo Básico de Salud para facilitar la accesibilidad de la población a los servicios de salud vienen hacer la poca identificación con la Institución, la débil relación profesional-usuario, la falta de recursos humanos, la carencia de equipos y principalmente por la débil organización del establecimiento y el trabajo asistencial descuidando las actividades extramurales de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Del análisis de los resultados obtenidos de la encuesta estructurada sobre satisfacción del usuario, se evidencia la insatisfacción de la población por la atención recibida en un 51.2%, la débil organización del Puesto de Salud y de los servicios, así como el desconocimiento de funciones del personal de salud y de los documentos de gestión y la existencia de la población sin acceso a los servicios es considerable y la débil actividad de Atención Integral con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, evidenciándose la atención clínica (intramural), constituyéndose estos hechos en la brecha que requiere de una acción urgente

La distancia geográfica de las comunidades Urcumpi, Putacca, que están a más de 4 horas, población que no cuentan con AUS, la barrera en el idioma quechua que no es entendida por el personal de salud, la deficiente cobertura de seguro, con un 25% de no asegurados, la falta de cartera de servicios que ofrece el Puesto de Salud, la ausencia del rol de atención diaria del personal en los diferentes servicios, ausencia de señalización en el EE.SS, ausencia del buzón de quejas y sugerencias y el tiempo de espera prolongado, son las principales

observaciones identificadas antes de la participación del Equipo Básico de Salud en el mencionado Diplomado.

De igual manera se ha identificado débil organización y gestión del Puesto de Salud de Cosme para garantizar una Atención Integral de Salud, con articulación a la red de servicios de salud, a la comunidad y a las instituciones públicas y privadas para garantizar los recursos necesarios para una atención de calidad. Siendo de vital importancia fortalecer las capacidades de los recursos humanos con actividades de EPS, adecuado llenado de historias clínicas, capacitación en temas de gestión, clima organizacional, habilidades y destrezas en promoción de la salud e implementar los documentos de gestión como MOF, ROF, POI, ASIS y el TUPA.

Aspectos que afectan las funciones y responsabilidades de los trabajadores de salud para brindar Atención Integral de salud por la falta de liderazgo y respeto mutuo.

La Universidad San Cristóbal de Huamanga respondiendo al requerimiento señalado participó con su compromiso de desarrollar competencias de sus docentes de las Ciencias de la Salud y en convenio del Programa Conjunto y Médicus Mundi Navarra desarrolló la propuesta académica y contribuyó de esta manera con la capacitación de profesionales de los EBS, para que éstos brinden una Atención Integral de calidad, con equidad y acorde con las necesidades de salud regional y local con un enfoque en Salud Familiar en el marco de la Atención Primaria de Salud Renovada. En tal sentido las consideraciones descritas líneas arriba nos motivaron el interés por desarrollar el Proyecto de Tesis titulado: **“EFECTO DEL DIPLOMADO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN LA ACCESIBILIDAD Y COBERTURA – ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN EN EL PUESTO DE SALUD COSME. PROVINCIA DE CHURCAMP, DEPARTAMENTO DE HUANCVELICA. 2014”**. Aspecto que permitió identificar recursos favorables para la mejora de la accesibilidad de los usuarios en el primer nivel de atención en toda la región. Teniendo como

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el efecto del diplomado de "Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria" en la Accesibilidad - Cobertura y Organización - Gestión en el Puesto de salud Cosme, Provincia Churcampa - Departamento Huancavelica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar la presencia de indicadores de Organización y Gestión (Estrategias de EPS, Documento de Plan Operativo (POI) 2014, Documentos de Gestión MOF, ROF y Sectorización) antes y después del Diplomado en el Puesto de Salud Cosme.
2. Identificar la presencia de indicadores de Accesibilidad y Cobertura (Cobertura del SIS/AUS, Plan esencial de aseguramiento, Señalización de ambientes, Cartera de servicios por etapas de vida, Flujograma de atención, Satisfacción del Usuario, Buzón de quejas y sugerencias) antes y después del Diplomado en el Puesto de Salud Cosme.

La Hipótesis propuesta fue: El diplomado en "ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA" es efectivo en la mejora de la Accesibilidad y Cobertura, Organización y Gestión del Puesto de Salud Cosme. Distrito de Cosme, Provincia Churcampa - Departamento Huancavelica - 2014.

Los materiales y métodos fueron; investigación cuantitativa, diseño transversal, el área de estudio el Puesto de Salud Cosme, la población y la muestra estuvo constituida por los registros y documentos que se encuentran en los diferentes servicios del Puesto de Salud Cosme; la técnica de recolección de datos fue a través de una lista de cotejo de los documentos de gestión del Puesto de Salud; en base a los indicadores determinados en los instrumentos. Los resultados muestran que los módulos de Organización y Gestión así como el de Accesibilidad y Cobertura logran un grado de avance de Inicial hasta Avanzado

en la evaluación realizada en el Puesto de Salud de Cosme y registrado en los documentos de Gestión.

Se concluye que el Diplomado en Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria en el Puesto de Salud Cosme es efectivo en un 91.6% en la mejora de la accesibilidad y cobertura así como en la organización y gestión del Puesto de Salud en mención.

El presente estudio de investigación fue estructurado de la siguiente manera: Introducción, revisión de la literatura, materiales y métodos, resultados, discusiones, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos correspondientes.

CAPITULO I

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En una búsqueda de antecedentes se encontraron pocos programas de formación en Salud Familiar a nivel nacional e internacional.

Así para desarrollar la primera fase del programa de desarrollo del diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y comunitaria en los diferentes establecimientos de salud de Churcampa, se basó en la experiencia del Sistema de Salud de Brasil, diplomatura de Atención Integral en Salud para Equipos Básicos de Salud de Ica y en las experiencias como el proyecto Multipaís, denominado un modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud, que se inició en abril del 2011 con la participación de tres países: Bolivia, Guatemala y Perú. Una visión global de los tres países muestra que en las tres últimas décadas sus políticas de salud han tenido dificultades para lograr un impacto real y positivo en el cumplimiento del derecho a la salud de sus respectivas poblaciones.

Aportando a la consolidación del MAIS BFC, a partir de la experiencia de Medicus Mundi Navarra en Bolivia, Guatemala y Perú y de otras instituciones aliadas en estos países, tales como Salud Sin Límites Perú. También experiencias concretas de implementación de atención integral, como la de La Querencia – Huaral, o de la implementación de un sistema de participación ciudadana muy efectivo como el de Lamay en Cusco.

Así mismo se aprovechó la información proporcionada en dos talleres de diálogo con la población, el sector salud, la sociedad civil y los gobiernos locales de la provincia de Churcampa. Todas estas experiencias dieron lugar para que se siga impartiendo este diplomado.

Por eso el primer evento en nuestro país del diplomado con un enfoque en salud familiar y comunitaria se realizó en Lima, 19 de octubre de 2011.

Por otra parte, respondiendo al compromiso asumido en el marco de la carta de entendimiento suscrito entre el Programa Conjunto y la UNSCH, aprobado mediante R.C.U 927-2011, se ha participado en el desarrollo del “Diplomado de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad” con la finalidad de capacitar al personal de los establecimientos básicos de salud, considerando que los recursos humanos de salud constituyen un elemento fundamental en la producción de servicios de salud.

Los alumnos asistentes a la primera fase a través de un instrumento estructurado por el facilitador principal, evaluaron al final de cada módulo el logro de los objetivos. Tal como lo señala el facilitador en su informe final; “Los resultados para el cumplimiento de los objetivos generales de los sílabos nos muestra una tendencia ascendente a medida que se desarrollan los módulos del módulo I (78% de satisfacción) a 97.3% en el módulo V.

El propósito principal del Diplomado se ha cumplido, los usuarios de los establecimientos de salud participantes, están recibiendo una atención de salud integral e integrada, mediante acciones enmarcadas en cada uno de los módulos desarrollados.

1.2. BASE TEÓRICA

DIPLOMATURA EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA.

El Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria, propuesta por el Ministerio de Salud, enmarcado en el Plan Sectorial Concertado y Descentralizado de Desarrollo de Capacidades en Salud (PLANSALUD) desarrollado por la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH), como primera fase del programa intersectorial de Formación en Salud Familiar.

Ésta es una propuesta educativa destinada a los equipos básicos de salud (EBS) del primer nivel de atención, basada en la pedagogía problematizadora, basada en los principios de indivisibilidad método-contenido, utilizando el trabajo activo-participativo y en equipo de los participantes como metodología educativa.

El primer evento en nuestro país del diplomado con un enfoque en salud familiar y comunitaria se realizó en Lima, 19 de octubre de 2011, dada la evidencia acumulada a lo largo de las últimas décadas, que demuestra que los sistemas basados en la Atención Primaria de Salud tienen mayor capacidad resolutive, satisfacción del usuario y optimización del uso de los recursos, la organización del sistema en atención privilegiada entra en cuestión si se quiere garantizar el cumplimiento de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud.

Para mejorar la eficacia de los servicios de salud y brindar a las familias una atención de calidad y equidad; los profesionales y técnicos de diversos establecimientos de salud de Huancavelica se capacitaron desde el 30 de marzo en el "Diplomado de Atención integral en salud con enfoque en salud familiar y comunitaria". Impartiendo dicho diplomado en los siguientes lugares pertenecientes a este departamento: Llacua, Huaribambilla, San Miguel de Arma, Cuyocc, Santa rosa de Occoro, Antacalla, Cosme, Manzanayocc, Anco, Sallcabamba, Paucarbamba.

El diplomado certificado por la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga (UNSCH) se desarrolló en seis módulos: ***Enfoque educativo y búsqueda de información; Accesibilidad y cobertura; Atención Integral e Integrada; Introducción a la Salud Familiar y Comunitaria; Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad y Organización y gestión óptima.***

Además para el desarrollo de este diplomado se realizó un convenio de cooperación docente asistencial entre la Dirección Regional de Salud Huancavelica, la Organización Medicus Mundi Navarra y la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

El objetivo del presente convenio fue:

- Crear el marco de cooperación entre las partes, para promover el desarrollo de actividades educativas que permita la adecuada formación y capacitación de profesionales y técnicos dentro del contexto de un Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria aprobado por el Ministerio de Salud del Perú.
- Desarrollar el Diplomado en Atención Integral de Salud con Enfoque en Salud Familiar y Comunitaria, dirigido al personal del primer nivel de atención, para mejorar sus competencias; la misma que será convalidable para la siguientes fases II y III del Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria.

De esta manera, la Universidad Nacional De San Cristóbal de Huamanga cumple su compromiso de desarrollar competencias del personal de salud que le permitan responder a las necesidades de salud regional y local con un enfoque en Salud Familiar en el marco de la Atención Primaria de Salud renovada.

El objetivo de la primera casa de estudios fue:

- Desarrollar las capacidades del equipo básico de salud del primer nivel de atención en atención integral de salud con enfoque en salud familiar y comunitaria en el marco de la Atención Primaria de Salud renovada, el
- Fortalecimiento del primer nivel de atención, la Descentralización en Salud y el Aseguramiento Universal de Salud.

Estructura Curricular

MÓDULOS	CRÉDITOS		HORAS	
	Fase Presencial	Fase No Presencial	Fase Presencial	Fase No Presencial
1. El enfoque educativo y la búsqueda de información.	2	2	34	68
2. Organización y gestión óptimas.	2	4	34	136
3. Accesibilidad y cobertura.	2	4	34	136

4. Atención integral e integrada.	2	4	34	136
5. Introducción a la Salud Familiar y comunitaria.	2	4	34	136
6. Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad.	2	4	34	136
7. Taller de integración.	2	0	34	0
TOTAL:	14	22	238	748
6 módulos 1 Taller de Integración.	36		986	

Planes de cambio:

Como producto del Diplomado, se ha elaborado planes de cambio en los siguientes establecimientos de salud. Los que fueron elaborados en sesiones presenciales y no presenciales. Estos planes fueron presentados ante un jurado especial integrado por representantes del Ministerio de Salud, Medicus Mundi, DIRESA Ayacucho y Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.

En ese sentido, la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGRH) del Ministerio de Salud (MINSA) viene promoviendo múltiples propuestas participativas sectoriales e intersectoriales, como parte de la construcción de espacios para la articulación de la educación - salud, en el marco del "Llamado a la Acción de Toronto (2006-2015) Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas"; es así que se conformó y formó parte de una comisión sectorial integrada por las Direcciones Generales de Salud de las Personas y de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud; los representantes del Consejo Regional III del Colegio Médico del Perú, Colegio de Enfermeras, Colegio de Obstetras; y, las asociaciones peruanas de facultades de medicina, de obstetricia y de enfermería, entre otras instituciones, a fin de constituir el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM) para los profesionales de la salud del primer nivel de atención, que se basa en el diálogo, la discusión y el consenso de esta comisión. La implementación de esta propuesta

formativa está a cargo de las universidades del país, en el ámbito de las micro redes de salud y sigue la ruta de implementación del Aseguramiento Universal en Salud (AUS); está dirigida a los equipos básicos de salud (EBS) del primer nivel de atención; y los enfoques pedagógicos que atraviesan el programa son la problematización (fase 1) y el de competencias (fase 2 y 3), con certificación progresiva, tal como se detalla líneas abajo.

1. **Fase 1:** Diplomatura de Atención Integral con Enfoque en Salud Familiar y Comunitaria dirigida al EBS (6 módulos).
2. **Fase 2:** Especialidad de Salud Familiar y Comunitaria, dirigida a los profesionales universitarios del EBS (médico, enfermero y obstetra), incluye 6 módulos de la fase 1, más 19 módulos de esta fase.
3. **Fase 3:** Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, dirigida a los profesionales médicos del EBS e incluye por lo tanto 6 módulos de la fase 1, 19 módulos de la fase 2, y 10 módulos de esta fase.

EL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

El Modelo de Atención es uno de los elementos clave de la Reforma del sector. Por ello, es necesario comprender sus implicancias y tener criterios comunes que permitan entenderlo.

Salud

Para guiar el proceso de definición del Modelo de Atención en Salud se adscribe la siguiente definición de salud formulada bajo una perspectiva de desarrollo humano: Salud es la "capacidad y el derecho individual y colectivo de realización del potencial humano (biológico, psicológico y social) que permite a todos participar ampliamente de los beneficios del desarrollo."

Esta definición pone un marcado énfasis en rescatar la integridad de la persona y la necesidad de orientar los esfuerzos en el área de la salud hacia el logro de su máximo potencial de desarrollo. Las acciones en salud deben habilitar a las personas para alcanzar las mejores posibilidades de realización plena.

Modelo

Es un instrumento metodológico de representación de la realidad, es decir, una **interpretación** de la misma, y de la forma como las personas actúan en ella. Por ello, un modelo supone una "mirada" sobre la realidad a la vez que una forma de abordar las prácticas sociales.

Modelo de Atención de Salud

Todo modelo de atención de salud encarna el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades reales que son percibidas o no por la población).

En tal sentido, un modelo de atención de salud describe el tipo de respuesta de salud que la sociedad desea y decide sostener y recibir. Es la "imagen-objetivo" de la atención de salud deseable o satisfactoria.

Por tanto, los modelos de atención son elementos clave de las políticas sanitarias. El Sistema de Salud, en función a los modelos vigentes, debe lograr los resultados esperados. Estos modelos orientan y dan consistencia a otras políticas, tales como las políticas de recursos humanos, de tecnología y de financiamiento, entre otras.

A lo largo de la historia de la salud pública se han sucedido diversos modelos de atención, los cuales luego de un periodo de gran efectividad inevitablemente muestran señales de agotamiento y requieren su cambio por nuevos modelos más acordes con la realidad.

HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL

Atención Integral en Salud

Se entiende la Atención Integral de Salud como: "la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad."

Para lograr este tipo de Atención se debe poner especial énfasis sobre la necesidad de la integración funcional y el direccionamiento común entre todas las instituciones, organizaciones y ciudadanos involucrados con el desarrollo de acciones en salud.

Antecedentes de la Atención Integral en Salud.

En el Perú, desde hace varios años, existieron esfuerzos importantes por introducir la atención integral en los servicios. La mayoría de las experiencias que se listan a continuación se iniciaron en la primera mitad de la década de los 90, habiendo alcanzado su mayor desarrollo en los últimos años de ésta.

El Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT) desarrolló una metodología para la formación de recursos humanos orientados a prestar una atención integral. En un primer momento, se concibió la atención integral como la prestación integrada de los servicios que eran ofrecidos por los programas nacionales entonces vigentes. Se buscaba generar mayor eficiencia y reducir las oportunidades perdidas que iban contra el cumplimiento de las metas programáticas.

Estos esfuerzos incluyeron la definición de estándares y mecanismos para la acreditación de servicios que cumplieran con los criterios de atención integral. Sin embargo, muchos de estos esfuerzos por introducir la atención integral en los servicios alcanzaron un éxito limitado y no se logró modificar el modelo existente. En el presente, los logros alcanzados por el PSBPT se mantienen sólo en algunos establecimientos de salud donde se desarrollaron las experiencias iniciales.

Paralelamente, ante la ausencia de una conducción clara del Nivel Central, surgieron dinámicas regionales de búsqueda de modelos y procesos de atención integral. La más antigua y reconocida es la del Proyecto UNI, en el distrito de Moche, en Trujillo (La Libertad), financiada con aportes de la Fundación Kellog. Esta propuesta organizó un sistema sectorizado, con una metodología orientada a lograr la protección de la familia. Además, se consiguió ligar la atención individual en el establecimiento de salud a la atención de la familia y de los sectores, bajo una lógica de riesgos y señales de alarma.

Otra experiencia relevante fue desarrollada al final de la década pasada en Cajamarca, con el Proyecto APRISABAC (Convenio Multilateral Perú-Holanda-Suiza con la DISA Cajamarca). Se apuntó a ofrecer una atención integral y con calidad a la población, desarrollando particularmente el componente de atención extramuros a la comunidad, con un enfoque participativo.

En el mismo sentido, la DISA de San Martín estableció esquemas organizacionales más integrados y una experiencia regional en atención integral. En esta experiencia se avanzó en la definición de procesos de atención integral para la mujer y el niño, reorganizando los servicios y generando un conjunto de sistemas de apoyo para el Modelo de Atención. En otras regiones del país ha habido avances importantes. Tal es el caso de Tacna, y especialmente Ayacucho en tiempos más recientes (Proyecto PACD, 2001-2003), donde se han hecho esfuerzos alentadores por generar un modelo de gestión más acorde con la atención integral, y conseguir una mayor participación de la comunidad.

La cooperación técnica y financiera internacional contribuyó en el proceso a través de experiencias como el Proyecto 2000 (P2000), el Proyecto de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS), el Proyecto de Desarrollo de Capacidades, y el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB), entre otros, los cuales han contribuido de modo importante para la orientación y desarrollo de los cambios en del Modelo de Atención, orientándolo hacia una atención más integral. Dichos proyectos apoyaron iniciativas en varias regiones del país, y capacitaron a profesionales, técnicos y agentes comunitarios de salud según los nuevos enfoques.

El Modelo de Atención Integral en salud.

El nuevo Modelo de Atención Integral en Salud surge de la idea de recuperar la integridad del ser humano al momento de estructurar la respuesta social en salud, colocando a la persona y su familia como el centro de nuestra misión.

En relación a la acción sobre las prioridades sanitarias, el Modelo de Atención Integral articula la movilización nacional en salud con el objetivo de modificar los principales determinantes de la falta de salud en el país y

así mejorar la calidad de vida de la población y alcanzar impacto sobre los principales problemas de salud pública.

Desarrollo de capacidades de los Recursos Humanos en Salud.

Los Recursos Humanos en Salud (RHUS), conocidos también como talento humano o capital humano, son todos aquellos trabajadores de la salud responsable de contribuir, directa o indirectamente, al cumplimiento de las funciones del Sistema Nacional de Salud, independiente de su profesión y del organismo donde trabajan. Por trabajadores de salud, se entiende a los trabajadores que interpretan y aplican saber e información para crear y proporcionar soluciones con valor agregado a los problemas de Salud Pública y, como parte de sus tareas cotidianas, hacen recomendaciones en ambientes donde el cambio es continuo.

MAIS Basado en Familia y Comunidad: El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) es el marco conceptual de referencia con el que se define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención integral a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades que son percibidas o no percibidas por la población). Además, orientan los términos sobre los cuales se organizan los servicios de salud y desarrollan sus actividades; la forma como otros sectores se complementan con el sector salud y la forma como los recursos del Estado son orientados para mejorar el estado de salud de la población del país. Los dos ejes de intervención del MAIS-BFC se implementan en la práctica a través de cuatro componentes que tienen como actores las instancias de gobierno de los niveles nacional, regional y local: las instancias de gestión de las organizaciones prestadoras de servicios de salud; los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos; y los actores de la sociedad civil. Estos componentes son: Gestión, organización, prestación de servicios y el financiamiento.

Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitario (EBS-FC): Equipo multidisciplinario conformado por los profesionales de la Medicina Humana, Enfermería, obstetricia y el técnico en enfermería, con predisposición para el trabajo en equipo. Fortalece las competencias de los diferentes actores

sociales, gestiona y concerta con instituciones públicas y privadas; trabaja con enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad; su labor está centrada en brindar la atención integral de salud a la población de su responsabilidad.

Accesibilidad y Cobertura:

Para la definición de este atributo es preciso distanciarse de la concepción simplista que plantea la cobertura en términos de una disposición normativa orientada a ejecutar un paquete básico de servicios sin integralidad (acciones puntuales) y de un diseño operativo no adaptado al contexto geográfico-poblacional local, sólo en función de una asignación per cápita uniforme. La cobertura en salud deberá estar definida por el desarrollo de programas y acciones de atención en salud a partir de la asignación de recursos institucionales y a través de servicios continuos (no intermitentes) que den respuesta, equitativa e integral, a las necesidades identificadas a partir de perfiles epidemiológicos socioculturales locales. Aunque es imprescindible visibilizar, valorar y reconocer la contribución de otros modelos de salud al logro de una mayor cobertura, particularmente en lugares donde los servicios institucionales no tienen presencia, es importante destacar que, de acuerdo al enfoque de derecho, el atributo de cobertura es responsabilidad del Estado.

Es el conjunto de actividades integradas orientadas hacia la promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se desarrollan bajo la responsabilidad y financiamiento de una institución, la cual se vincula con las personas en forma genérica o nominativa. Básicamente existen dos enfoques para abordar la comprensión de las coberturas de salud. El primero es la extensión social de las mismas. El segundo se refiere al alcance o profundidad prestacional.

La población accede a estos servicios a través de seguros AUS, SIS; siendo los principales obstáculos para la accesibilidad del usuario externo a los servicios de salud, es el tiempo de espera, distancia, factor económico, disponibilidad de tiempo, actitud del personal (mal trato) y el idioma. Y los obstáculos que tiene el equipo básico de salud para facilitar la accesibilidad de la población a los servicios de salud vienen hacer la poca identificación con la Institución, la débil relación profesional-usuario, la falta de recursos humanos, la carencia de equipos y principalmente por

la débil organización del establecimiento y el trabajo asistencial descuidando las actividades extramurales de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Organización y Gestión:

Es un proceso de toma de decisiones y actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

Siendo de vital importancia fortalecer las capacidades de los recursos humanos con actividades de EPS, adecuado llenado de historias clínicas, capacitación en temas de gestión, clima organizacional, habilidades y destrezas en promoción de la salud e implementar los documentos de gestión como MOF, ROF, POI, ASIS y el TUPA.

Aspectos que afectan las funciones y responsabilidades de los trabajadores de salud para brindar Atención Integral de salud por que las comunidades son muy dispersos, donde se accede con caminos de herraduras, falta de capacitación en atención integral de salud, religión y cultura de la población, falta del dominio del quechua del personal de salud y entre los aspectos éticos que limitan el trabajo en equipo se identificó la impuntualidad en un 50% de casos, actitud del personal, clima laboral inadecuado, inadecuada comunicación, falta de liderazgo y respeto mutuo.

Componente de Gestión.

El componente de gestión del MAIS-BFC está definido a partir de los siguientes elementos:

a) La dotación suficiente de equipos de salud que integren a profesionales de la salud con competencias para implementar la atención primaria de salud renovada (APS-R) en el primer nivel de atención, para contribuir sustantivamente en la mejora de su capacidad resolutive y enfatizarla promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, centrando su accionar en la atención integral de la persona, familia y comunidad. Esto será posible a través de las siguientes estrategias:

- La planificación territorial de la dotación de equipos de salud con criterios de equidad y pertinencia social.

- Sistemas de reclutamiento, selección y contratación de estos equipos de salud en función de las necesidades de los servicios y alineados a objetivos sanitarios de un ámbito determinado.
- Mecanismos de retención de los equipos de salud en función de políticas de gestión del trabajo basado en competencias, para así promover el trabajo digno en salud, lo que incluye bonificaciones e incentivos en función de la evaluación del desempeño y el logro de objetivos institucionales.
- Desarrollo de capacidades y competencias de los equipos de salud para implementar la APS-R, lo que implica una fuerte articulación entre los procesos productivos de los servicios de salud con los de capacitación y formativos; así como de esfuerzos comunes para incorporar en estos últimos, nuevos contenidos y enfoques pedagógicos, además de nuevos escenarios de práctica, que permitan el desarrollo integral de capacidades y competencias de manera concomitante con la transformación de los servicios en función del MAIS-BFC.

b) El desarrollo de procesos de gestión de la salud con enfoque territorial, que implica:

- Planeamiento estratégico integrado entre la autoridad sanitaria regional y local, las redes de salud en su ámbito geosociosanitario y los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, con la participación ciudadana individual o colectiva.
- Desarrollar instrumentos integrados de control gerencial (monitoreo, supervisión y evaluación) y vigilancia ciudadana.
- Promover la conducción sectorial social, articulada, concertada y participativa a través del fortalecimiento de los consejos regionales y locales de salud en un nuevo marco jurídico sanitario que fortalezca sus roles y funciones, y que le den el carácter de autonomía y sean vinculantes con los procesos de la gestión pública en salud.
- La implementación de mecanismos de cogestión en los planes estratégicos integrados para la atención de salud y el desarrollo social a través de las asociaciones CLAS o de directorios intersectoriales con participación de actores de la sociedad civil.

- La gestión adecuada de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, a fin de garantizar el acceso a medicamentos seguros, de calidad, a bajo costo y el uso racional de los mismos.
- El desarrollo de un sistema integrado de información en salud que permita la toma de decisiones.
- El incremento de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en infraestructura y equipamiento a partir del diseño e implementación de un plan rector de inversión pública en salud con énfasis en la APS-R.

Gestión de la salud con enfoque territorial: La gestión de la salud con enfoque territorial es un proceso de articulación político, institucional, gubernamental y social que se desarrolla en un territorio determinado, para el abordaje de los determinantes sociales, a fin de optimizar el nivel de desarrollo humano de la población.

Esto se ejecuta a todos los niveles de gobierno y con participación de todos los niveles de la gestión del sector salud, inclusive hasta nivel de establecimientos: planificación estratégica integrada, acciones conjuntas, sistema integrado de control gerencial, conducción.

Los consejos regionales y locales en salud vigentes asumen la función de promover y conducir la gestión de la salud, con enfoque territorial, en un nuevo marco jurídico sanitario que le otorgue carácter vinculante, para la cual debe formar una alianza estratégica entre:

- Estado (nivel político): gobierno nacional, regional y local, y la autoridad sanitaria; (nivel operativo): redes de salud.
- Sociedad civil organizada: colegios profesionales, gremios, sociedades científicas, ONG, universidades, organizaciones sociales, entre otros.
- Población a través del ejercicio de la participación ciudadana.

El desarrollo de la gestión de la salud con enfoque territorial comprende, entre otros, los siguientes procesos:

a) Planificación estratégica concertada. Como producto se obtiene el "Plan Estratégico Concertado en Salud", que contiene los objetivos estratégicos comunes y las acciones priorizadas conjuntas para cada actor, según el rol que le asiste a cada uno. A partir de ellos se establecen

las metas por alcanzar los resultados operativos y estratégicos, en el corto, mediano y largo plazo expresado en la salud de la población.

Con estas precisiones es posible la elaboración e implementación de acuerdos de gestión entre los integrantes de la alianza estratégica antes mencionada. Estos acuerdos de gestión incorporan los compromisos concertados para cada actor, según su rol, contribuyen así al mejor desempeño de los servicios de salud y al abordaje de los determinantes sociales de la salud.

b) Implementación del plan, acuerdos y compromisos. Para la conducción e implementación de los acuerdos y compromisos derivados del "Plan Estratégico Concertado en Salud", se promoverá que los consejos regionales y locales en salud vigentes asuman esta función, en un nuevo marco jurídico sanitario que le otorgue carácter vinculante. Esto implica que todos los miembros de la "Alianza Estratégica" deben alinear sus planes operativos, recursos y decisiones políticas en pro de los objetivos señalados en el Plan Estratégico Concertado, sin que estos, signifique necesariamente, vulnerar la autonomía de sus instituciones y la intangibilidad de sus fondos.

c) Control gerencial integrado.

Permite articular las acciones de monitoreo, supervisión y evaluación, que midan periódicamente, procesos y resultados en función de las metas y objetivos institucionales y de desarrollo trazados en el "Plan Estratégico Concertado en Salud", donde se enfatice la atención primaria en el primer nivel de atención, la equidad, eficiencia y calidad de las prestaciones en el segundo y tercer nivel de atención; y, el fortalecimiento del ejercicio de las funciones de la Autoridad Sanitaria Regional, enmarcado en el acuerdo de gestión y los compromisos asumidos por todos los miembros de esta alianza estratégica.

Para el control gerencial integrado se requiere contar con sistemas de información, a fin de automatizar la información en tiempo real, para esto se diseñaran sistemas Integrados de información gerencial, con enfoque territorial, como el *Balanced Scorecard*, entre otras herramientas, que permitan disponer de información estratégica, oportuna, veraz y de calidad para la toma de decisiones.

d) Vigilancia ciudadana.

La vigilancia ciudadana, a través de mecanismos bien estructurados y definidos, tales como los comités de vigilancia ciudadana en salud, cabildos, mesas de concertación, SIVICOS, CODECOS, asambleas, cónclaves, entre otros, contribuirán a mejorar el diálogo, el entendimiento y el respeto entre los representantes de la población, los representantes del Estado (trabajadores de salud y autoridades regionales y locales) y los representantes de la sociedad civil para el reconocimiento y desarrollo de estrategias frente a las demandas sociales y de salud de la población.

Los mecanismos de vigilancia ciudadana deberán ser promovidos desde los distintos niveles de gestión y de gobierno; además, ser acogidos en los servicios de salud para facilitar el diálogo, la generación y el desarrollo de una voz colectiva e informada, a partir de ciudadanos que se van empoderando en el ejercicio de su derecho de participación en el seguimiento de políticas públicas que favorezcan la salud. Asimismo, el reconocimiento de las percepciones, expectativas y necesidades de la población que contribuya con información y propuestas que mejoren el acceso, la oportunidad, calidad y aceptabilidad de los servicios de salud, como de la calidad de vida de las personas.

e) Rendición de cuentas.

Comprende el proceso de presentar a la ciudadanía, a las instituciones y organizaciones del ámbito territorial, los resultados estratégicos y operativos obtenidos en el marco de los acuerdos de gestión del plan estratégico concertado en salud, acorde con la normatividad legal vigente en el país: "Mediante la rendición de cuentas el ciudadano tiene el derecho de interpelar a las autoridades respecto a la ejecución presupuestal y el uso de sus recursos propios. La autoridad está obligada a dar respuesta"

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativo, porque la información fue presentada estadísticamente.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicativo, porque se empleó las teorías de la investigación básica.

2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Explicativo, porque pretende establecer las causas de los eventos.

2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Transversal, porque los instrumentos fueron aplicados en un solo momento.

2.5. ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio se realizó en el Puesto de Salud Cosme de la provincia de Churcampa (Huancavelica) que participo del Diplomado en Atención integral con Enfoque de Salud Familiar y Comunitaria.

2.6. POBLACIÓN

Estuvo constituida por los registros y documentos que se encuentran en los diferentes servicios del Puesto de Salud Cosme de la provincia de Churcampa departamento de Huancavelica.

2.7. MUESTRA

Es la totalidad de registros y documentos que se encuentran en los diferentes servicios del Puesto de Salud de Cosme de la provincia de Churcampa departamento de Huancavelica.

2.8. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos se obtuvo a través de los Cuestionarios de evaluación y su verificación con una lista de cotejo de los documentos de gestión del Puesto de salud; en base a los indicadores determinados en los instrumentos.

2.9. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS:

Se realizó previamente la coordinación respectiva con la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria y Red de Salud Churcampa, así como con la Dirección del Establecimiento de Salud a evaluar, luego se procedió con la elaboración de un cronograma de la recolección de datos.

El instrumento fue aplicado en el Puesto de Salud de Cosme; con la colaboración del personal de servicio y administrativo.

Se concluyó con el control de calidad de los mismos para verificar que todos los datos estén consignados en los instrumentos.

2.10. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos que se presentan en el presente informe, fueron procesados en el programa Excel y en el paquete estadístico STATA versión 12; los resultados se presentan en tablas descriptivas de una y dos entradas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA N° 01. INDICADORES DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PUESTO DE SALUD COSME ANTES Y DESPUES DEL DIPLOMADO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA. PROVINCIA CHURCAMPÁ - DEPARTAMENTO HUANCÁVELICA- 2014.

MODULO:	GRADO DE AVANCE	
	ANTES	DESPUES
Organización y Gestión		
Estrategia de EPS para una gestión participativa.	Inicial	Avanzado
Plan Operativo (POI) 2014 incorpora objetivos específicos en Salud familiar y comunitaria.	Inicial	Intermedio
Manual de Organización y Funciones (MOF) esta adecuado al MAIS renovado.	Inicial	Avanzado
Sectorización para realizar el seguimiento.	Inicial	Avanzado

Fuente: Formato de evaluación (julio 2012/ diciembre 2014).

En la tabla N° 01 se puede apreciar que el grado de avance resultado de la evaluación de Organización y Gestión del Puesto de Salud Cosme, **antes** de que los miembros del Equipo Básico de Salud participen del Diplomado en Atención Integral en salud **es Inicial**; que quiere decir que es el mínimo nivel en procesos de Organización y Gestión del personal, de actividades del personal, de documentos de gestión, entre otros. De igual manera se puede apreciar que el grado de avance obtenido de la evaluación y verificación de la Organización y Gestión del Puesto de Salud Cosme, **después** de que los miembros del Equipo Básico de Salud participaron del Diplomado en Atención Integral en salud **es Avanzado**; que quiere decir que es nivel adecuado en los procesos de Organización y Gestión del personal, de actividades del personal, de documentos de gestión, entre otros.

TABLA N° 02. INDICADORES DE ACCESIBILIDAD Y COBERTURA DEL PUESTO DE SALUD COSME ANTES Y DESPUES DEL DIPLOMADO DE ATENCION INTEGRAL CON ENFOQUE EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA. PROVINCIA CHURCAMPА - DEPARTAMENTO HUANCVELICA – 2014.

MODULO: Accesibilidad y Cobertura	GRADO DE AVANCE	
	ANTES	DESPUES
Cobertura del SIS/AUS (Subsidiado y Semi subsidiado) por etapas de vida.	Inicial	Avanzado
Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en físico.	Inicial	Intermedio
Señalización de ambientes que permite orientar al usuario externo.	Inicial	Avanzado
Cartera de servicios por etapas de vida publicada.	Intermedio	Avanzado
Flujograma de atención al usuario visible y adecuado al MAIS.	Inicial	Avanzado
Resultados de encuesta de satisfacción del usuario externo.	Inicial	Intermedio
Buzón de quejas y sugerencias.	Inicial	Avanzado
Estrategias con adecuación intercultural.	Inicial	Avanzado

Fuente: Formato de evaluación (julio 2012/ diciembre 2014).

En la tabla N° 02 se puede apreciar que el grado de avance resultado de la evaluación de Accesibilidad y Cobertura del Puesto de Salud Cosme, **antes** de que los miembros del Equipo Básico de Salud participen del Diplomado en Atención Integral en Salud **es Inicial**; aspecto que no permite cumplir con las metas programadas en la cobertura de los diferentes programas y actividades planificadas, así como no alcanzar el acceso a la atención de salud por todos los usuarios externos. También se puede apreciar que **después** de que los miembros del Equipo Básico de Salud participaron del Diplomado en Atención Integral en Salud **es Avanzado**; lo cual facilita y mejora notoriamente el cumplimiento de las metas programadas en la cobertura de los diferentes

programas y actividades planificadas; de igual manera permite el acceso a la atención de salud por todos los usuarios externos.

TABLA N° 03. INDICADORES DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN - ACCESIBILIDAD Y COBERTURA DEL PUESTO DE SALUD COSME ANTES Y DESPUES DEL DIPLOMADO. PROVINCIA CHURCAMPÁ - DEPARTAMENTO HUANCÁVELICA- 2014.

MODULO	CALIFICACION			
	Antes	%	Después	%
Organización y Gestión	DEFICIENTE	(33.3%)	AVANZADO	(91.6%)
Accesibilidad y Cobertura	DEFICIENTE	(37.5%)	AVANZADO	(91.6%)

CALIFICACION

< 50%	DEFICIENTE
51 – 80%	INTERMEDIO
81 – 100%	AVANZADO

Fuente: Formato de evaluación (julio 2012 / diciembre 2014).

Como se puede observar en la tabla N° 03, se demuestra que la calificación del Establecimiento de Salud evaluado (Puesto de Salud Cosme), ha variado notablemente; se identifica que en la evaluación realizada en los rubros de Organización y Gestión así como en el de Accesibilidad y Cobertura antes de que el Equipo Básico de Salud participe del Diplomado en Atención Integral, la calificación es Deficiente (33.3% y 37.5% respectivamente).

Sin embargo luego de la participación del EBS en el mencionado Diplomado, la calificación mejora de una forma muy importante; en la verificación de indicadores para ambos procesos evaluados se identifica que en Organización y gestión, el Puesto de Salud Cosme alcanza el 91.6% de logros siendo el límite

superior en el nivel Avanzado de calificación; así mismo en la Accesibilidad y Cobertura alcanza un 91.6% de logro, que es un nivel Avanzado de calificación. En este sentido se identifica que el Diplomado en Atención integral con Enfoque en Salud Familiar y Comunitaria es efectivo en la mejora de la Accesibilidad y Cobertura de los servicios así como en la Organización y Gestión del Puesto de Salud Cosme.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la Atención de Salud debe ser un proceso continuo que centre su atención en las familias: priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas antes de que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud. Se preocupa porque las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

Dentro de este contexto es una necesidad apremiante mejorar la **Organización y Gestión** de los servicios de salud para brindar una atención Integral con calidad, calidez con enfoque de Salud Familiar y comunitaria e Interculturalidad.

Los principales obstáculos identificados en relación a la organización y Gestión de los servicios de salud del puesto de salud de Cosme fueron:

- ✓ Ambientes no organizados para la integralidad de la atención.
- ✓ Débil compromiso de actores sociales como autoridades locales, líderes comunales.

- ✓ El establecimiento no contaba con documentos de gestión MOF, ROF, POI.
- ✓ Atención con enfoque Intramural.
- ✓ La impuntualidad del personal en un 50% de casos.
- ✓ Desconocimiento del personal del enfoque del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS);

Es por ello como se muestra en la Tabla N° 01 se identifica que el grado de avance de la evaluación obtenido por el Puesto de Salud Cosme en el rubro de Organización y Gestión antes de la realización del Diplomado de Atención Integral es Inicial, demostrando de esta manera la problemática común en muchos Establecimientos de Salud de primer nivel.

A partir de la participación en el Diplomado se identifica que es de vital importancia fortalecer las capacidades de los recursos humanos con actividades de Educación Permanente en Salud, adecuado llenado de historias clínicas, capacitación en temas de gestión, clima organizacional, habilidades y destrezas en promoción de la salud e implementar los documentos de gestión como MOF, ROF, POI, ASIS y el TUPA en el Puesto de Salud Cosme.

En tal sentido los aspectos que se identificaron mejoraron el grado de avance de la evaluación por parte del equipo básico de salud del Puesto de Salud Cosme logrando un resultado de Avanzado después de la participación en el Diplomado de Atención Integral entre otros son los siguientes:

- ✓ Se reactivó el equipo de calidad, conformado por el jefe del establecimiento y los responsables de cada servicio; la misma que programó fechas para la elaboración de planes de mejora el cual consta en un libro de actas.
- ✓ Se realizó los documentos de gestión en el establecimiento de salud como MOF, ROF, POI donde se incluye las actividades de promoción y prevención, los cuales fueron entregados a la Red de Salud Churcampa para su aprobación.
- ✓ Se realizó gestión y solicitud a la municipalidad del Distrito Cosme y ONG MMN-SSL para la elaboración de la sectorización.
- ✓ Se programa y realiza reuniones de EPS con todo el personal del

Puesto de Salud de Cosme de manera mensual donde se busca mejorar para el bienestar común.

- ✓ Se realiza gestión con el municipio mediante un plan de trabajo para realizar actividades de AIS mensuales en las comunidades lejanas.
- ✓ Se realizó gestión y solicitud a la municipalidad del distrito Cosme y ONG MMN-SSL para la elaboración de la cartera de servicios, sectorización, sistema de referencia y contrareferencia, distancia de sus comunidades más lejanas, organigrama y flujograma del EE.SS. con enfoque de interculturalidad, los cuales se encuentran publicados en los diferentes pasillos del Establecimiento de Salud.
- ✓ Se realiza la publicación del nombre del personal de salud de turno en cada servicio.
- ✓ Se realiza la señalización de los servicios, con enfoque de interculturalidad.
- ✓ Se programa y realiza reuniones de EPS con todo el personal del Puesto de Salud de Cosme de manera mensual donde se busca mejorar para el bienestar común.

Se concluye que el Diplomado en Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria en el Puesto de Salud Cosme es efectivo con un resultado **Avanzado (91.6%)**, en la mejora de la Organización y Gestión del Puesto de Salud en mención.

Asimismo el sector salud debe brindar servicios de Atención Integral con criterios de equidad, género, interculturalidad, calidad y sostenibilidad con el fin de hacerlos accesibles a la población en general, con especial énfasis, a las poblaciones pobres o en extrema pobreza y aquellos grupos de población que tienen mayor vulnerabilidad.

La ampliación de la cobertura de los servicios garantiza la entrega de un conjunto de prestaciones universales combinando distintas estrategias de actuación de las instituciones del sector.

Los sistemas de salud que más contribuyen a mejorar la salud de la población y la equidad son aquellos cuyos servicios están organizados en torno al principio de cobertura universal, en las cuales la atención primaria promueve acciones a través de los determinantes sociales, los que equilibran las intervenciones de

promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, los que hacen hincapié en el nivel primario de la atención con mecanismos apropiados de coordinación. En relación a los medicamentos es necesario considerarlos de manera especial pues los medicamentos esenciales, constituyen un componente básico del pleno ejercicio del derecho humano a la salud y por lo tanto todos deben tener acceso a ellos.

Los principales problemas identificados según determinantes en la accesibilidad y cobertura del puesto de salud de Cosme fueron:

- ✓ Deficiente cobertura de seguro, con un 25% de no asegurados.
- ✓ Ausencia de reuniones de problematización de servicios.
- ✓ Ausencia de señalización de los servicios en el EE.SS.
- ✓ Falta de cartera de servicios por etapas de vida que permita orientar al usuario externo.
- ✓ No se contaba con flujograma para una atención integral de salud
- ✓ La insatisfacción de los usuarios sobre la atención recibida en un 51.2%, antes del Diplomado.
- ✓ Ausencia del buzón de quejas y sugerencias.
- ✓ Atención de salud sin pertinencia cultural.
- ✓ Distancia geográfico a las comunidades distantes al puesto de salud como Urcumpi, Putacca, que están a más de 4 horas.
- ✓ Se realiza la socialización del manejo de fichas familiares a todo el personal que labora en el puesto de salud a cargo de la organización en convenio.
- ✓ Teniendo los recursos y la capacitación se inicia la Atención integral de salud con calidad y calidez teniendo un enfoque de salud familiar y comunitaria con interculturalidad en todas las comunidades.

Los aspectos mencionados líneas arriba se ven reflejados en la Tabla N° 02, en donde el Puesto de Salud Cosme obtiene el grado de avance de la evaluación de Inicial antes de la realización del Diplomado de Atención Integral. A partir de esta realidad evidenciada; el grado de avance de la evaluación realizada en el Establecimiento de Salud terminado el Diplomado en mención es de Avanzado, lo que indica que en relación al proceso de Accesibilidad y Cobertura existe una gran mejora.

Definitivamente se aprecia de igual manera en la Tabla N° 03 que la calificación obtenida es avanzado por alcanzar el 91.6% de mejora en relación a la dimensión en estudio. Situación que se identifica en los avances identificados en mención, los cuales se evidencian en las actas y documentos y estadísticas actuales, se mencionan algunas de ellas:

- ✓ Identificación de la población no asegurada especialmente en comunidades lejanas de Putacca, Lirpo, Urcumpi y Putucancho.
- ✓ Coordinación con el municipio, autoridades y promotores comunales para el registro de población no asegurada mediante la realización de campañas de aseguramiento en cada comunidad y barrio de la jurisdicción del distrito Cosme.
- ✓ Se realizó la gestión con el registrador Civil para la identificación y solución de las partidas de nacimiento observadas.
- ✓ Se realizó gestión con el municipio y la RENIEC para campañas de inscripción para la obtención de los DNI y corregir los observados; las cuales se realizaron en el mes de octubre y noviembre el 2012 en el distrito de Cosme.
- ✓ Se realizó gestión con el municipio para realizar campaña de aseguramiento al AUS a toda la población del distrito Cosme; las cuales se realizaron en el mes de agosto, setiembre y octubre del año 2012 en las comunidades más lejanas y todos los meses en los barrios cercanos.
- ✓ Se realizó la socialización de resultados de buzón de sugerencia en un libro de actas, encontrado debilidades en la atención las cuales fueron levantadas por todo el personal, dicha socialización se realiza cada mes en las reuniones de EPS.
- ✓ Se logra la implementación con interculturalidad de imágenes o figuras alusivas a cada servicio con prendas y colores de la población.
- ✓ Se realiza la socialización del manejo de fichas familiares a todo el

personal que labora en el Puesto de Salud a cargo de la organización en convenio.

- ✓ Teniendo los recursos y la capacitación se inicia la Atención Integral de Salud con calidad y calidez teniendo un enfoque de Salud Familiar y Comunitaria con interculturalidad en todas las comunidades.

Se concluye que el Diplomado en Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria en el Puesto de Salud Cosme es efectivo con un resultado **Avanzado (91.6%)**, en la mejora de la Accesibilidad y Cobertura del Puesto de Salud en mención

CONCLUSIONES

- ✓ El Diplomado en Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria en el Puesto de Salud Cosme es efectivo con un resultado **Avanzado (91.6%)**, que quiere decir que nivel es adecuado en los procesos de Organización y Gestión del personal, de actividades del personal, de documentos de Gestión como el MOF, ROF y la Sectorización.
- ✓ El Diplomado en Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria en el Puesto de Salud Cosme es efectivo con un resultado **Avanzado (91.6%)**, en la mejora de la Accesibilidad y Cobertura lo cual facilita y mejora notoriamente el cumplimiento de las metas programadas en la Cobertura de los diferentes programas y actividades planificadas de igual manera permite el acceso a la atención de salud por todos los usuarios externos.

RECOMENDACIONES

- ✓ La Dirección Regional de Salud de Ayacucho promueva el desarrollo del Diplomado en Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria a los Equipos Básicos de Salud que laboran en todos los establecimientos de primer nivel de atención de nuestra región para mejorar cualitativamente los procesos de mejora de la calidad de atención del servicio.

- ✓ Los profesionales miembros del Equipo Básico de Salud deben incorporar esta metodología de la Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria con la finalidad de proponer cambios de conducta y atención hacia el usuario, familia y comunidad.

- ✓ A la Escuela de Formación Profesional de Enfermería de la UNSCH, incorporar en el currículo de estudios la experiencia de estos diplomados en asignaturas relacionadas a la salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Huamán Angulo, L. **Programa Nacional de formación en Salud Familiar y Comunitaria, revisión bibliográfica de experiencias Nacionales e Internacionales relacionadas con el desarrollo de especialización en Salud Familiar: MINSA.** Lima-Perú: Ministerio de salud, 2011, 116 h (pág. 13 y 14) [PDF]. [sitio en Internet]. [citado 13 de setiembre del 2011]. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/libros/pdf/s3/III-1.%20PROFAM.pdf>
2. Carbone Campoverde, F. **Aportes para la operativización del modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad en el primer nivel.** Lima-Perú: **Medicus Mundi Navarra delegación Perú y Salud sin Limite Perú.** 2012,112 h (pág. 09 -13) [PDF]. [sitio en Internet]. [citado mayo del 2012] Disponible en:
<file:///C:/Users/PVL/Downloads/DOCUMENTO%20TECNICO.%20APORTES%20AL%20MAIS%20BFC.%20PERU%2004%202012.pdf>
3. Miguel León, L. **Profesionales de la Salud de las regiones más vulnerables fueron capacitados para mejorar Atención Integral.** Lima-Perú: OPS y OMS. 2011 Página principal [Revista]. [sitio en Internet]. [actualizado 31 de octubre del 2015] Disponible en:
http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1558:profesionales-salud-regiones-mas-vulnerables-capacitados-atencion-integral&Itemid=650
4. Solari De La Fuente, L. **Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 - 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 - Julio 2006 MINSA.** Perú, 2001, 57h (pág. 14 -18) [PDF]. [sitio en Internet]. [citado 20 mayo del 2012] Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/dgps_para_serums_2009ii/documentos_generales/lineamientos_minsa_2002_2012.pdf
5. Segovia Meza, G. **Evaluación académica del diplomado: “atención integral de salud con enfoque de familia y comunidad”.** Ayacucho, 2001, 10h (pág. 2 -3) [PDF]. [sitio en Internet]. [citado 2013] Disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/sct/052274.pdf>
6. Costa Mendes, I.A. **Sistemas de Salud en búsqueda de excelencia: los Recursos Humanos en foco.** Página principal. [revista]. [sitio en Internet]. [citado Mayo del 2006]. Disponible en:
<http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php/institucional/decada-de-rhus/legislacion/88-inst-accion-toronto>
7. Iribari Poicón, A.O. **Modelo de Atención Integral de Salud. basado en Familia y Comunidad. MINSA 2011.** Lima - Perú, 2011, 128h (pág. 10,15-30) [PDF]. [sitio en Internet]. [citado 08 de abril del 2009]. Disponible en:
<http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>

8. Chunga Ticse, L. F. **Experiencia de articulación educación-salud diplomatura de atención integral con enfoque en salud familiar y comunitaria. MINSA 2011.** Lima - Perú, 2011, 205h (pág. 13-17, 23-25) [PDF]. [sitio en Internet]. [citado año 2011]. Disponible en:
<http://observatorio.inforhus.gob.pe/publicaciones/desarrollo/desarrollo3/III-3.pdf>

9. Ugarte Ubilluz, O. **la Salud Integral: compromiso de todos, el modelo de Atención Integral de Salud. MINSA 2011.** Lima - Perú, 2011, 45h (pág. 1-3,10-15) [PDF] [sitio en Internet]. [citado el 21 de octubre del 2012] Disponible en:
http://www.cimfweb.org/bn_admin/include/images/pdf/maiperu.pdf

10. Hurtado La Rosa, R. **Avances de la Atención Integral en Salud en el Perú.** Lima - Perú, 2008, 73h (pág. 5-10) [PDF] [sitio en Internet]. [citado mayo del 2008] Disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/SCT2008034.pdf>

11. Luna Andrade, F.E. **Modelo de Atención en Salud. MINSA-APRISABAC.** Lima - Perú, 2008, 36h (pág. 4-10) [PDF] [sitio en Internet]. [citado año 1999] Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/31.pdf>

12. Araujo Zapata, M. F. **Programa de Familias y Viviendas Saludables. MINSA.** Lima - Perú, 2005, 98h (pág. 7, 8,10) [PDF] [sitio en Internet]. [citado año 2005] Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/151_guiafam.pdf

13. Klimt Hygieia, G. **La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, Análisis Del Desempeño y bases para la Acción. Washington, Dc: Ops/Oms, 2002.** 417h (pág. 3, 25) [PDF]. [sitio en Internet]. [citado año 2010] Disponible en:
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf

14. Ruales Estupiñán, J. L. **Diplomado en Atención Primaria en Salud para Equipos Básicos de Salud del ISSS.** San Salvador 2013. 64h (pág. 11-25) [PDF] [sitio en Internet]. [citado 22 de enero del 2014]. Disponible en:

<file:///C:/Users/PVL/Downloads/1109201352Diplomado%20APS%20para%20EBS%20ISSS%20programa%20completo.pdf>

ANEXOS



FORMATO DE EVALUACION

I. DATOS GENERALES

1.1. Establecimiento de Salud: _____

1.2. Red de Salud: _____

1.3. N° de EBS: _____

II. EVALUACION DE MODULOS:

MODULO 2. Organización y gestión.

N°	Estándar	Criterios de evaluación	Evaluación del grado de avance (verificación)			Ptje
			1 (inicial)	2 (intermedio)	3 (avanzado)	
2	2. El establecimiento de salud (E.S) cuenta con documentos de gestión actualizados y orientados a la salud familiar.	2.1 Se aplica la estrategia de la EPS para una gestión participativa del establecimiento de salud, y se implementa proyectos de mejora en los problemas priorizados.	El cuaderno de registro muestra que se ha socializado la estrategia de la EPS y se ha definido reuniones mínimas quincenales de gestión.	Se viene cumpliendo las reuniones de EPS programadas y se evidencia el abordaje de los problemas en el cuaderno de actas o registro.	Se realiza reuniones mínimamente quincenales de gestión utilizando la estrategia EPS y se implementa proyectos de mejora.	
3		2.2 El documento Plan Operativo (POI) 2013 incorpora objetivos específicos en Salud familiar y comunitaria se encuentra en ejecución.	La Red cuenta con directiva para elaborar el plan operativo 2013 que incorpora la salud familiar y comunitaria por parte de los establecimientos de salud.	Establecimiento de salud definen su plan de trabajo para elaborar el POI 2013 en forma participativa y con enfoque familiar y comunitario.	POI 2013 formulado participativamente incorpora como objetivos específicos del enfoque en salud familiar y comunitaria.	

4		2.3 Manual de Organización y Funciones (MOF) esta adecuado al MAIS renovado con énfasis en la salud familiar.	Se encuentra realizando gestiones para actualizar su MOF.	Cuenta con MOF no adecuado al MAIS renovado con enfoque de salud familiar.	Cuenta con MOF aprobado adecuado al MAIS renovado con enfoque de salud familiar.	
5		2.4 Se define la sectorización para realizar el seguimiento longitudinal de los individuos y familias.	Se cuenta con sectorización que no involucra a todo el personal de salud y no viene siendo utilizada.	Sectorización actualizada, con la cantidad suficiente de sectoristas y ACS en cada sector.	Se implementa la Vigilancia Comunal con participación del ACS en cada sector. Se tiene actualizado la cantidad de niños, gestantes, adultos mayores y familias.	

Puntaje:

Inicial	Hasta 4 pts
Intermedio	5 – 8 pts
Avanzado	9 – 12 pts

MODULO 3. Accesibilidad, Cobertura.

N°	Estándar	Criterios de evaluación	Evaluación del grado de avance (verificación)			Ptje
			1 (inicial)	2 (intermedio)	3 (avanzado)	
6	4. Identificar comunidades que tienen barreras de acceso : Geográfico, económico, organizacional, socioculturales	4.1 Determinar la cobertura del SIS/AUS (Subsidiado y Semi subsidiado) por etapas de vida, y por sectores, comunidades o barrios, además determina las brechas de afiliación al SIS	Tiene cobertura del SIS/AUS (Subsidiado y Semi subsidiado) por etapas de vida y por comunidades o barrios	Tiene cobertura del SIS/AUS (Subsidiado y Semi subsidiado) por etapas de vida, por sectores, comunidades y tiene identificado aquellos sin SIS/AUS.	Tiene cobertura del SIS/AUS (Subsidiado y Semi subsidiado) por etapas de vida, por sectores, comunidades y viene realizando acciones de cierre de brecha al SIS/AUS.	
7	5. Mejoran la accesibilidad organizacional.	5.1 El establecimiento presenta Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en físico y existe evidencia sobre su difusión.	Se muestra la evidencia que se ha solicitado el documento PEAS a la RED.	Tiene el documento PEAS y no se ha socializado.	Tiene el PEAS, existe documento de difusión a los trabajadores	
8		5.2 Ambientes señalizados que permite orientar al usuario externo.	Ambientes no señalizados	Señalización de los ambientes sin adecuación cultural.	Señalización en todos los ambientes con adecuación cultural.	
9		5.3 Se Brinda la orientación al usuario externo, Publicando la cartera de servicios por etapas de vida, en lugar visible.	No cuenta con Cartera de servicios por etapas de vida	Cuenta con Cartera de servicios por etapas de vida publicado sin adecuación	Cartera de servicios por etapas de vida publicada en lugar visible con adecuación cultural.	

				intercultural.		
10		5.4 Se muestra el flujograma de atención al usuario visible y adecuado al MAIS.	No tiene Flujograma adecuado al MAIS	Tiene Flujograma adecuado al MAIS y publicado con poca visibilidad.	Tiene Flujograma adecuado al MAIS y está publicado en lugar visible y en material multicolor.	
11		6.1 Personal participa en el análisis de la encuesta de satisfacción del usuario externo y en las propuestas de mejora.	Poca participación en el análisis de la encuesta de satisfacción del usuario externo y no se proponen mejoras.	Mayor participación en el análisis de la encuesta de satisfacción del usuario externo, y se participa en las propuestas de mejora.	Se evidencia mayor participación en el análisis de la encuesta y las propuestas de mejora se vienen implementando.	
12	6. Mejora del primer contacto para favorecer la accesibilidad.	6.2 Socializa los resultados de la opinión de los usuarios (buzón de quejas y sugerencias) e implementa mejoras para un trato digno.	No socializa los resultados de la opinión de los usuarios (buzón de quejas y sugerencias).	Presenta evidencia documental sobre la socialización de los resultados, y no implementa mejoras.	Presenta evidencia documental sobre la socialización de los resultados e implementa mejoras para un trato digno.	
13		6.3 Participa y ejecuta estrategias con adecuación intercultural que permitan mejorar el acceso al servicio de salud.	Tiene identificado una mejora con estrategia de interculturalidad.	Presenta proyecto sencillo de mejora con adecuación intercultural.	Participan y ejecutan proyecto con adecuación intercultural.	

Puntaje:

Inicial	Hasta 8 pts.
Intermedio	9 – 16 pts.
Avanzado	17 – 24 pts.

ANALISIS DE RESULTADOS

Módulos	Puntaje Ideal	Puntaje Obtenido	Porcentaje avance
Módulo 2	15		
Módulo 3	24		

Calificación

< 50% = DEFICIENTE

50 – 80 % = INTERMEDIO

>80% = AVANZADO