

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERU
ESCUELA DE POSGRADO**



**DIAGNÓSTICO DE LAS COMPETENCIAS RELACIONADAS A LA
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LOS PROFESIONALES DEL
SERVICIO RURAL URBANO MARGINAL DE SALUD DE LA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LIMA- 2015**

Tesis para optar el grado de Magister en Gerencia Social

AUTORES

Kusunoki Fuero, Lourdes Eneida

Tavera Salazar, Mario Rodolfo

ASESORA

Chueca Márquez, Marcela

JURADO

Fort Carrillo, María Amelia

Zegarra Quintanilla, Rita Beatriz

LIMA –PERÚ

2016

Dedicatorias

A la memoria de mis padres Petronila y José Santos, quienes forjaron en mí la persona que soy.

A mis hijas Claudia Harumi y Cristina Hatsumi y al compañero de toda una vida, Hugo César, quienes fueron mi inspiración constante, mi fortaleza y apoyo incondicional en este largo camino recorrido.

A todos ellos, muchas gracias.

Lourdes Kusunoki

A Lourdes, Lulita, Mayita y Mario, por su comprensión y apoyo.

A la tía Chavelita quien me acompañó espiritualmente en sus momentos más difíciles.

Al personal de los establecimientos de salud que trabaja en las comunidades por su dedicación y compromiso con la salud pública.

Mario Tavera

II

Agradecimiento

-) A los profesionales del SERUMS, quienes han compartido con nosotros sus experiencias, sus necesidades y mucha información relacionada a esta etapa muy importante de su vida profesional.
-) A la Dirección y equipo técnico del SERUMS por el apoyo técnico brindado en la elaboración de esta Tesis.
-) A la Dirección y equipo técnico de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud por el apoyo técnico y las facilidades brindadas.
-) A los Directores Ejecutivos de:
 - La Red de Salud Huaura-Oyón
 - La Red de Salud Huaral
 - La Red de Salud Huarochirí
 - La Red de Salud Chilca-Mala
 - La Red de Salud Canta
 - Servicios Básicos de Salud Cañete-YauyosPor las facilidades brindadas para el recojo de información en los Establecimientos de Salud de cada una de las jurisdicciones.
-) A los encargados de SERUMS de las Redes visitadas de la DIRESA Lima
-) Al Director de la DISA Lima Sur, por la coordinación y el apoyo brindado para la validación del material que se usó en el recojo de información.

TABLA DE CONTENIDO

SIGLAS Y ACRÓNIMOS	VII
RESUMEN EJECUTIVO.....	VIII
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN ...	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	12
1.2.1. Conveniencia	12
1.2.2 Relevancia Social.....	14
1.2.3. Implicancias prácticas	15
1.2.4. Valor teórico.....	17
1.2.5. Utilidad metodológica	17
1.3. OBJETIVOS	17
1.3.1 Objetivo General.....	17
1.3.2. Objetivos Específicos	18
CAPÍTULO II. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	20
2.1. FORMA DE INVESTIGACIÓN	20
2.2 HIPOTESIS, VARIABLES E INDICADORES	20
2.3. FUENTES DE INFORMACION:.....	22
2.3.1. Servicio Rural Urbano y Marginal de Salud –SERUMS	22
2.3.2. Establecimientos de Salud de la DIRESA Lima.....	23
2.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA EL RECOJO DE INFORMACIÓN	24
.....	24
2.4.1. Validación de Instrumentos	24
2.4.2. Instrumentos aplicados	24
2.5. PREGUNTAS ADICIONALES	26
2.6. UNIVERSO/MUESTRA.....	26
2.6.1 Selección de la muestra de profesionales SERUMS	26
2.7. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	30
2.7.1. Instrumentos	30
2.7.2. Preguntas adicionales	31
2.8. SISTEMA DE INFORMACIÓN.....	32
2.9. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.	32
2.10. ANÁLISIS	33
2.11. RETROALIMENTACIÓN	33
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO.....	34
3.1. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	34
3.2. ENFOQUE DE GESTIÓN POR COMPETENCIAS	36
3.3. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN	37
FAMILIA Y COMUNIDAD.....	37
3.4. ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD.....	38
3.5. LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD	39
3.6. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.....	40
CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MAIS-BFC A	43
LOS SERUMISTAS DE LA DIRESA LIMA	43
4.1. ÁREA DEL ESTUDIO.....	43
4.2. PERFIL DE LOS SERUMISTAS.....	46
4.3. RESULTADOS	48
4.3.1. Instrumento Estándar de Competencias.....	48

4.3.2. Instrumento de conocimientos.....	62
4.3.3 Descripción de los establecimientos de salud.	67
4.4 ANÁLISIS	75
4.4.1. Objetivo específico 1	75
4.4.2. Objetivo Específico 2.....	81
4.4.3. Objetivo específico 3	88
4.4.4. Objetivo específico 4	92
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	107
5.1. GENERALES.....	107
5.2. FACTORES DEL CONTEXTO SOCIAL QUE CONTRIBUYEN NEGATIVAMENTE AL LOGRO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD	109
5.2.1. Contexto social desfavorable	109
5.2.2. Seguridad de las serumistas	110
5.3. FACTORES RELACIONADOS QUE AFECTAN EL CONJUNTO DE PROCESOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	110
5.3.1. Escasa utilización de los Establecimientos de Salud y limitada presencia de habitantes en las comunidades.....	110
5.3.2 Infraestructura y equipamiento	111
5.3.3. Uso de las ambulancias	111
5.3.4. Funcionamiento de las intervenciones Programáticas ligadas a las Estrategias Sanitarias Nacionales (Ex - Programas Verticales):.....	112
5.4 FACTORES RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON LA LABOR DEL SERUMISTA.....	112
5.4.1. Discontinuidad de la labor del Serumista.....	112
5.4.2. Se carece de un sistema de gestión del MAIS BFC en los niveles intermedios del sistema de salud	113
5.4.3. Desarrollo de capacidades del personal serumista	114
CAPÍTULO VI. SUGERENCIAS Y PROPUESTAS	115
BIBLIOGRAFÍA	121
ANEXOS.....	127
ANEXO 1: RELACIÓN DE PROFESIONALES SERUMS DIRESA LIMA. 2014-II	128
ANEXO 2: CRONOGRAMA DE VISITA A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	132
ANEXO 3. INSTRUMENTO DE ESTÁNDAR DE COMPETENCIA CARGO / PUESTO DE TRABAJO:.....	133
ANEXO 4. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN.....	138
ANEXO 5. GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	145
ANEXO 6: EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS	150

LISTA DE TABLAS

Tabla 2.1 Número de Instrumentos aplicados.....	25
Tabla 2.2. Número de Establecimientos de Salud y Número de serumistas por Red de Salud.....	27
Tabla 2.3. Serumistas entrevistados por EESS y por Red de Salud.....	29

v

Tabla 4.4. Número de Serumistas por sexo.....	47
Tabla 4.5. Lista de serumistas por Universidad	48
Tabla 4.6. Serumistas por tipo de profesión que fueron Jefes de Establecimientos de Salud.....	49
Tabla 4.7. Producto 1. Directorio de actores sociales del sector asignado	50
Tabla 4.8 . Producto 2. Lista de agentes comunitarios del sector asignado.....	52
Tabla 4.9. Producto 3. Mapa o croquis del sector asignado.....	54
Tabla 4.10. Producto 4. Fichas Familiares de las familias a su cargo.....	55
Tabla 4.11. Producto 5. Acta de conformación de Sistema de Vigilancia Comunitaria del Sector asignado	56
Tabla 4.12. Producto 6. Plan Comunal del Sector asignado.	57
Tabla 4.13. Producto 7. Plan y Actividades de Capacitación a ACS del sector asignado.....	58
Tabla 4.14. Producto 8. Plan de Atención Integral (PAIFAM) de las familias a su cargo.....	60
Tabla 4.15. Producto 9. Informe anual del Centro de Vigilancia Comunal.....	61
Tabla 4.16. Cumplimiento Total de los Productos.....	61
Tabla 4.17 Número de Establecimientos de Salud por niveles	62
Tabla 4.18. Características de los establecimientos de salud.....	69
Tabla 4.19. Porcentaje desnutridos crónicos por Establecimiento de Salud.....	72
Tabla 4.20. Porcentaje de Desnutrición por provincias	73
Tabla 4.21. Número de Establecimientos de Salud con Desnutrición Crónica	73
Tabla 4.22. Serumistas por Nivel de Establecimientos de Salud.....	89

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACS	Agente comunitario de salud
APS	Atención Primaria de Salud
AUS	Aseguramiento Universal de Salud
DG GDRH	Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos
DISA	Dirección de Salud
DIRESA	Dirección regional de salud
DM II	Diabetes mellitus tipo II
DNC	Desnutrición crónica
EBS-FC	Equipo básico de salud familiar y comunitaria
EDA	Enfermedad diarreica aguda
EESS	Establecimientos de salud
ENT	Enfermedades no transmisibles
ESSALUD	Seguro social del Perú
HTA	Hipertensión arterial
IAFAS	Institución administradora de fondos de aseguramiento en salud
IRA	Infección respiratoria aguda
MAIS	Modelo de atención integral de salud
MAIS BFC	Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad
MINSA	Ministerio de salud
OPS	Organización Panamericana de la salud
OMS	Organización Mundial de la salud
PAIFAM	Plan de atención integral de las familias
PS	Puesto de salud
RRHH	Recursos Humanos
RHUS	Recursos humanos en salud
SERUMS	Servicio rural urbano marginal de salud
SIS	Seguro integral de salud

RESUMEN EJECUTIVO

La Atención Primaria de Salud (APS), estrategia que tiene un gran impacto sobre los principales problemas de salud que afectan a la mayor parte de la población, prioriza las acciones preventivo promocionales y se centra en los servicios de salud del primer nivel de atención. Para el éxito en su implementación, es fundamental la disponibilidad de Recursos Humanos, en número apropiado, adecuadamente capacitados y formados en este enfoque durante el pre grado y fortalecidos en su práctica en los establecimientos de salud (EESS).

El Ministerio de Salud desde el 2011, para poner en práctica la APS, promueve la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, Basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC), a través del equipo básico de salud, del cual son parte los serumistas.

La presente tesis tiene como objetivo, identificar las competencias y las brechas relacionadas con la implementación del MAIS-BFC de los serumistas de la Región de Salud Lima en el periodo 2014 – 2015 y proponer acciones para mejorar sus competencias laborales, en el marco de la APS. Se desarrolló, en base a una investigación de carácter exploratorio, teniendo como marco de referencia la metodología la “Guía Técnica para la identificación de competencias y diseño de estándares e instrumentos de evaluación de competencias específicas con el enfoque funcional”, aprobado por la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud (DG GDRH).

Se aplicaron instrumentos para evaluar las competencias y los conocimientos de los treinta y seis serumistas del periodo 2014 – 2015; un instrumento de observación para los treinta EESS, de seis Redes de Salud, de la Región Lima (Cañete-Yauyos, Huaura-Oyón, Huarochirí, Chilca-Mala, Canta, Huaral-Chancay), donde laboraba el personal entrevistado.

De las nueve competencias analizadas en el marco del MAIS-BFC, ningún serumista cumplió con el conjunto de las competencias, que califican un estatus óptimo de funcionamiento del Modelo. En el área de conocimientos, se encuentra un alto nivel de conocimientos teóricos, sin embargo existe un mayor número de respuestas incorrectas al analizar el nivel de aplicación de la información que refleja una disociación entre el conocimiento teórico y la aplicación práctica.

Los EESS visitados, cuentan con buena infraestructura, con poca utilización de ella y escasa valoración por los habitantes locales; sin embargo carecen de sistemas de comunicación y transporte, así como desencuentros culturales entre el personal de salud y los usuarios. Se identificaron grandes debilidades en la gestión de Redes y microredes para dar soporte al funcionamiento adecuado y sostenible del MAIS-BFC.

Los serumistas también han referido que no se han cumplido sus expectativas relacionadas a la implementación del MAIS-BFC. Se evidencian brechas de capacitación, tanto en la formación del pre grado, como en el SERUMS, lo cual se agrava por la inexistencia de un sistema de gestión que permita dar soporte a la implementación del MAIS-BFC. Por otro lado, mencionaron que existe un contexto social desfavorable, asociado a la violencia que afecta a las cuencas de la Región Lima, que genera una gran inseguridad durante la labor del serumista.

En este sentido, se proponen recomendaciones sobre la calidad, pertinencia y continuidad de la capacitación de los serumistas; el fortalecimiento de la relación entre el Ministerio de Salud y las escuelas formadoras de RRHH en salud, para adecuarla a las necesidades de implementación del Modelo; el establecimiento de medidas para dar seguridad al serumista; la priorización de la adscripción de RRHH a fin de mantener un equipo multidisciplinario encargado de la implementación del Modelo; fortalecimiento del trabajo en red de los EESS.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud, responsabilidad de los gobiernos, es una condición fundamental para lograr la paz, la seguridad y el desarrollo de los pueblos; para lo cual es necesario la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas (OMS 2010: 3).

La Atención Primaria de Salud (APS) tiene como objetivo principal mantener a las personas sanas mediante la prevención y el tratamiento de las enfermedades, manejo y cuidados coordinados para las enfermedades crónicas a fin de prevenir el deterioro de la persona (OMS 1978: 1). Pero como han habido dificultades para su implementación, en el 2007, surge la APS renovada que considera los nuevos desafíos epidemiológicos que deben ser asumidos para abordar los determinantes sociales de la salud y así poder cumplir con los compromisos internacionales asumidos por los países (OPS 2009: 31-33).

En muchos países, la APS es la puerta de entrada al sistema de salud donde la mayoría de las necesidades de salud deberían ser solucionadas y tratadas; siendo necesario para esto, además de la infraestructura y el equipamiento necesario, un número suficiente de recurso humano con las competencias adquiridas durante su preparación profesional (MINSA 2006: 25). Por eso es importante el trabajo coordinado entre la Autoridad Sanitaria Nacional, las entidades formadoras, las entidades prestadoras de servicios y las asociaciones gremiales, a fin de poder definir los perfiles profesionales de pre y posgrado con relación a las necesidades de los sistemas de salud.

Existe una asociación que a menor disponibilidad de recurso humano en salud (RHUS) se evidencia un mal estado de la salud de la población. En

el país, las regiones con menos RHUS son Loreto, Piura, San Martín y Cajamarca (MINSA 2013: 22).

En las últimas dos décadas el país ha desarrollado un proceso de reforma del sistema de salud orientado hacia el aseguramiento universal. En ese marco, en el 2003 el Ministerio de Salud empezó a implementar el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), siendo uno de los cambios importantes la incorporación de formas de atención extramural con Equipos Básicos de salud y modalidades de oferta móvil para poblaciones dispersas, la definición y aprobación de normas técnicas para la atención por etapa de vida, además de la conformación de redes y microredes de provisión de servicios de salud por el Ministerio de Salud (ISAGS 2014: 10).

En el año 2011, se evalúa el MAIS y para fortalecerlo, se propone un nuevo modelo denominado Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC) cuya implementación debe contar con un Equipo Básico de Salud “con formación en salud familiar y comunitaria para mejorar la comprensión de las distintas dimensiones en que ocurre la vida de la población a cargo y una mejor utilización de los recursos existentes a nivel familiar comunitario y social” (MINSA 2011: 2).

Generalmente, en el primer nivel de atención los profesionales que realizan el SERUMS integran este equipo básico y muchas veces son los responsables de la implementación de la APS sin contar con las competencias para ello, dando lugar a que se pierdan oportunidades de realizar trabajo preventivo-promocional con la comunidad.

En este contexto, el Ministerio de Salud viene enfrentando nuevos retos y desafíos sanitarios y necesita contar con recursos humanos con mejores capacidades y competencias, para lo cual debe desarrollar actividades y programas que permitan evaluar el desempeño y certificar competencias

a los profesionales de la salud que les permita alinear sus capacidades a los objetivos y metas establecidas en las políticas de salud del país.

De esa manera, se hace necesaria la evaluación de las competencias en los sermistas que conforman el RHUS; competencias que van desde calidad y seguridad de la atención, pero que en este caso serán las competencias relacionadas a la Atención Integral a la Familia y la Comunidad, de acuerdo a normativa vigente.

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

1.2.1. Conveniencia

La APS como herramienta para reducir las inequidades de salud debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud, con mucho énfasis en la prevención y promoción; garantizando el primer contacto del usuario con el sistema, priorizando el desarrollo de acciones dirigidas a las familias y comunidades como base de la planificación y la acción.

La Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH) en cumplimiento de sus funciones viene impulsando la Gestión de Recursos Humanos por competencias, como una herramienta estratégica para mejorar el desempeño de los recursos humanos en salud. Para ello se prioriza el personal que labora en el primer nivel de atención, fortaleciendo la Gestión de Recursos Humanos en Salud para optimizar los procesos de reclutamiento, selección, capacitación y evaluación del desempeño (MINSA, 2012). Ello implica, conciliar las necesidades y demandas de la población, del personal de salud y los requerimientos de los servicios de salud.

Para esto, el profesional de salud, debiera recibir una formación acorde y que responda a las necesidades y demandas sanitarias del país. La

primera confrontación entre el perfil profesional con el que se formó y la realidad de laborar en los servicios de salud, se evidencia en el momento que realizan el SERUMS. Este servicio prestado en zonas rurales y de pobreza a cargo de los nuevos profesionales no es obligatorio pero “es un requisito indispensable para ocupar cargos en entidades públicas, ingresar a los programas de segunda especialización profesional y recibir del Estado becas u otra ayuda equivalente para estudios o perfeccionamiento” (Congreso de la República 1981: 1) por lo que tiene una alta demanda de parte de los graduados.

La sede central del Ministerio de Salud determina cada año, según la disponibilidad presupuestal, el número de vacantes para SERUMS¹ en todo el país. Actualmente existe una “expansión importante de los recursos humanos en el MINSA y ESSALUD y su redistribución hacia las zonas más pobres a través del SERUMS renovado”² (Arroyo 2011: 9) llegando de esa manera a más EESS especialmente en el interior del país, con su capacidad resolutive incrementada y con una cobertura mayor hacia las poblaciones usualmente excluidas.

Es en este sentido que el MINSA a través de la DGG DRH ha venido evaluando las diferentes competencias del recurso humano, siendo la presente tesis la primera evaluación que se realiza considerando la

¹ El Servicio Rural Urbano Marginal de Salud fue creado en 1981 por la ley 23330, con el fin de asignar a zonas rurales y de pobreza a nuevos profesionales graduados en “ciencias de la salud”. Los nuevos profesionales seleccionados son contratados por un año, y deben ser asignados a zonas no servidas adecuadamente.

² El 1º cambio en el SERUMS ha sido la modificación del mecanismo de asignación de las plazas para serumistas, que antes eran por sorteo y ahora son por méritos conforme a una prueba. El 2º ha sido el establecimiento de bonificaciones para los postulantes que opten por zonas alejadas, bono de 10 puntos que eleva su puntaje en orden de mérito para el residentado médico. El 3º ha sido la utilización rigurosa del mapa de pobreza de FONCODES para la ubicación de los distritos prioritarios, en extrema pobreza” ARROYO, J., J. Hartz, M. Lau. Recursos Humanos en Salud de Perú: Segundo Informe al País. Nuevos Elementos para la Toma de Decisiones y Políticas Públicas Marzo 2011

atención integral a la familia y la comunidad de acuerdo a normativa vigente, a los profesionales serumistas del grupo 2014-II.³

1.2.2 Relevancia Social

Los hallazgos de este estudio serán de gran beneficio para la población, porque el recurso humano es el que decide sobre la cantidad de servicios que serán consumidos y cuál es el impacto que tendrá dicho servicio sobre la condición de salud de las personas. En ese sentido, es necesario identificar las brechas existentes con relación a las competencias necesarias para la implementación del MAIS-BFC y por ende de la APS.

Existen estudios internacionales que muestran evidencia considerable sobre los beneficios de la APS, ya que los países que tienen su sistema de salud orientado hacia la APS, generalmente presentan resultados en salud más equitativos, mayor eficiencia en los servicios prestados por los EESS, menor tiempo de espera para la atención, menor gasto de atención, mayor ahorro del gasto en salud, mayor cobertura de atención a la población más necesitada y mayor satisfacción de parte de esta población usuaria del servicio (OPS/OMS 2007: 15).

Además también otro beneficio importante de la APS, es que se disminuye el gasto de bolsillo y muchos costos indirectos por parte de los usuarios relacionados a la atención en salud que se brinda a la población, tratando de esta manera de reducir la barrera económica para el acceso universal a la atención en salud (OPS/OMS 2007: 16).

Por ejemplo, con relación a las Enfermedades No Transmisibles (ENT) como diabetes y enfermedades cardiovasculares, la APS contribuye a la

³ Los serumistas del grupo 2014-II, son los que iniciaron el SERUMS en octubre del 2014 y finalizaron en octubre de 2015

prevención y al control de éstas mediante la prevención primaria de los factores de riesgo, centrándose en el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, o en el control y el seguimiento adecuado de ellas (Macinko 2011: 8); evitando más de seis millones de hospitalizaciones anuales en América Latina y El Caribe que representan el 16% del total de hospitalizaciones en la Región (Rubistein 2015).

También la evidencia ha mostrado, cuán importante es el efecto de la familia en la situación de salud de sus miembros y los beneficios que tiene el abordaje de los problemas de salud con enfoque familiar, especialmente en personas con patologías crónicas, siendo este enfoque uno de los más relevantes del MAIS-BFC.

Las hospitalizaciones evitables han sido ampliamente estudiadas como una medida sensible de la implementación de la APS, es decir de la calidad de diagnóstico y tratamiento en la atención primaria (Rosano 2012: 356-360; Rubistein 2014: 69-81). Los análisis de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios pueden servir como una herramienta de evaluación para medir la efectividad de las intervenciones que se desarrollan en la APS. Diversos estudios demuestran bajos índices de hospitalizaciones por condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios en áreas con gran acceso a APS (Rosano 2012: 356-360).

1.2.3. Implicancias prácticas

La capacidad de respuesta de los servicios de salud frente a los problemas sanitarios, depende de muchos factores, entre ellos y uno de los más importantes es el desempeño del recurso humano, sobre todo en el primer nivel de atención, ya que muchas veces es la primera puerta de entrada al sistema de salud. Siendo importante, que el personal de salud reciba capacitación integral desde el punto de vista técnico y humano;

tener un entorno de trabajo favorable y ser beneficiario de una buena política de incentivos.

Por eso, es importante contar con la información sobre la situación de la oferta del recurso humano y de la demanda que tienen los servicios a fin de realizar una planificación más ajustada a la realidad teniendo en consideración estas dos condiciones (GRADE 2006: 23).

Por otro lado, para el año 2012, el Estado es el que provee principalmente los servicios de salud para la población. Datos recientes muestran que el 61,9% de la población tiene algún tipo de seguro. El 31 % de la población está asegurada al SIS, mientras que el 24% a ESSALUD (INEI, 2012).

Los Lineamientos de política sectorial para la década 2002-2012 declararon que, en relación a los RHUS, el MINSA se orientaría al “crecimiento planificado de la formación de personal de salud” y a “la priorización de la formación de médicos generales integrales con capacidad para desenvolverse con eficiencia en cualquier lugar del país y principalmente en los primeros niveles de atención” (MINSa 2002: 37). De igual manera, los Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud aprobados en diciembre del 2005 identifican a la formación y capacitación como un problema relacionado a las competencias de los Recursos Humanos (MINSa 2005: 33-41).

Es en ese sentido, que es muy necesario e importante que los profesionales de salud tengan una muy buena formación orientada hacia la APS a fin de que puedan resolver en forma oportuna y efectiva los retos en salud en la población (Nebot 2009: 176-83).

1.2.4. Valor teórico

Mediante este estudio, se identificarán cuáles son las competencias que no están desarrolladas en los profesionales de salud con relación a la APS, particularmente en el eje Atención Integral basada en la Familia y Comunidad que es el área relacionada a prevención de enfermedades y a promoción de la salud; además de identificar las competencias que se vienen desarrollando y que no resultan ser efectivas.

Además, también se evaluarán los conocimientos con relación al MAIS-BFC en todos los serumistas participantes.

1.2.5. Utilidad metodológica

La metodología utilizada nos permitirá identificar la brecha de competencias con relación a la implementación del MAIS-BFC que presentan los profesionales del primer nivel de atención del MINSA que están realizando el SERUMS y que servirá como insumo para plantear recomendaciones que ayuden al cierre de las determinadas brechas.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Evaluar las competencias e identificar las brechas relacionadas con la atención integral basada en la familia y comunidad y proponer la mejora de sus competencias laborales, en el marco de la Atención Primaria de Salud de los profesionales serumistas que integran el equipo de atención básica en los establecimientos del primer nivel de atención de las Dirección Regional de Salud Lima (DIRESA Lima) en el 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos

Objetivo específico 1

Evaluar las competencias relacionadas con la Atención Integral a la Familia y la Comunidad de acuerdo a la Normativa Vigente en el marco de la Atención Primaria de Salud de los médicos, enfermeras y obstetras serumistas que integran el equipo básico de atención de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, de la DIRESA Lima.

Objetivo Específico 2

Identificar las brechas de capacitación entre las competencias requeridas y las que poseen en la actualidad los médicos, enfermeras y obstetras serumistas integrantes del equipo básico de atención de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, relacionadas con la atención integral a la familia y la comunidad de acuerdo a la normativa vigente en el marco de la Atención Primaria de Salud en la DIRESA Lima.

Objetivo específico 3

Obtener una descripción del perfil de los médicos, enfermeras y obstetras serumistas integrantes del equipo básico de atención de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de las DIRESA Lima.

Objetivo específico 4

Analizar la aplicabilidad del “Modelo de Atención Integral de salud Basado en Familia y Comunidad”⁴ en el SERUMS.

Objetivo específico 5

Realizar propuestas de mejoramiento de competencias laborales y cierre de brechas encontradas, en el marco de la Atención Primaria de Salud.



⁴Documento aprobado por RM 464-2011/MINSA del 14 de junio de 2011

CAPÍTULO II. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño planteado para esta investigación es observacional de tipo descriptivo, con recojo de datos en forma prospectiva a partir de encuestas estructuradas.

2.1. FORMA DE INVESTIGACIÓN

La investigación es un diagnóstico exploratorio. Se ha usado la metodología descrita en la “Guía Técnica para la Identificación de Competencias y Diseño de Estándares e Instrumentos de Evaluación de Competencias Específicas con el Enfoque Funcional”⁵.

2.2 HIPOTESIS, VARIABLES E INDICADORES

2.2.1. Hipótesis de la investigación:

Las hipótesis básicas de la investigación son:

-) Los recursos humanos recién egresados de las universidades, tienen la formación en el pregrado enfocada en la comunidad, con contenidos de salud pública, salud familiar y comunitaria, así como competencias en atención primaria de salud y gestión con enfoque social?

-) La capacitación de los recursos humanos, es compatible con las necesidades de atender la salud integral de la población, especialmente la de mayores niveles de vulnerabilidad?

⁵Aprobada por RM N° 251-2014 MINSA. Lima 29 de marzo de 2014

2.2.2 Variable Dependiente

) Competencia en Atención Primaria en salud (APS)

Incluye datos, conceptos, conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores relacionadas a la prevención y promoción en salud en el contexto de la APS.

) Resultados de criterios de competencia

Son nueve productos identificados en la evaluación de las competencias:

Producto 1: El directorio de actores sociales del sector asignado

Producto 2: Lista de Agentes Comunitarios de Salud del Sector asignado

Producto 3: Mapa o croquis del Sector asignado

Producto 4: Fichas Familiares de las familias a su cargo.

Producto 5: Acta de conformación de Sistema de Vigilancia Comunitaria del Sector asignado

Producto 6: Plan Comunal del Sector asignado

Producto 7: Plan y Actividades de Capacitación a ACS del sector asignado

Producto 8: Plan de Atención Integral (PAIFAM) de las familias a su cargo

Producto 9: Informe anual del Centro de Vigilancia Comunal.

2.2.3 Variable Independiente

) Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS) que se inició en el mes de octubre de 2014 hasta octubre de 2015 (2014-II)

2.2.4 Variable Interviniente

-) Universidad Estatal/Privada formadora de los serumistas entrevistados
-) Profesión: se consideró a los profesionales médicos, enfermeros y obstetras
-) Sexo: varón, mujer

2.3. FUENTES DE INFORMACION:

2.3.1. Servicio Rural Urbano y Marginal de Salud –SERUMS

-) Ley del Servicio Rural Urbano y Marginal de Salud. Ley N° 23330 del 02 de diciembre de 1981.
-) Decreto Supremo N° 005-97-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 23330, Ley del Servicio Rural Urbano y Marginal de Salud del 20 de junio de 1997
-) Decreto Supremo N° 007-2008-SA que aprueba modificaciones del Reglamento de la Ley N° 23330 de Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud del 11 de marzo de 2008.
-) Resolución Ministerial N° 710-2012 / MINSA del 28 de agosto de 2012
-) Documento Técnico: “Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad” aprobado por Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA del 14 de junio de 2011
-) Ministerio de Salud. Documento Técnico: Plan de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011 – 2021. R.M. N° 278-2011/MINSA. 2011. Perú.

-) Ministerio de Salud. Documento Técnico: Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada. R.M. N° 520-2010/MINSA. 2010. Perú
-) Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. R.M. N° 696-2006/MINSA. 2006. Perú
-) Director de SERUMS, encargados de SERUMS a nivel de Redes, Microredes

2.3.2. Establecimientos de Salud de la DIRESA Lima

Fuentes de información:

-) Profesionales que realizan el SERUMS: médico, enfermera y obstetra.
-) Otros profesionales que trabajan en el Establecimiento de Salud: profesional de salud no serumista, técnico de enfermería

2.3.3 Profesionales del SERUMS de la DIRESA Lima

Fuentes de información:

-) Serumistas enfermera, médico, obstetra que integran el equipo básico de atención de los treinta EESS del primer nivel de atención de la DIRESA Lima.

2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA EL RECOJO DE INFORMACIÓN

Para este estudio se utilizaron dos cuestionarios, uno de ellos es el “Instrumento de Estándar de Competencia”⁶ (Anexo 3), el cuestionario de Evaluación de Conocimiento⁷ (Anexo 4), diseñados en relación al marco teórico y metodológico existente, el cual ha permitido contar con información en relación a los conocimientos y producto (verificación de documentación) de cada uno de los participantes evaluados, identificando la brecha entre la competencia actual y la competencia requerida para el buen desempeño laboral.

Una guía de observación del EESS visitado (MINSA, SERUMS) (Anexo 5). Todos los datos de los instrumento de recolección de la información han sido ingresados dentro de un sistema electrónico de gestión en formato electrónico.

2.4.1. Validación de Instrumentos

La validación de los instrumentos se realizó previa a la aplicación de los mismos; se hizo la coordinación con el Director de la DISA Lima Sur para validar los mencionados instrumentos con profesionales serumistas de esa DISA. Luego de esta validación se ajustaron los instrumentos.

2.4.2. Instrumentos aplicados

Los instrumentos considerados para este estudio han sido aplicados durante las visitas según el diseño planteado (Imagen 2.1, Imagen 2.2, Imagen 2.3, Imagen 2.4). Se aplicaron treinta y seis “Instrumento Estándar

⁶ Elaborado por la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH). 2013

⁷ Cuestionario Ad-hoc preparado

de Competencia”, treinta y seis Cuestionarios de Evaluación de Conocimiento y sólo treinta Guías de observación del EESS visitado, ya que han habido EESS que tenían más de un serumista. (Tabla 2.1)

Tabla 2.1 Número de Instrumentos aplicados

	Instrumento Estándar de Competencia	Cuestionarios de Evaluación de Conocimiento	Guías de observación del EESS visitado
N° aplicado	36	36	30

Fuente: Elaboración de los autores

Aplicación de Instrumentos en los EESS



Imagen 2.1



Imagen 2.2



Imagen 2.3



Imagen 2.4

2.5. PREGUNTAS ADICIONALES

Además se vio que era necesario recoger información de opinión de cada uno de los serumistas que enriqueciera el análisis y que además proporcionara la visión de ellos mismos respecto al MAIS-BFC.

Se realizaron 3 preguntas:

- a) ¿Podría explicar si el MAIS-BFC ha cumplido todas sus expectativas?
- b) ¿Cuál o cuáles cree Ud. que puedan ser las mayores dificultades para la consolidación del MAIS-BFC en su establecimiento?
- c) ¿Qué sugerencias desde su experiencia podría agregar al estudio sobre la implementación del MAIS-BFC?

2.6. UNIVERSO/MUESTRA

El universo de esta investigación está compuesta por cuarenta y cuatro profesionales (treinta enfermeras, tres médicos, once obstetras)⁸ que están realizando el SERUMS en los Establecimientos de Salud (EESS) del primer nivel de atención de la DIRESA Lima, que iniciaron sus actividades en octubre 2014 y culminaron en octubre 2015 (2014-II) (Anexo 1). Pero sólo se tomó una muestra de treinta y seis serumistas de los EESS con mayor accesibilidad que corresponderían a cinco médicos⁹, veinte enfermeras y once obstetras a quienes se les aplicó los instrumentos elaborados para este estudio.

2.6.1 Selección de la muestra de profesionales SERUMS

Se solicitó a la dirección del SERUMS, la lista de los participantes del SERUMS 2014-II de la DIRESA Lima. Esta lista comprendía treinta enfermeros, tres médicos y once obstetras. Se hizo una primera

⁸ Relación enviada por la Dirección de SERUMS

⁹ La diferencia de dos médicos con relación a la lista enviada por la Dirección de SERUMS, se debe a que un médico fue ubicado en un ES durante las visitas; el otro médico estaba realizando el SERUMS modalidad equivalente.

selección de EESS para ser visitados por cada Red. Fueron considerados todos los EESS que tenían profesional médico serumista; luego se seleccionaron los EESS considerando el criterio de accesibilidad y el número de serumistas por EESS.

En total fueron seleccionados para ser entrevistados diecinueve enfermeras, tres médicos y diez obstetras; luego se agregaron los SERUMS bajo la modalidad de Equivalente: una enfermera, una obstetra y un médico. Además un médico del SERUMS remunerado ha sido ubicada en uno de los EESS, que no estaba en la lista entregada por la oficina de SERUMS. En total se seleccionaron treinta EESS que comprendían en total treinta y seis serumistas (veinte enfermeras, cinco médicos, once obstetras).

Desde la Pontificia Universidad Católica de Lima se hicieron las cartas solicitando permiso a los respectivos Directores de las Redes de Salud de la DIRESA Lima, para poder visitar a los profesionales SERUMS en sus propios EESS y aplicarles los instrumentos. Estas Redes fueron las siguientes: Servicios Básicos de salud Cañete-Yauyos, Red de Salud Huaura-Oyón, Red de Salud Huarochirí, Red de Salud Chilca-Mala, Red de salud Canta y Red de Salud Huaral-Chancay (Tabla 2.2), procediendo luego a las coordinaciones telefónicas y sólo en una de ellas, la Red de Salud Huaura-Oyón la coordinación fue mediante una reunión presencial con el director de la Red y su equipo de gestión.

Tabla 2.2. Número de Establecimientos de Salud y Número de serumistas por Red de Salud

N°	Red	N° EESS	N° SERUMS
1	Cañete-Yauyos	8	8
2	Huaura-Oyón	11	13
3	Huarochirí	2	3
4	Chilca-Mala	1	1
5	Canta	1	2
6	Huaral-Chancay	7	9
Total		30	36

Fuente: Dirección SERUMS. 04 mayo 2015

Posteriormente se hicieron los respectivos contactos telefónicos con los responsables de SERUMS de cada una de las Redes de Salud, para así poder comunicarnos con los jefes de los EESS y luego con los mismos serumistas. Una de las grandes dificultades encontradas es que el acceso por teléfono con los EESS es sumamente complicado, pues algunos no tienen teléfono, o no hay servicio telefónico por esa área geográfica, teniendo muchas veces que ubicar al serumista a través de su teléfono personal. Otra de las situaciones complejas que se coordinó, fue el día de visita, pues los serumistas cumplen sus 150 horas y luego toman días libres en el mes respectivo.

Dado el difícil acceso a la mayoría de los EESS (Imagen 2.5, Imagen 2.6, Imagen 2.7, Imagen 2.8) se tuvo que realizar una coordinación muy detallada de los días de visita, para así poder aprovechar al máximo los viajes y no estar regresando varias veces por un mismo profesional.



Imagen 2.5. Camino al PS Hongos, Yauyos



Imagen 2.6. Camino a Muzga, (Huaura-Oyón)



Imagen 2.7



Imagen 2.8

(Camino a PS Sunicancha-Huaro chirí)

En cuanto a la ubicación de los EESS se han visitado siete distritos (Canta, Cañete, Huaura, Huarochirí, Yauyos, Huaral y Oyón) que comprenden seis Redes de Salud de la Región Lima (Tabla 2.3). Se han considerado los más accesibles para la visita; seis de los Puestos de Salud están ubicados en una hondonada. Estos establecimientos pertenecen a los distritos de Oyón (PS Tinta, PS Paccho), Huaura (PS Ayaranga, PS Naván, PS Muzga) y Canta (PS Lachaqui). Dieciséis de los treinta EESS son categoría I-1, doce son I-2 y dos, categoría I-3.

Tabla 2.3. Serumistas entrevistados por EESS y por Red de Salud.

Red de Salud	EESS	Serumistas
Cañete-Yauyos	Centro de Salud Imperial	Enfermera
	Centro de Salud San Vicente de Cañete	Enfermera
	Puesto de Salud Cerro Alegre	Obstetra
	Puesto de Salud Santa María	Médico
	Puesto de Salud Zúñiga	Médico
	Puesto de Salud Hongos	Enfermera
	Puesto de Salud Tomas	Enfermera
	Puesto de Salud Miraflores	Enfermera
Huaura-Oyón	Puesto de Salud Naván	Obstetra
	Puesto de Salud Ayaranga	Obstetra
	Puesto de Salud Parquín	Enfermera
	Puesto de salud Paccho	Enfermera
	Puesto de salud Tinta	Obstetra
	Puesto de Salud Jucul	Enfermera
	Puesto de Salud Muzga	Enfermera
	Puesto de Salud Mallay	Enfermera
	Puesto de Salud Santa Cruz	Médico
		Obstetra
	Puesto de Salud Acotama	Enfermera
	Puesto de Salud Huanangui	Enfermera
Enfermera		
Obstetra		
Huarochirí	Puesto de Salud Sunicancha	Obstetra
	Puesto de Salud San Andrés de Tupicocha	Médico
Enfermera		
Chilca-Mala	Puesto de Salud 15 de Enero	Obstetra
Canta	Puesto de salud Lachaqui	Médico
		Obstetra
Huaral-Chancay	Puesto de Salud Carac	Enfermera
		Obstetra
	Puesto de salud Baños	Obstetra
	Puesto de Salud Cuyo	Enfermera
	Puesto de salud Ihuari	Obstetra
	Puesto de salud Ñaupay	Enfermera
	Puesto de salud Huachinga	Enfermera
	Puesto de Salud Sumbilca	Enfermera

Fuente: Dirección SERUMS. 04 mayo 2015

El recojo de datos se realizó durante el mes de setiembre del año 2015 (Anexo 2), antes de que los serumistas finalicen su año de actividades. Para la aplicación de los instrumentos se realizaron las visitas de acuerdo a las siguientes rutas:

1. Lima-Canta- PS. Lachaqui
2. Lima- Cañete- PS Miraflores- PS Tomas- PS Hongos- PS Zúñiga
3. Lima- Cocachacra- PS San Andrés de Tupicocha- PS Sunicancha
4. Lima- PS Ayaranga- PS Paccho- PS Naván- PS Parquín
5. Lima- PS Jucul- PS Tinta- PS Mallay- PS Muzga
6. Lima -Cañete- PS Cerro Alegre- CS San Vicente de Cañete- CS Imperial
7. Lima- Cañete- PS Santa María
8. Lima- Chilca- PS 15 de Enero
9. Lima-Huaura- PS Huanangui- PS Acotama- PS Santa Cruz
10. Lima-Huaral- PS Cuyo- PS Baños- PS Carac- PS Ihuari- PS Ñaupay- PS Huachinga- PS Sumbilca

2.7. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

2.7.1. Instrumentos

Se ha procedido a coleccionar los datos en forma manual en el instrumento impreso, teniendo en cuenta que esté completo al momento de entregar los datos coleccionados, es decir que se encuentren todos los siguientes datos:

-) Identificación del instrumento
-) Fecha de recolección del dato
-) Si todas las preguntas, tenían una respuesta

Después de la verificación de la integridad, precisión, y consistencia, los datos se digitaron dentro de las 24 horas de recolección, siguiendo los siguientes pasos:

-) Se ingresó al sistema usando el código personal y contraseña.
-) Se ingresaron los datos demográficos y de identificación del participante.
-) Se ingresaron los datos consignados en cada instrumento en papel y se digitaron en los formularios electrónicos.
-) Se guardaron los datos y se recibió la confirmación que toda la información estaba completa.

2.7.2. Preguntas adicionales

Las preguntas fueron realizadas a cada uno de los seruministas y se solicitó permiso para ser grabadas (Imagen 2.9, Imagen 2.10). Estas preguntas y respuestas fueron transcritas en Microsoft Word para luego ser parte del análisis.

Realización de entrevistas en los EESS



Imagen 2.9



Imagen 2.10

2.8. SISTEMA DE INFORMACIÓN

En este estudio se ha tenido el soporte de un sistema de captura de datos en línea, que ha permitido ingresar los instrumentos de una manera sencilla y reduciendo el error de digitar erróneamente. Este software electrónico tiene controles para asegurar la calidad de los datos y niveles de redundancia en caso de problemas para volver a grabar los datos hasta donde ocurrió el problema. Mientras los datos estaban siendo digitados en la base de datos, se conducían las verificaciones iterativas. Los datos que estuvieron fuera de rango o incorrectos fueron detectados en tiempo real con solicitudes automáticas de corrección.

Finalmente, todos los datos han sido exportados por medio de scripts que han corrido bajo el paquete estadístico comercial SPSS versión 19.0. Estos datos han sido revisados contra el documento fuente, si en el primer 10% de revisión se hubiera encontrado un error mayor al 0,5% de esta muestra, se tenía que haber incluido otro 10%, así iterativamente hasta que no existan errores.

2.9. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Toda la información ha sido capturado en un sistema de información que ha almacenado los datos dentro de bases de datos transaccionales, estas bases han sido administradas por gestores de base de datos como Microsoft SQL, para ser exportada posterior y directamente en archivos de SPSS (*.sav). En el proceso de extracción se ha incluido en forma completa cada variable y sus valores de etiqueta, todos los análisis descritos a continuación han sido realizados por scripts para asegurar su calidad y rapidez en el procesamiento.

2.10. ANÁLISIS

Se describieron las características demográficas de los serumistas. Se han calculado frecuencias relativas para cada variable categórica y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables continuas.

Además se ha emitido el juicio de cumplimiento de la competencia. Se ha definido que “Cumple” cuando ha logrado aprobar los dos instrumentos de evaluación, es decir, cuando ha respondido correctamente al 100% del cuestionario de 20 preguntas y cuando ha cumplido el 100% de todos los reactivos de la lista de cotejo de producto. “No cumple” en el caso que no ha aprobado uno o más de los instrumentos de evaluación y entonces ha sido denominado “en proceso de adquirir competencia”.

Se han realizado análisis estadísticos bivariados entre variable dependiente y las independientes con cálculo del grado de asociación (t student o ANOVA) con intervalos de confianza al 95%. Todos los factores con un valor de p menor a 0,1 han sido incluidos en un análisis multivariado de regresión logística lineal para controlar los sesgos (variables de confusión) con sus intervalos de confianza del 95%.

2.11. RETROALIMENTACIÓN

Se le mencionó al profesional serumista participante el resultado de los instrumentos aplicados durante la entrevista realizada, revisando y analizando las respuestas que no fueron correctas.

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

3.1. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Atención Primaria de Salud (APS) es un elemento importante de un sistema de salud efectivo, “con un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario y de principios para la organización de los servicios de salud, así como criterios para abordar las necesidades de salud prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud” (Chan 2008).

En la declaración de Alma Ata¹⁰ se definió la APS como la “Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un coste aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo” (OPS 1978)

Se reconoce que con la implementación de la APS, adaptada a los diferentes contextos sociales y políticos tanto nacionales como locales se puede afrontar con facilidad los determinantes de la salud y las inequidades en salud.

En el 2007, la OPS publicó la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, que aborda los principales desafíos para su desarrollo y considera que la inversión en recursos humanos es un área esencial que requiere atención (OPS/OMS, 2007), ya que el recurso humano es uno de los factores críticos del sistema de salud en el país; y que “de sus adecuadas competencias, motivación, distribución,

¹⁰ Conferencia Internacional sobre APS de Alma -Ata realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta. La conferencia fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF, y patrocinado por la entonces URSS. Su lema fue «Salud para todos en el año 2000»

producción, productividad y calidad expresadas en un desempeño óptimo en el tiempo y lugar correctos dependerá que los servicios de salud puedan ser eficientes y eficaces en la satisfacción de la demanda en condiciones de accesibilidad, calidad técnica y humana”. (GRADE 2006: 13-14)

Es en este sentido, que en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, se considera que los gobiernos deben enfrentar, en colaboración con otros socios, cinco desafíos críticos relacionados con la gestión y desarrollo de los trabajadores de salud, siendo uno de ellos: “Acercar a las instituciones de formación y las de servicios de salud para una planificación conjunta de necesidades y perfiles de los profesionales del futuro” (OMS, 2007)

También, en el Objetivo Tres de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” que tiene cuatro medios de ejecución, uno de ellos está relacionado al “aumento de financiamiento para la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal de salud” (OMS/OPS 2015: xi); a fin de dar solución a los problemas de los RRHH relacionados con su disponibilidad, competencia, capacitación y productividad en el primer nivel de atención, sobre todo en las zonas rurales e insuficientemente atendidas.

Dentro de las competencias esenciales que debe tener el recurso humano para la APS está la comunicación, porque a través de ella va a poder identificar las necesidades de las personas, la familia y la comunidad y posteriormente lograr que las personas participen activamente tomando decisiones respecto a su salud (Nebot 2009: 176-83).

En este contexto, para el fortalecimiento del primer nivel de atención es de vital importancia que los programas de capacitación dirigido al recurso humano incorporen dentro de su plan, conocimientos teóricos y prácticos con base científica con componente humano y con herramientas que apoyen a la solución de problemas y a la toma de decisiones (Nebot 2009: 176-83).

Además, se ha demostrado que tener un sistema de APS continua y accesible, es decir que la continuidad de la atención definida, así como el tener una relación más larga y continua con un establecimiento de salud que brinda atención primaria es un factor importante para disminuir hospitalizaciones evitables (Van Loenen 2014: 502-516).

En el Perú, se han diseñado políticas y programas, para desarrollar y fortalecer la Atención Primaria de Salud y sus principios rectores, sin embargo este proceso ha sido parcial, discontinuo y con pobres resultados. Aun desde la prioridad política, financiera y desde la demanda de la población, se privilegia la atención a la enfermedad, centrada en los hospitales y con limitadas acciones preventivo promocionales. La implementación del MAIS BFC, es uno de los retos y esfuerzo más importante para revertir esta situación.

3.2. ENFOQUE DE GESTIÓN POR COMPETENCIAS

Las competencias son el conjunto de comportamientos observables que determinan un desempeño superior en un puesto concreto y en una organización concreta. Las competencias “son características permanentes, conocimientos, actitudes y habilidades, que la persona demuestra cuando realiza con éxito una actividad, sea laboral o de otra índole” (Nebot 2009: 177).

Estas competencias sirven por un lado, para definir los perfiles de los puestos laborales y por otro, para evaluar a los ocupantes de los mismos en dichas competencias. Así, los perfiles del puesto se identifican a través del análisis y la descripción del puesto y los perfiles de las personas que ocupan dichos puestos se valoran a través de la selección de personal, en la evaluación del desempeño y en la evaluación del potencial (Salaverria 2014).

En la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en octubre del año 2007, “se considera la elaboración de planes nacionales de acción de recursos humanos para la salud, con metas y objetivos específicos, un conjunto apropiado de indicadores y un sistema de seguimiento, con la finalidad principal de fortalecer las capacidades integradas de atención primaria de salud y de salud pública, así como de garantizar el acceso a poblaciones y comunidades subatendidas” (OPS/OMS, 2007).

En el país, se han tenido avances pero aún limitados respecto a estos planes nacionales para el desarrollo de la APS. En el caso de los servicios públicos, el Enfoque de Gestión por Competencias, tiene ciertas limitaciones el proceso también es lento, sobre todo en puestos laborales que pertenecen a EESS del primer nivel de atención, ubicados en zonas rurales o con difícil accesibilidad. Esto es explicable debido a la debilidad en la capacidad de gestión de los niveles directivos, y a la limitada expectativa que tienen los profesionales de la salud para acceder a estos puestos laborales.

3.3. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD

La implementación del MAIS BFC (MINSa 2011), es complementario al fortalecimiento del Aseguramiento Universal de Salud, como garantía del financiamiento público de las acciones incluidas en él; requiere el

desarrollo de Redes Integradas de Salud, que permita complementar la oferta de servicios de salud posibilitando el acceso a diversos niveles de complejidad en la atención de salud en un mismo ámbito territorial. Este Modelo busca promover el desarrollo de los recursos humanos en salud, para garantizar su disponibilidad y competencia en su labor.

Un elemento central en la implementación de este Modelo, es la promoción de acciones intersectoriales, para actuar sobre las determinantes sociales que influyen sobre la salud de las personas y de las comunidades. Así mismos, e necesario fortalecer el rol rector de la autoridad sanitaria, con el propósito de modular y liderar, la oferta de salud, la acción intersectorial, así como promover la participación comunitaria.

La promoción de la corresponsabilidad en el abordaje de los problemas de salud, implica el fortalecimiento de acciones de educación para la salud y participación comunitaria, condición consustancial para lograr resultados en el abordaje de los principales problemas de salud individual y colectiva, así como para alcanzar su sostenibilidad.

3.4. ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

El Aseguramiento Universal en Salud (MINSA 2011: 19) es una de las medidas más importantes en el proceso de Reforma del Estado, cuyo propósito es garantizar el acceso a la salud de la población en condición de pobreza y pobreza extrema, a través del financiamiento de un conjunto de prestaciones incluidas en un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que incluyen acciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación dirigidas a las personas.

No obstante el incremento en el número de personas aseguradas por el Seguro Integral de Salud (SIS), que alcanzaría a 17,000,000 de personas para el año 2016, se constata debilidades en el financiamiento de las prestaciones, debido a la limitada disponibilidad de recursos, a pesar del sostenido incremento del presupuesto desde su creación.

Otra debilidad que afecta el proceso de implementación del MAIS BFC, es el hecho de que el SIS, financia actividades de salud preventiva, recuperativas y de rehabilitación, relacionadas con las personas individuales, no incluyéndose acciones que responden a la problemática de salud colectiva. Esto no permite garantizar buena parte de las acciones objetivo del MAIS BFC.

Este sesgo, se ha visto fortalecido, con la puesta en práctica de una serie de estímulos financieros dirigidos al personal de salud que realiza actividades intramurales en los establecimientos de salud, con énfasis en la atención de las enfermedades demandadas por la población.

3.5. LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

La descentralización en salud (MINSa 2011), forma parte de una de las medidas más importantes en el proceso de Reforma del Estado y en particular de la Reforma de la Salud. Su propósito central es acercar la toma de decisiones, de la autoridad sanitaria acorde a las necesidades de la población, particularmente los que habitan en áreas con menor presencia del Estado.

La Ley de Descentralización en salud, otorga responsabilidades a cada nivel de Gobierno: el nivel nacional, regional y local. Al nivel nacional se le otorga un rol normativo, regulador y financiador. En el caso del nivel regional, se le otorga un rol implementador y de supervisión y al nivel

local, un rol de promoción de las acciones intersectoriales y promoción de la participación social.

En la actualidad el Ministerio de Salud, en el nivel nacional y en las Regiones cuenta con 7.447 establecimientos públicos de salud¹¹, de los que 97,9%, corresponde a establecimientos primarios de salud, particularmente puestos y centros de salud. Es en este tipo de establecimientos, ubicados en distritos y comunidades, en donde se dan las mejores condiciones para poner en práctica el MAIS-BFC.

3.6. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención, en donde se implementa de manera prioritaria el MAIS BFC, requieren gestionar procesos de planeamiento, ejecución, monitoreo y supervisión, de actividades de recuperación de la salud, prevención y promoción, no sólo a nivel individual, sino colectivo, en particular a nivel de las familias y comunidad local.

El grado de severidad y magnitud de los problemas de salud en este nivel, generalmente son de baja complejidad. En el caso de no poder ser solucionados aquí, deben ser referidos a servicios de mayor complejidad, proceso en el que las Redes de Salud juegan un importante rol. Esta complementariedad entre diversos niveles de prestación de servicios de salud, debe ser gestionada en el ámbito territorial.

Los objetivos a alcanzar el MAIS BFC, van más allá de la gestión tradicional, tanto a nivel de la macro gerencia, que en este caso

¹¹ De acuerdo al Registro Nacional de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo. RENAES: 25 de abril de 2011

corresponde al nivel central del MINSA; a nivel intermedio, que corresponde a las DIRESA, Redes y Microredes de Salud; así como a nivel micro o local, lo que corresponde a la actuación de los establecimientos de salud, incluyendo el accionar del profesional serumista.

El éxito en la implementación del MAIS-BFC, implica una verdadera transformación de la salud pública, no sólo por los resultados directos sobre la salud de las personas, sino por la forma de lograrlo, pues implica un proceso complejo de acción participativa, intersectorial y de construcción de ciudadanía y corresponsabilidad en el desarrollo de la salud.

La complejidad en el proceso de implementación del MAIS-BFC, es un campo fértil para el desarrollo de los postulados incluidos en la Gerencia Social, pues tiene como motivación el logro de objetivos sociales, así como la administración eficiente de los recursos locales (Kliksberg 1999: 163-169).

Otro aspecto fundamental, es el trabajo en equipo, en este caso a nivel de los establecimientos y redes de salud. Lo complejo de las actividades incluidas en la implementación del MAIS BFC, implica el compartir una visión colectiva y un compromiso individual en la puesta en práctica de la misión institucional. Estos valores, deben de ser compartidos con la ciudadanía, en la medida que se busca generar corresponsabilidad en el logro de una buena salud individual y colectiva.

En resumen, existen elementos comunes en los contenidos que implica la implementación del MAIS-BFC y los postulados que incluye la Gerencia Social, entre los que se encuentran: la prioridad en el desarrollo de las capacidades de los recursos humanos como condición fundamental en el éxito en la implementación del modelo, la gestión territorial e intersectorial

para abordar las determinantes sociales que influyen sobre la salud del individuo y la comunidad, así como la búsqueda activa de la participación de la comunidad, con el propósito de generar ciudadanía en salud y sostenibilidad en los logros a alcanzar (INDES 2006: 6; Ministerio de la Protección Social 2008).



CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MAIS-BFC A LOS SERUMISTAS DE LA DIRESA LIMA

4.1. ÁREA DEL ESTUDIO

Para este estudio se han visitado los EESS de 7 distritos de la provincia de Lima (Canta, Cañete, Huaura, Huarochirí, Yauyos, Huaral y Oyón), considerando los más asequibles para la visita, pertenecientes a las Redes de Salud: Cañete-Yauyos, Huaura-Oyón, Huarochirí, Chilca-Mala, Canta y Huaral –Chancay de la Dirección Regional de Salud Lima.

“Su ámbito geográfico se encuentra ubicado entre los 10°16'18" y 13°19'16" de Latitud Sur y 75°30'18" y 77°53'02" de Longitud Oeste del Meridiano de Greenwich. Tiene una extensión territorial de 32 293,12 Km² que representa el 2,5% del territorio nacional. Presenta dos regiones naturales: la costa que ocupa el 32,6% y la sierra que ocupa el 67,4% del territorio asignado” (DIRESA Lima 2011). Limita por el norte con el departamento de Ancash; con Huánuco, Pasco y Junín por el este; con Ica y Huancavelica por el sur y con Lima (ciudad capital), con la Provincia Constitucional del Callao por el oeste (DIRESA Lima 2011).

Está conformada por 09 provincias (Cajatambo, Cañete, Canta, Huaura, Huarochirí, Yauyos, Huaral, Barranca y Oyón) y 128 distritos del departamento de Lima, no incluye Lima Metropolitana, estando en la ciudad de Huacho su sede administrativa. Tiene zonas de costa y sierra que da lugar a una gran variedad climatológica, geográfica, epidemiológica y cultural. Pero desde el punto de vista sanitario, presenta siete Redes de Salud, conformadas por micro redes de salud. (DIRESA Lima 2011). (Gráfico 4.1)

Gráfico 4.1. División Política de la Jurisdicción de la DIRESA Lima, Según Provincias - Lima 2011



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA LIMA – 2011

Desde el punto de vista geográfico presenta zonas con diferentes altitudes; va desde la Costa o Chala (0 a 500 msnm) hasta la Janca o Cordillera (sobre los 4,800 msnm), pasando por las regiones Yunga (500 a 2,300 msnm) y Quechua (2,300 a 3,500 msnm) que son la mayoría (DIRESA Lima 2011). (imagen 4.11, Imagen 4.12, Imagen 4.13, Imagen 4.14)



Imagen 4.11. Canta, Lima



Imagen 4.12. Canta, Lima



Imagen 4.13. Cañete



Imagen 4.14. Malla (Huaura-Oyón)

Esta Dirección Regional de Salud, tiene también dentro de su geografía el cerro de Pasamayo que llega hasta cerca los 1000 msnm y muy cerca del centro de la capital (Lima) existen por un lado playas alrededor de 100 km, y por otro lado valles serranos (DIRESA Lima 2011). (Imagen 4.15, Imagen 4.16, Imagen 4.17)



Imagen 4.15. Lachaqui-Canta



Imagen 4.16. Huancaya-Yauyos



Imagen 4.17. Yauyos, Lima

En el año 2011, la DIRESA Lima presentó 732,238 habitantes en los centros poblados urbanos de las provincias de la costa que correspondía el 81% de la población total; mientras que la población de los centros poblados de la sierra especialmente rurales fue de 171,760 habitantes que viene a ser el 19% de la población censada (DIRESA Lima 2011).

4.2. PERFIL DE LOS SERUMISTAS

De los treinta y seis serumistas entrevistados, veinte son enfermeras (todas mujeres); de los once obstetras (un varón y diez mujeres); de los cinco médicos (tres varones y dos mujeres). Sólo en el caso de los médicos, encontramos una mayor proporción de profesionales del sexo

masculino. En el caso de obstetras y enfermeras predomina el sexo femenino. (Tabla 4.4)

Tabla. 4.4. Número de Serumistas por sexo

Sexo	Enfermeras	Médico	Obstetras	Total
Mujer	20	2	10	32
Hombre	0	3	1	4
Total	20	5	11	36

Fuente: Instrumento aplicado en setiembre de 2015

De las veinte enfermeras, cinco proceden de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, tres de la Universidad San Juan Bautista, tres de la Universidad José Faustino Sánchez Carrión, dos de la Universidad Norbert Wiener y una enfermera por cada una de las siguientes Universidades: Alas Peruanas, Peruana Los Andes, Ricardo Palma-Escuela Tezza, San Martín de Porres, Nacional del Callao, Nacional Mayor de San Marcos, Peruana Unión.

Los médicos entrevistados, dos provienen de universidades de Cuba; uno de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; uno de la Universidad San Martín de Porres y uno de la Universidad San Juan Bautista.

De los once obstetras, cinco proceden de la Universidad Alas Peruanas, dos de la Universidad San Martín de Porres, dos de la Universidad Privada Sergio Bernales, uno de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y uno de la Universidad Norbert Wiener. (Tabla 4.5)

Tabla 4.5. Lista de serumistas por Universidad

N°	Universidad	Tipo de universidad	Profesión			Total
			Enfermera	Médico	Obstetra	
1	Alas Peruanas	Privada	1	0	5	6
2	Escuela latinoamericana de Medicina. La Habana.Cuba	Pública	0	1	0	1
3	Inca Garcilaso de la Vega	Privada	5	0	0	5
4	Instituto Superior de Ciencias Medicas de La Habana	Pública	0	1	0	1
5	Norbert Wiener	Privada	2	0	1	3
6	Peruana Los Andes	Privada	1	0	0	1
7	Ricardo Palma - Escuela Tezza	Privada	1	0	0	1
8	San Juan Bautista	Privada	3	1	0	4
9	San Martín de Porres	Privada	1	1	2	4
10	Universidad Cayetano Heredia	Privada	0	1	0	1
11	Universidad José Faustino Sánchez Carrión	Pública	3	0	0	3
12	Universidad Nacional del Callao	Pública	1	0	0	1
13	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Pública	1	0	1	2
14	Universidad Peruana Unión	Privada	1	0	0	1
15	Universidad Privada Sergio Bernal	Privada	0	0	2	2
Total			20	5	11	36

Fuente: Guía de Observación del Establecimiento de Salud. 2015

4.3. RESULTADOS

Los resultados encontrados se muestran por cada instrumento aplicado.

4.3.1. Instrumento Estándar de Competencias

Fue aplicado a los treinta y seis serumistas: veinte enfermeras, cinco médicos, once obstetras. De acuerdo a los productos evaluados, tenemos los siguientes resultados:

4.3.1.1 Serumistas que asumieron el cargo de jefes de EESS.

De los treinta y seis serumistas encuestados, doce de ellos han realizado las funciones de Jefe de Establecimiento de Salud. (Gráfico 4.2)



Fuente: Instrumento de competencia aplicado en setiembre 2015

Seis enfermeras, cuatro médicos y dos obstetras han ejercido la jefatura en los EESS. (Tabla 4.6)

Tabla 4.6. Serumistas por tipo de profesión que fueron Jefes de Establecimientos de Salud

	Enfermera	Médico	Obstetra	Total
Jefatura	6	4	2	12
No jefatura	14	1	9	23
Total	20	5	11	36

Fuente: Instrumento de competencia aplicado en setiembre 2015

4.3.1.2. Producto 1. Directorio de actores sociales del sector asignado

Se trata de identificar a los diversos actores, entendiéndose como instituciones u organizaciones, públicas, privadas o comunitarias, que pueden tener un rol relevante en la salud local. El criterio además de considerar el listado de los actores, establece que debe estar identificado el personal de salud a cargo de cada sector en que se divide el ámbito

asignado al EESS y ambos subproductos deben estar refrendados en un documento el que debe consignar la firma del jefe del establecimiento de salud.

Con relación al cumplimiento del producto 1, sólo cuatro de los treinta y seis serumistas cumplieron este producto. De las veinte enfermeras, tres cumplieron el producto. De los cinco obstetras uno cumplió y de los cinco médicos ninguno cumplió. (Tabla 4.7)

Tabla 4.7. Producto 1. Directorio de actores sociales del sector asignado

Evidencia	Enfermera	Médico	Obstetra	Total
Consigna datos actualizados de los actores sociales de su(s) sector(es) asignado(s).	7	0	4	11
Tiene el nombre del personal a cargo del Sector	9	0	3	12
Tiene la firma y sello del jefe del establecimiento.	4	0	2	6
Cumple el Reactivo	3	0	1	4

Fuente: Instrumento de competencias aplicado para este estudio. Setiembre 2015

En general el escaso cumplimiento de este indicadores es una expresión del limitado conocimiento e involucramiento del serumista con las redes sociales e instituciones del ámbito donde desarrolla su trabajo. Acorde a la profesión, las enfermeras son las que cumplen mejor con la competencia.

4.3.1.3.Producto 2. Lista de agentes comunitarios del sector asignado

Este producto releva la importancia de que la implementación del modelo cuente con el apoyo de personas de la comunidad, que oficien como agentes comunales de salud, los que además de representar a la comunidad, contribuyen a canalizar las demandas en salud de la comunidad y la oferta de servicios del ES a las familias de un ámbito

territorial específico. El producto además de considerar el listado de agentes comunitarios de salud, establece que debe estar identificado el personal de salud a cargo de los promotores del sector asignado y ambos subproductos deben estar refrendado en un documento el que debe consignar la firma del jefe del establecimiento de salud.

Para la lista de agentes comunitarios de salud (ACS) sólo cuatro de las veinte enfermeras y tres de los once obstetras y ninguno de los cinco médicos cumplen este producto. Una importante proporción de los serumistas, cumplieron algunos subproductos: dieciséis tienen el nombre, la edad y dirección de los ACS de su sector, diecisiete tienen el nombre del personal a cargo y nueve tienen la firma y el sello del jefe del establecimiento (Tabla 4.8). Por otro lado, en algunos EESS los ACS están en contacto con otro profesional de salud como la Asistente Social, que algunas veces forma parte activa del equipo básico de salud. También se da el caso en que no existe un ACS, pues debido a la necesidad de ingresos económicos las personas priorizan su trabajo en la chacra.



DIRECTORIO DE AUTORIDADES DE COMUNIDAD CAMPESINA DE HUACHINGA	
CARGO	NOMBRES
PRESIDENTE	César Flores Sánchez
VICE PRESIDENTE	Bernardo Rodríguez
SECRETARIO	César Chuqui Alar
TESORERO	Elmer Rojas Carrasco
VOCAL	Andrés Jorge Rojas
TENIENTE	
GOBERNADOR	Pedro Marcos Rojas

Imagen 4.18 Directorio autoridades



Listado de Promotores de Salud de la Comunidad Campesina de Huachinga				
Nombre	Edad	Dirección	Sexo	Ocupación
...
...
...

Imagen 4.19 Lista de Promotores

Puesto de Salud Huachinga (Red Huaral-Chancay)

Tabla 4.8 . Producto 2. Lista de agentes comunitarios del sector asignado

Evidencia	Enfermera	Médico	Obstetra	Total
Contiene nombre, edad y dirección de los Actores Comunitarios de Salud (ACS) de su sector	9	1	6	16
Tiene el nombre del personal a cargo del Sector	8	3	6	17
Tiene la firma y sello del jefe del establecimiento.	5	1	3	9
Cumple el Reactivo	4	0	3	7

Fuente: Instrumento de competencias aplicado para este estudio. Setiembre 2015

El limitado cumplimiento de la competencia, como en el caso anterior, es expresión del limitado involucramiento del serumista con su entorno comunitario, así como el deterioro en los procesos de participación comunitaria, a través del promotor de salud. Diversas investigaciones, constatan la reducción del voluntariado en salud, frente a la necesidad de solventar las necesidades familiares de parte de los miembros de la comunidad. Como en el caso anterior, el médico es el profesional que menos cumple con este producto.

4.3.1.4 Producto 3. Mapa o croquis del sector asignado.

Este producto establece la necesidad de contar con una identificación espacial, a través de un mapa, que identifican las viviendas, instituciones, espacios comunitarios, así como otros recursos existentes en la comunidad, con la finalidad de facilitar la planificación e implementación del trabajo de salud integral. El producto incluye la identificación de personal o familias con diversos riesgos, así como riesgos ambientales. El mapa debe contar con las leyendas que identifiquen las condiciones antes mencionadas.



Imagen 4.20 PS. Huachinga



Imagen 4.21 PS. San Andrés de Tupicocha

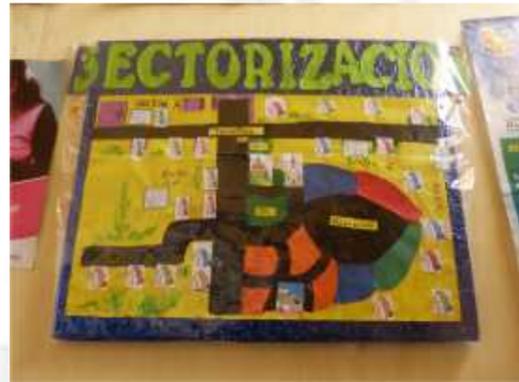


Imagen 4.22 PS Cuyo



Imagen 4.23 PS Jucul

De los treinta y seis serumistas visitados, ninguno cumple todas la evidencias de este producto. Pero tres enfermeras de veinte encuestadas y cinco de once obstetras refieren que tienen las familias clasificadas según riesgo. Tres enfermeras y dos obstetras señalan a los actores sociales. Con respecto a los grupos de riesgo, sólo un obstetra lo señala. Respecto a la leyenda pertinente que debe tener el mapa o croquis una enfermera, un médico y cinco obstetras refieren que sí. (Imagen 4.20, Imagen 4.21, Imagen 4.22, Imagen 4.23) (Tabla 4.9)

Tabla 4.9. Producto 3. Mapa o croquis del sector asignado

Evidencia	Enfermera	Médico	Obstetra	Total
Familias están clasificadas por su riesgo	3	0	5	8
Se señalan a los actores sociales.	3	0	2	5
Se señalan a los grupos de riesgo.	0	0	1	1
Contiene las leyendas pertinentes.	1	1	5	7
Cumple el Reactivo	0	0	0	0

Fuente: Instrumento de competencias aplicado para este estudio. Setiembre 2015

A través de la evaluación de esta competencia, pudimos constatar que, en la mayoría de los casos, no sólo se carecía de un mapa o croquis de las viviendas del sector asignado, sino que no existían antecedentes de que esto se hubiera hecho previamente.

4.3.1.5. Producto 4. Fichas Familiares de las familias a su cargo.

Este producto considera que las familias de un determinado sector del territorio asignado al ES, debe contar con fichas actualizadas sobre diversos aspectos que tienen que ver con la salud de sus integrantes, incluyendo características de la vivienda, datos socioeconómicos, condiciones de riesgo de salud de sus integrantes.

En total, doce de los treinta y seis serumistas cumplen este producto, ocho enfermeras, cuatro obstetras y ningún médico. En cuanto a los subproductos, trece registran los datos del domicilio, trece registran los datos de familia y sus miembros, doce identifican riesgos de acuerdo a etapa de vida y como familia, y doce registran datos socioeconómicos de la vivienda y entorno. (Tabla 4.10)

Tabla 4.10. Producto 4. Fichas Familiares de las familias a su cargo

Evidencia	Enfermera	Médico	Obstetra	Total
Registra los datos del domicilio.	9	0	4	13
Registra los datos de la familia y sus miembros.	9	0	4	13
Identifica riesgos de acuerdo a etapa de vida y como familia.	8	0	4	12
Registra datos socioeconómicos de la vivienda y el entorno.	8	0	4	12
Cumple el Reactivo	8	0	4	12

Fuente: Instrumento de competencias aplicado para este estudio. Setiembre 2015

Desde nuestro punto de vista, este es el aspecto más significativo del proceso de diagnóstico de la situación de salud de la comunidad y de las familias, asignadas bajo responsabilidad del profesional de la salud. A partir de él, se permite elaborar los planes de intervención a las familias y dentro de ellas a sus miembros, con el propósito de promover prácticas, de carácter preventivas y recuperativas, así como modificar hábitos y comportamientos saludables. Como puede consignarse en los resultados sólo la tercera parte de los profesionales cumplen con este importante producto, destacándose que ninguno de los médicos tampoco lo logra.

4.3.1.6. Producto 5. Acta de conformación de Sistema de Vigilancia Comunitaria del Sector asignado.

Este producto considera contar con instrumentos que permitan identificar con cierta facilidad el estado de salud y las condiciones de riesgo de los individuos y familias, esto incluye la activa participación de la comunidad y las familias en la identificación de su situación y riesgos de salud y de los agentes comunitarios de salud.

Este producto sólo lo cumple uno de los once obstetras, aunque hay algunos de los subproductos que son realizadas por las enfermeras; cuatro de ellas considera a los ACS como parte de los delegados de

salud y dos registran la participación de los actores comunitarios y del gobierno local. (Tabla 4.11)

Tabla 4.11. Producto 5. Acta de conformación de Sistema de Vigilancia Comunitaria del Sector asignado

Evidencia	Enfermera	Médico	Obstetra	Total
Contiene la sistematización del diagnóstico de todas las fichas familiares correspondientes a las familias del sector asignado	0	0	2	2
Se registra la participación de los actores comunales y del gobierno local.	2	0	2	4
Los ACS forman parte de los delegados de salud.	4	0	1	5
Cumple el Reactivo	0	0	1	1

Fuente: Instrumento de competencias aplicado para este estudio. Setiembre 2015

Esta es una de las competencias con menor nivel de cumplimiento, lo cual es expresión del limitado nivel de diagnóstico de la situación de salud de la comunidad, familias e individuos, así como la escasa participación comunitaria.

4.3.1.7. Producto 6. Plan Comunal del Sector asignado

Este producto incluye el contar con un Plan actualizado de intervención para la atención integral de la comunidad, familias y de los individuos, en materia de prevención y recuperación de la salud, así como las acciones específicas de intervención, incluyendo la identificación del personal de salud responsable

De los treinta y seis serumistas entrevistados, sólo dos enfermeras y dos obstetras cumplen con este producto, ya que es una de las áreas menos trabajadas en el primer nivel; hay poca coordinación con las autoridades gubernamentales y comunales e inclusive con la misma población. A pesar que las enfermeras y los obstetras están más orientados en su formación a actividades extramurales, sin embargo el cumplimiento de la

competencia es muy limitada. Como en los caso anteriores, el nivel de cumplimiento de los médicos es nulo.

Este resultado probablemente responda a la formación recibida durante la formación de pre grado, ya que la primera confrontación percibida entre el perfil profesional con el que se formó y la realidad de laborar en los servicios de salud es en el momento que realizan el SERUMS. En el país se realizó una medición de la incorporación de APS en el plan de estudios de las universidades formadoras de profesionales de la salud, pero sólo hay información de tres Universidades, que fueron las que participaron de esta medición, quedando la información incompleta para poder emitir alguna conclusión al respecto.

Con relación a los subproductos que contiene este reactivo, seis serumistas consideran los dos ejes de intervención: la atención integral a la persona por etapas de vida y a la familia como unidad por ciclo vital y el abordaje de los determinantes sociales; cuatro presentan sus planes comunes con actividades específicas de intervención, los responsables de dichas intervenciones y el plazo de su ejecución. Ninguno de los cinco médicos entrevistados ha cumplido con los subproductos. (Tabla 4.12)

Tabla 4.12. Producto 6. Plan Comunal del Sector asignado.

Evidencia	Enfermera	Médico	Obstetra	Total
Considera dos ejes de intervención: La atención integral a la persona por etapas de vida y a la familia como unidad por ciclo vital familiar, y el abordaje de los determinantes sociales de la salud, en la familia y la comunidad.	3	0	3	6
Contiene acciones específicas de intervención, los responsables de dicha intervención y el plazo de su ejecución.	2	0	2	4
Cumple el Reactivo	2	0	2	4

Fuente: Instrumento de competencias aplicado para este estudio. Setiembre 2015

4.3.1.8. Producto 7. Plan y Actividades de Capacitación a ACS del sector asignado.

Este producto incluye el fortalecimiento de la participación de los Agentes Comunitarios de Salud, como condición para el apropiado funcionamiento del Modelo de Atención Integral; incluye la existencia de un plan de capacitación de los ACS y el contar con evidencias que muestren que el plan se viene desarrollando.

En este producto trece seruministas entrevistados lo cumplen, que corresponde a seis de las veinte enfermeras, dos de los cinco médicos y cinco de los once obstetras. (Imagen 4.24) (Tabla 4.13)

Tabla 4.13. Producto 7. Plan y Actividades de Capacitación a ACS del sector asignado.

Evidencia	Enfermera	Médico	Obstetra	Total
Contiene actividades de capacitación anual programadas.	6	2	6	14
Contiene las actividades desarrolladas de acuerdo a Plan de Capacitación	6	2	5	13
Cumple el Reactivo	6	2	5	13

Fuente: Instrumento de competencias aplicado para este estudio. Setiembre 2015



Imagen 4.24 PS Huanangui

Siendo esta una de las competencias con mayor nivel de cumplimiento, cabe destacar, que los contenidos de capacitación están relacionados con los temas que cada tipo de profesional desarrolla y no necesariamente con la implementación del MAIS – BFC.

4.3.1.9. Producto 8. Plan de Atención Integral (PAIFAM) de las familias a su cargo.

Este producto es el de mayor complejidad y esencia del Modelo de Atención Integral, incluye el diagnóstico de los problemas identificados, las visitas domiciliarias y existe un instrumento de monitoreo que registra los acuerdos tomados y a los responsables de su ejecución.

Sólo cuatro de las veinte enfermeras y dos de los once obstetras cumplen con esta competencia . Pero considerando los subproductos, los médicos cumplen aquellos que están relacionados con su quehacer: Incluye los problemas identificados en el cumplimiento de los paquetes de atención integral por etapa de vida; Contiene los problemas identificados en el fomento de estilos de vida saludables; Contiene los problemas identificados en el desarrollo de pautas de crianza y cultura de paz y buen trato. Las enfermeras y obstetras alcanzan el mayor cumplimiento en el subproducto: Registra las visitas domiciliarias realizadas.(Tabla 4.14)

Tabla 4.14. Producto 8. Plan de Atención Integral (PAIFAM) de las familias a su cargo

Evidencia	Enfermera	Médico	Obstetra	Total
Contiene los problemas identificados en el cumplimiento de los paquetes de atención integral por etapa de vida.	4	2	3	9
Contiene los problemas identificados en el fomento de estilos de vida saludables.	4	2	2	8
Contiene los problemas identificados en el saneamiento básico de la vivienda.	4	1	2	7
Contiene los problemas identificados en el desarrollo de pautas de crianza y cultura de paz y buen trato.	3	2	2	7
Registra las visitas domiciliarias realizadas.	6	1	5	12
Registra los acuerdos y el responsable de su ejecución	5	1	2	8
Cumple el Reactivo	4	0	2	6

Fuente: Instrumento de competencias aplicado para este estudio. Setiembre 2015

4.3.1.10. Producto 9. Informe Anual de Vigilancia Comunal.

Este producto considera la generación de evidencias de Centros de Vigilancia Comunal en el ámbito territorial. Los Centros de Vigilancia, son espacios comunitarios donde se vigila la situación de salud y nutrición de niñas y niños. El producto considera la consignación de registros fotográficos y de resultados del funcionamiento de los centros de Vigilancia Comunitaria.

Este producto fue cumplido sólo por tres de los once obstetras. Ninguno de los cinco médicos, ni ninguna de las veinte enfermeras cumplen con el criterio. Con relación a los subproducto, tres enfermeras y cuatro obstetras consignan registros fotográficos o informes del proceso de intervención conjunta. Con relación a si consigna informe de los resultados logrados, utilizando medios visuales (antes y después), sólo un médico y tres obstetras han cumplido con generar esta evidencia.

Los serumistas visitados y entrevistados tienen poco trabajo comunitario, no realizan muchas coordinaciones extramurales, no tienen contacto con las autoridades gubernamentales ni poblacionales o comunales.

Para que este producto se cumpla, se requiere alcanzar un buen nivel de participación comunitaria y sostenida en tiempo, pues se busca que la comunidad realice un autodiagnóstico de la situación de salud de los grupos más vulnerables de salud y nutricionales. Para ello se requiere un compromiso que incluye el empoderamiento de la comunidad en la solución de los problemas de salud y nutrición que los afecta. Esto es muy improbable que se alcance, en el contexto de los resultados previamente descritos.

Tabla 4.15. Producto 9. Informe anual del Centro de Vigilancia Comunal.

Evidencia	Enfermera	Médico	Obstetra	Total
Consigna informe de los resultados logrados, utilizando medios visuales (antes y después).	0	1	3	4
Cumple el Reactivo	0	0	3	3

Fuente: Instrumento de competencias aplicado para este estudio. Setiembre 2015

Si tomamos en cuenta todos los productos, vemos que ninguno de los treinta y seis serumistas cumple con el conjunto de los productos, condición necesaria para considerar que el Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad se implementa en el ámbito territorial del Establecimiento de Salud. (Tabla 4.16)

Tabla 4.16. Cumplimiento Total de los Productos

	Enfermera		Médico		Obstetra		Total	
	Si (%)	no (%)	SI (%)	no (%)	SI (%)	No (%)	SI (%)	No (%)
Cumple Todos los Reactivos	0	100	0	100	0	100	0	100

Fuente: Instrumento de competencias aplicado para este estudio. Setiembre 2015

4.3.2. Instrumento de conocimientos

Se aplicó a los treinta y seis serumistas: veinte enfermeras, cinco médicos, once obstetras.

4.3.2.1 . Nivel de los establecimientos de salud

Dieciséis de los treinta EESS donde laboraban los serumistas, corresponden al nivel más bajo de complejidad (I-1), doce corresponden al nivel I-2 y sólo dos corresponde al nivel I-3 (Tabla 4.17). Debe considerarse que los EESS de nivel I-1, realizan fundamentalmente actividades preventivo-promocionales y sólo realizan actividad recuperativa en una capa simplificada de enfermedades.

Tabla 4.17 Número de Establecimientos de Salud por niveles

Nivel ES	I-1	I-2	I-3	Total
Número	16	12	2	30

Fuente: Instrumento aplicado para este estudio. Setiembre 2015

4.3.2.2. Modalidad de SERUMS

En el caso de los tres tipos de profesionales, treinta y tres son SERUMS remunerados y sólo tres son de la modalidad de SERUMS equivalente.

4.3.2.3 Respuestas obtenidas del cuestionario de Conocimientos

El cuestionario sobre conocimientos busca explorar si el personal serumista entrevistado ha recibido información sobre el MAIS-BFC y cómo implementar las actividades de este Modelo.

El cuestionario incluye 20 preguntas, algunas de las cuales exploran acerca de conocimientos normativos y en otros casos están relacionadas a contenidos técnicos sobre las principales intervenciones incluidas en la implementación del MAIS-BFC (como es el caso de la atención pre natal, control de anemia, etc.). El nivel de las preguntas no tenían mucha dificultad, con el propósito de explorar los conocimientos básicos.

Casi todas las respuestas han sido correctas en el instrumento de Conocimiento, salvo cinco que tienen respuestas con una relativa alta proporción de incorrección, habiendo una marcada brecha en las competencias desarrolladas con relación al nivel de conocimientos.

Para hacer el análisis de las respuestas, se ha considerado como preguntas con un alto nivel de incorrección aquella en que más del 20% de los serumistas contestaron equivocadamente.

En general la apreciación es que en las preguntas generales o de sentido común hay un alto nivel de acierto. Estas preguntas están referidas a temas de los cuales se puede recibir información, a través de procesos de capacitación diferentes a los que incluye el MAIS-BFC. Los desaciertos ocurren cuando las preguntas son más cerradas, o relacionadas a la aplicación de la normatividad (Ejemplo, frecuencia de visitas domiciliarias), aplicación de criterios de aseguramiento, implementación de la visita familiar debido a que en la práctica esta es casi inexistente. Esto reflejaría el escaso nivel de implementación del MAIS-BFC.

Llama la atención el alto nivel de desconocimiento frente a programas específicos de alta prioridad nacional y local, como los relativos al control de la anemia, que quizás se deba a su reciente implementación.

A continuación se describen las preguntas que tienen un mayor nivel de incorrección:

Pregunta 13: De las visitas de familia que usted ha realizado durante el año, cuántas visitas en promedio han sido necesarias para cumplir los objetivos de las visitas de salud familiar?

El 38,9% de los entrevistados contestaron de manera incorrecta, que sólo se requerían tres o menos vistas domiciliarias para cumplir con las actividades a desarrollar para lograr un apropiado diagnóstico y desarrollar acciones para controlar las situaciones de riesgo de las familias. De acuerdo a la normatividad del MAIS-BFC, por lo menos se requieren cuatro visitas para alcanzar el objetivo.

Pregunta 15: Cuando Ud. realiza la segunda visita familiar qué actividades considera que deben realizarse en esta visita?

El 52,8% de los entrevistados dieron una respuesta incorrecta. De acuerdo a los protocolos de implementación del MAIS-BFC, durante la segunda visita y después de realizado el diagnóstico sobre la situación de salud de los miembros de la familia, debería acordarse con la familia la implementación de un Plan de Atención Integral Familiar, para que después se puedan hacer las intervenciones correspondientes a nivel domiciliario.

La alta proporción de respuestas incorrectas correspondiente a la pregunta número 15, es explicable, por el desconocimiento de los profesionales serumistas, de la obligación de elaborar el PAIFAM, el que se constituye en el instrumento más importante para la implementación del MAIS BFC, ya que introduce el enfoque de atención familiar, preventiva y promocional, mas allá de la atención individual, de carácter recuperativa, que constituye en el paradigma de la forma como hoy se realiza la atención de salud.

Como ha sido referido anteriormente, el conocimiento de los diferentes aspectos claves en la implementación del MAIS BFC, va más allá de tener una información teórica, sino que requiere contar con instrumentos y procesos, que se constituyen en elementos prácticos, que moldean el accionar de los profesionales de salud, especialmente en el caso de los serumistas, quienes tienen una estadía laboral corta en el establecimiento de salud asignado, con una alta rotación.

Pregunta 7: Con relación al MAIS –BFC, marque (V) en el caso de Verdadero o (F) en el caso que el enunciado sea Falso de acuerdo a la experiencia en su establecimiento de salud (Alternativa a. La puerta de entrada es cualquier establecimiento de salud):

El 30,6% de los entrevistados contestaron de manera Incorrecta, pues consideraron que sólo algunos establecimientos de salud, tenían el mandato de permitir el acceso de las familias a las actividades incluidas en el MAIS-BFC. De acuerdo a la normatividad, cualquier establecimiento de salud ofrece la oportunidad de acceder a la atención familiar.

Pregunta 10. Si en el establecimiento de salud donde usted está haciendo el SERUMS, encuentra al hacer la estadística de las atenciones mensuales un porcentaje muy alto (>30%) de niños con desnutrición crónica. Qué medidas tomaría?

El 94,4% de los entrevistados, respondieron incorrectamente que revisarían las fichas familiares para cerciorarse de la condición social. En este caso la respuesta correcta implicaba el realizar acciones, convocando la participación multisectorial, que permita la elaboración de un Plan de Intervención a nivel comunal y en particular en el caso de las familias en condición de riesgo nutricional.

Pregunta 19: Para promover la atención del parto institucional en el caso de gestantes de su ámbito territorial, que acciones realizaría?.

El 86,1% de los entrevistados respondieron de manera incorrecta, que procederían a revisar la condición social de la paciente. Las respuestas correctas, estaban orientadas a realizar acciones prácticas, como, Identificar la distancia al establecimiento de atención y evaluar la pertinencia de asegurar el uso de la “Casa Materna”, en el caso que se cuente con este servicio y elaborar un “Plan de Parto”, para asegurar su atención en condiciones de seguridad para la madre y el recién nacido.

Pregunta 20.: Acciones para reducir la alta prevalencia de Anemia Infantil existente en la comunidad, a través del uso de Multimicronutrientes.

El 86,1% de los entrevistados respondieron de manera incorrecta, que al iniciar la suplementación con micronutrientes a los niños menores de tres años se les debe hacer la prueba de hemoglobina. Llama la atención la alta proporción de respuestas incorrectas, pues el programa de suplementación con micronutrientes para el control de la anemia, es una prioridad a nivel nacional y de acuerdo a la normativa, todo niño independientemente de su nivel de hemoglobina, debe recibir los micronutrientes. No obstante el relativo corto tiempo que viene implementándose este programa, se han desarrollado diversos mecanismos de información y capacitación, para el personal, que atiende en el primer nivel de atención.

Asimismo, el 83,3% de los entrevistados contestó incorrectamente que promovería la distribución de sulfato ferroso en jarabe para todos los niños y niñas. De acuerdo a la normatividades del MINSA, la estrategia principal para reducir la alta prevalencia de anemia que afecta a los niños peruanos, es la fortificación de la comida del niño a través de la suplementación con micronutrientes.

En general, en torno al nivel de calificación de las respuestas al cuestionario, por categoría profesional, llama la atención que no hay significativa diferencia entre el médico y la enfermera, siendo ambos promedios altos, por las razones antes expuestas. En el caso de los obstetras la calificación es ligeramente menor. Tampoco se observa diferencia por universidad de procedencia. (Anexo 6)

4.3.3 Descripción de los establecimientos de salud.

El instrumento de evaluación de los EESS, tiene como propósito evaluar las condiciones del establecimiento de salud, en términos de las facilidades que encuentra el serumista para poder desarrollar su labor. Por otro lado se evalúa la situación de los problemas de salud que más afectan a la población de su jurisdicción, especialmente a los grupos con mayor vulnerabilidad, así como las principales causas de enfermedad y mortalidad que se registran en el ámbito de responsabilidad del establecimiento. Se aplicó a los treinta EESS seleccionados en la muestra.

Las respuestas fueron obtenidas de los serumistas, de otro personal del establecimiento de salud, de la revisión de documentos e informes del EESS, publicaciones y a través de la observación directa.

Con relación a las condiciones del EESS, se evaluaron los medios de comunicación con los que cuenta, disponibilidad de recursos humanos, accesibilidad geográfica y medios de transporte, condición de la infraestructura y servicios básicos. Por otro lado, se indagó por los horarios de atención, la población a ser atendida por los EESS y las causas de enfermedad y muerte más frecuentes.

4.3.3.1 El establecimiento de salud

Como puede observarse en la tabla 4.18 la tercera parte de los EESS no cuenta con teléfono fijo disponible. Ninguno los EESS cuenta con correo electrónico. Doce establecimientos no tienen Radiofonía, condición importante si no se cuenta con otro medio de comunicación.

Una buena proporción de los EESS cuenta con ambulancia. Sin embargo no tienen un control total sobre su uso, pues el combustible para su funcionamiento, depende de asignaciones presupuestales desde el gobierno local, situación que no se cumple frecuentemente. Por esta razón, en varios casos la ambulancia les ha sido retirada. Sólo cinco de los EESS cuenta con moto lineal. Este vehículo es útil solo para realizar vistas o traslado de vacunas, pero es de muy difícil uso por el personal femenino, que es casi la totalidad de serumistas. Sólo dos de los EESS cuentan con una camioneta.

Veintiuno de los EESS están contruidos con material noble y con ambientes amplios y bien distribuidos. Con relación a la disponibilidad de agua, diecinueve de los EESS contaban con agua proveniente de la red pública; cuatro a través de pozos artesanos y siete acceden por otra fuente, lo que incluye cisterna entre otros. Veinticuatro de los EESS cuentan con desagüe que evacúa hacia la red pública; tres sólo cuenta con letrina y el tres no cuenta con una forma de disposición de excretas. Veintiocho de los EESS, cuenta con energía eléctrica y luz proveniente de esta fuente.

Tabla 4.18. Características de los establecimientos de salud

CARACTERISTICA	DISPONIBILIDAD		TOTAL
	Si	No	
Cuenta con teléfono fijo	21	9	30
Cuenta con correo electrónico	0	30	30
Frecuencia de Radiofonía	18	12	30
Ambulancia de disponibilidad inmediata	14	16	30
Cuenta con moto lineal	5	25	30
Cuenta con camioneta	2	28	30
Construcción del EESS con material noble	21	9	30
Acceso para personas con discapacidad	2	28	30
Señalización del EESS	29	1	30
Servicio de agua potable	19	11	30
Desagüe a la red publica	24	6	30
Cuenta con energía eléctrica	28	2	30

Fuente: Instrumento aplicado para este estudio. Setiembre 2015

Como puede colegirse de las respuestas, salvo en algunos EESS, existe una buena infraestructura y servicios básicos de agua y saneamiento, lo que es de mucha importancia para asegurar condiciones de habitabilidad para el personal serumista. Durante las visitas se pudo observar que la mayoría de los serumistas habitan en las instalaciones del establecimiento de salud.

Lo que sí resulta una deficiencia, es la posibilidad de comunicación, que es de vital importancia para profesionales jóvenes, ya que ellos en todos los casos viven solos y tiene amplias redes sociales en los lugares de donde provienen, convirtiéndose un aspecto poco atractivo, para asegurar la permanencia del personal serumista.

4.3.3.2 Datos sobre Morbilidad Infantil

El perfil epidemiológico es similar a otras realidades de características muy parecidas. Aparecen como causa principal las Infecciones

respiratoria Agudas - IRA (86%) y las Enfermedades Diarreicas Agudas - EDA (83%) en los EESS. Sólo el 30% de los establecimientos identifican a la anemia como causa de morbilidad infantil.

4.3.3.3. Datos sobre Mortalidad Infantil

Llama la atención que el 86,7% de los EESS refirieron no registrar muertes infantiles, las que son regularmente 20 veces más frecuentes que las muertes maternas. Solo el 6,6% de los establecimientos refirió una o más muertes infantiles, por causa de la neumonía.

Esto puede ser explicable, por el hecho de que en las comunidades visitadas se observa una limitada presencia de población joven en edad reproductiva. Es decir el número de nacimientos puede ser escaso y con ello el número de niños susceptibles de enfermar y morir es limitado. Otra explicación, es que los caso graves, susceptibles de muerte, son trasladados hacia Hospitales ubicados en ciudades de la Costa, en donde los servicios resultan más atractivos para la atención de este tipo de casos.

4.3.3.4. Datos sobre morbilidad de la población general:

El perfil de morbilidad de la población general es similar al de los niños: el 56% refiere a las IRA como morbilidad que afecta a los adultos y el 33% refiere como causa de morbilidad a las EDA. En tercer lugar aparecen las artritis (33%) y posteriormente las lumbalgias (16%).

4.3.3.5. Datos sobre mortalidad de la población general:

En los EESS visitados no se identifican muertes de personas adultas. Probablemente no se hace uso de los EESS locales cuando hay enfermedades de necesidad mortal o se busca directamente la atención

en Hospitales de mayor complejidad ubicados en ciudades de la Costa. Otra razón de peso puede ser el sub registro de las muertes desde el establecimiento de salud.

4.3.3.6. Datos sobre niveles de desnutrición crónica infantil

Llama la atención la relativa baja prevalencia de Desnutrición crónica infantil reportada. En ocho EESS refirieron que no había casos de desnutrición entre los niños de su jurisdicción. Sólo en cuatro EESS se refirió una prevalencia superior al 50% y en seis EESS se refirió una prevalencia entre el 20% y 50%. Existieron 3 puestos de salud que no mencionaron porcentaje. (Tabla 4.19). Esto puede ser explicable, debido a la mejora en las condiciones de vida que se observan en estas comunidades. Es notorio que la ampliación de mercados en ciudades de la costa, a las que los productores de estas comunidades acceden, ha mejorado la situación de sus habitantes y puede explicar la notoria reducción de la desnutrición crónica, acorde a los indicadores que se registran en el conjunto del país.

Tabla 4.19. Porcentaje desnutridos crónicos por Establecimiento de Salud

N°	Establecimiento de Salud	Porcentaje de Desnutridos crónicos
1	Puesto de Salud Santa Cruz	0%
2	Puesto de Salud de Acotama	20-50%
3	Puesto de Salud Huanangui	20-50%
4	Puesto de Salud Carac	10-20%
5	Puesto de Salud Baños	>50%
6	Puesto de Salud Cuyo	0%
7	Puesto de Salud Ihuarí	10-20%
8	Puesto de Salud Ñaupay	10-20%
9	Puesto de Salud Huachinga	0%
10	Puesto de Salud Paccho	10-20%
11	Puesto de Salud Parquín	20-50%
12	Puesto de Salud Ayaranga	<10%
13	Puesto de Salud Naván	10-20%
14	Puesto de Salud Cerro Alegre	0%
15	Centro de Salud San Vicente	>50%
16	Centro de Salud Imperial	
17	Puesto de Salud Lachaqui	0%
18	Puesto de Salud Tinta	0%
19	Puesto de Salud Jucul	20-50%
20	Puesto de Salud Santa María	0%
21	Puesto de Salud Muzga	<10%
22	Puesto de Salud Mallay	10-20%
23	Puesto Salud 15 de Enero	<10%
24	Puesto de Salud Sunicancha	
25	Puesto de Salud San Andrés de Tupicocha	>50%
26	Puesto de Salud Zúñiga	
27	Puesto de Salud Miraflores	0%
28	Puesto de Salud Sumbilca	>50%
29	Puesto de Salud Tomas	20-50%
30	Puesto de Salud Hongos	20-50%

Fuente: Instrumento aplicado en setiembre de 2015

Al considerar las siete provincias se encuentra que Cañete tiene dos EESS con desnutrición crónica (DNC) entre 10% y 20%; un establecimiento de salud entre 20% y 50%; 2 EESS con >50%. Huaral tiene tres EESS con DNC entre 10% y 20%; un ES entre 20% y 50%; dos EESS con >50%. En Oyón sólo dos de los tres EESS visitados tienen

DNC <10%. En Yauyos dos de los tres EESS tienen >50%. En las otras provincias los EESS no declararon porcentaje de desnutrición. (Tabla 4.20)

Tabla 4.20. Porcentaje de Desnutrición por provincias

Porcentaje	<10%	10% - 20%	20% - 50%	>50%	Total
Desnutrición Crónica					
Cañete		2	1	2	5
Canta*					
Huaura*					
Huachipaico*					
Huarochirí*					
Yauyos*				2	2
Huaral		3	1	2	6
Oyón	3				3
Total	3	5	2	6	16

Fuente: Instrumento aplicado en setiembre de 2015 *Sin datos

Un Establecimiento de Salud en la categoría I-1 presenta DNC > 50% y tres EESS entre 20 y 50%; en la categoría I-2, dos EESS presentan DNC > 50% y tres EESS entre 20% y 50%; en la categoría I-3, de los dos EESS uno de ellos presenta DNC > 50%. (Tabla 4.21)

Tabla 4.21. Número de Establecimientos de Salud con Desnutrición Crónica

Porcentaje	<10%	10% - 20%	20% - 50%	>50%	Total
Desnutrición Crónica					
EESS I-1	2	3	3	1	9
EESS I-2	1	3	3	2	9
EESS I-3	0	0	0	1	1
Total	3	6	6	4	19

Fuente: Instrumento aplicado en setiembre de 2015

4.3.3.7. Datos sobre mortalidad materna

En ningún Establecimiento de Salud se identifican muertes maternas. Esto es explicable debido a la escasa población en edad reproductiva que había

en cada ámbito y a la reducción de la Mortalidad Materna registrada en el país.

4.3.3.8. Horarios de atención en el establecimiento de salud

De los treinta EESS visitados, doce tienen horarios de atención de 12 horas; diez de los EESS visitados tienen horarios de atención de 8 horas. Los ocho EESS restantes, tienen horarios de atención flexibles, incluyendo las 24 horas.

Un severo problema es que los horarios de atención no se adecúan a la dinámica de la población, lo que condiciona un escaso uso de los EESS. Además los que tienen 12 y 8 horas de atención están más relacionadas a disponibilidad de movilidad: automóviles, ómnibus, camioneta rural.

4.3.3.9. Accesibilidad al establecimiento de salud

El 63% de los EESS tienen acceso por automóvil. En la mayoría de los casos diariamente. En el 53,3% de los EESS, se tiene acceso vía ómnibus, aunque su frecuencia tiende a ser esporádica. Pero el 13% de los EESS sólo tienen acceso por esta vía, la cual usualmente es interdiaria. En ningún establecimiento de salud se accede sólo a pie o por acémila.

Es necesario aclarar, que al interior del espacio territorial bajo la responsabilidad o jurisdicción de los EESS, el acceso es esporádico a través de vehículo y en muchos casos debe hacerse el traslado a pie o por acémila, lo que es una limitación para realizar visitas domiciliarias frecuentes.

4.4 ANÁLISIS

La salud es un componente clave para el desarrollo sostenible (OPS/OMS 2015: 73) y es esencial para erradicar la pobreza extrema y promover el incremento del bienestar (Summers 2015: 2112-13). La organización de la atención y del proceso de producir salud es uno de los componentes del MAIS-BFC. La adecuada gestión y el rol del recursos humano, son elementos claves para alcanzar estos logros.

4.4.1. Objetivo específico 1

Evaluar las competencias relacionadas con la Atención Integral a la Familia y la Comunidad de los médicos, enfermeras y obstetras serumistas que integran el equipo básico de atención de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, de la DIRESA Lima, de acuerdo a la Normativa Vigente en el marco de la Atención Primaria de Salud.

El de Competencia describe el desempeño del Médico cirujano, Enfermero (a), Obstetra y Técnico (a) en enfermería, que realiza la atención integral a la familia y la comunidad; es un instrumento que tiene nueve Productos de evaluación y cada uno de ellos tiene subproductos que deberían ser constatados, como los siguientes: identificar los actores sociales del sector asignado, elección e incorporación de los Agentes Comunitarios en Salud (ACS) al sistema de vigilancia comunitaria, elaboración del croquis o mapa, aplicación de las fichas familiares a las familias a su cargo, conformación del Sistema de Vigilancia Comunitaria, elaboración del Plan Comunal con participación comunitaria, capacitación a los ACS, elaboración del Plan de Atención Integral de las Familias y el desarrollo de actividades de seguimiento del Plan Comunal establecido.

El Médico Cirujano, Enfermero (a), Obstetra, y Técnico (a) en enfermería, es competente cuando obtiene como cumplidos los Productos o Criterios

de evaluación. Además también debe cumplir con el 100% de aciertos del Cuestionario de Evaluación.

Las competencias básicas, que deben poner en práctica el MAIS BFC, son escasamente cumplidas. Si bien es cierto, el nivel de exigencia estandarizado para considerar el pleno cumplimiento de las competencias es alto, en el caso del personal serumista objeto del estudio, el nivel medio de cumplimiento es muy bajo. Si se considera en su integridad el conjunto de los productos, ninguno de los treinta y seis serumistas participantes en el estudio cumplió con los estándares básicos.

Se ha encontrado que doce serumistas han ejercido el cargo de jefe del Establecimiento de Salud; correspondiendo a cuatro de los cinco médicos y el otro médico no ejerció el cargo de jefe por ser la modalidad de equivalente SERUMS; seis enfermeras y dos obstetras. Es importante tener en cuenta esta experiencia, pues en la formación académica brindada a los profesionales de la salud no se incluye aspectos sobre Gestión de los Establecimientos de Salud teniendo ellos que asumir una responsabilidad muy grande sin estar del todo preparados.

La mayoría de los serumistas entrevistados que refirieron haber sido responsables del establecimiento de salud, generalmente sólo contaban con el apoyo de un técnico en enfermería o tenían que asumir todas las actividades solos, como es el caso del establecimiento de salud en Jucul. Estos problemas de insuficiencia de personal, se agrava en situaciones de atención a casos de urgencia, como por ejemplo cuando no hay médico en el ES y la enfermera es jefa, muchas veces tiene que prescribir medicamentos, sabiendo que no le corresponde, pero lo hace porque no hay otra opción, ya que no hay ningún médico cercano. Es por eso que sugieren la necesidad de normar estas acciones para no tener problemas legales posteriores.

“La mayor dificultad del establecimiento es que nos falta apoyo de otras especialidades, médicos, nutricionistas, odontólogos, laboratoristas [...] para poder [...] para que la familia, la persona en realidad tenga una atención integral completa, en realidad nos falta un montón de ese apoyo porque solamente en algunas ocasiones nos apoyan otros centros de salud que tienen el paquete completo y solamente vienen un día...” (Profesional de la salud -P.S. Ayaranga)

... La otra dificultad es en cuanto al personal, nosotras solo somos dos y hay días en que solo se queda una, y es insuficiente, ya que no solo vemos la parte preventiva, sino que, hay días que tenemos que atender a varios pacientes, tenemos que hacer la consulta y aquí nosotros llevamos y tenemos que cumplir con las 23 estrategias y si bien las actividades preventivo promocional son nuestra prioridad, nosotras dos no nos abastecemos. A veces hay tareas que se quedan pendientes para el otro mes y debemos dar más de nuestras horas de trabajo para poder cumplir.” (Profesional de la salud -P.S. Muzga)

En general existe un contexto desfavorable, para motivar que el personal de los establecimientos de salud asuma funciones administrativas y gerencie funciones de salud pública. El proceso de Reforma de la Salud, ha priorizado el fortalecimiento de la capacidad de atención a la demanda por morbilidad en los establecimientos de salud, otorgándose estímulos económicos por compensación a la labor asistencial. Esto desestimula el asumir funciones de salud pública, incluyendo la gestión de Redes y Microredes de salud, provocando inestabilidad y gran recambio entre los gerentes en los diversos niveles de la administración del sector salud.

En los resultados obtenidos en la aplicación del mencionado Instrumento llama la atención que no se ha logrado el cumplimiento de todos los Productos por ninguno de los serumistas entrevistados, habiendo sido

realizado casi al término del SERUMS. Sin embargo se puede rescatar el cumplimiento aislado de algunos de los subproductos.

De los nueve productos evaluados, solo dos tienen un nivel de cumplimiento superior al 20%: Producto cuatro (fichas de las familias a su cargo elaboradas) y Producto siete (Plan y Actividades de capacitación de los agentes comunitarios de salud del sector a su cargo)

En el producto 1: Directorio de actores sociales del sector asignado; en el producto 3: Mapa o croquis del sector asignado; en el producto 4: Fichas familiares de las familias a su cargo; en el producto 5: Acta de conformación del sistema de Vigilancia Comunitaria del sector asignado; en el producto 6: Plan Comunal del sector asignado, la participación de los médicos es nula en todos estos productos. Lo cual viene a ser resultado de la poca motivación de los médicos jóvenes con relación al trabajo comunitario o poblacional. Generalmente la formación de pre grado está orientado hacia lo que es “enfermedad” y no hacia lo que es “salud”. Además, la incorporación de APS en los planes de estudios de las universidades formadoras de profesionales de salud no ha sido completa cuando se han realizado los estudios de la Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud, por la poca participación de las Universidades.

Pero en el producto 7: Plan y actividades de capacitación a ACS del sector asignado y en el producto 8: Plan de atención integral de las familias a su cargo, la participación de los médicos está alrededor del 40%, que se relaciona más con su quehacer profesional.

En casi todos los productos tanto las enfermeras como las obstetras tienen mayor participación y cumplimiento, inclusive los obstetras tienen mayor trabajo de campo, la mayoría de ellas tienen su mapa de riesgo de

las gestantes de la población. No se evidencia el mapa de riesgo por familias y son pocos los centros que tienen fichas familiares.

Como en el caso del promedio del conjunto de los entrevistados, las enfermeras tienen una proporción de cumplimiento superior al 20%, en el caso del Producto 4 (fichas familiares) y el producto siete (capacitación de promotores de salud). El menor nivel de cumplimiento, se da en el caso de las enfermeras, en los Productos: tres (elaboración del mapa del sector asignado) y cinco (conformación del sistema de vigilancia comunitaria).

Los obstetras son el grupo profesional que alcanza los mayores niveles de cumplimiento. Cumplen el 20% o más de los Productos enumerados como cuatro (fichas familiares), seis (Plan Comunal del sector asignado), siete (Plan de capacitación de agentes comunitarios de salud), ocho (Plan de Atención Integral de salud) y nueve (informe anual de vigilancia comunal). No obstante la mejor performance, en el cumplimiento de los Productos incluidos en la implementación del MAIS-BFC, debemos reiterar, que el cumplimiento es bajo en todos los casos.

Los resultados obtenidos en este estudio son muy similares a los encontrados en la Línea de Base (MINSa 2011: 22-29), aplicada en abril del 2010, a veintiún EESS I-4, que representan el 55% del total de EESS en los ámbitos territoriales pilotos del Aseguramiento Universal de Salud y el 5.5% del total de EESS del país, no incluyéndose la Región Lima.

En este estudio se concluye: existen debilidades en el acceso de la población al sistema de salud a través del primer nivel de atención, debido a su limitada capacidad para responder a las expectativas de la población. No cuenta con los recursos financieros necesarios para garantizar su adecuado funcionamiento. No se implementa una política adecuada de desarrollo de los recursos humanos. Así mismo, se constata una débil

capacidad de gestión local y escasa articulación intersectorial y promoción de la participación comunitaria.

Este escaso nivel de cumplimiento de las competencias relacionadas con la implementación del MAIS BFC por el personal serumista es explicable, por diversos factores: Por un lado, los objetivos finales y los resultados intermedios planteados en el Modelo, son sobre todo optimistas con relación a lo que la realidad de la salud del país lo permite, tanto desde el punto de vista de la oferta, como desde las condiciones en las que vive la población: así como también de sus comportamientos con relación al cuidado de la salud. Todo esto implica la necesidad de ajustar las expectativas que plantea el Modelo, adecuándose a un proceso más realista, planteándose logros progresivos y acumulativos, que puedan ir transformando la realidad sanitaria del país.

En el periodo que media, entre el inicio de la puesta en práctica del MAIS BFC, la tendencia del sistema de salud ha sido priorizar el fortalecimiento de la atención de salud en EESS con mayores niveles de complejidad (Hospitales del nivel II y III), la atención recuperativa, así como el desarrollo de recursos humanos especializados, con el propósito de atender enfermedades complejas, que afectan a la población. Esto se evidencia en que casi todo el presupuesto del sector salud ha sido dedicado a la construcción y equipamiento de hospitales, así como a la implementación de programas como MAS-SALUD¹², que realiza campañas de atención especializada al interior del país.

¹² MAS SALUD: Plan de Atención Médica Especializada 2014-2016 – Mas Salud, aprobado por RM No 755-2014/MINSA, cuya finalidad es contribuir en ampliar la oferta y mejorar la calidad de los servicios de salud del Sector según las necesidades y demanda de la población. El Plan Más Salud, tiene como principal objetivo contribuir con la recuperación de la salud de la población más necesitada, llevándoles atención especializada clínica y quirúrgica con estándares de calidad y equipos de alta tecnología para resolver sus problemas de salud y alcanzar el bienestar individual y colectivo en este caso de la población de Espinar, quienes por la lejanía muchas veces no acceden a servicios especializados.

La prioridad y por sobre todo, la asignación de recursos humanos y financieros, destinados al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, a la prevención y promoción y en específico a la implementación del MAIS-BFC, ha sido escasa y ha venido deteriorándose progresivamente.

Por otro lado, existe una forma de gerenciar los procesos que conducen a la prestación de los servicios de salud, bastante tradicional, que no corresponden a los objetivos del MAIS BFC, especialmente en lo relacionado a la planificación local, el uso de recursos sectoriales y extra sectoriales existentes, la participación social y la optimización de los recursos humanos, para el logro de las metas.

Finalmente, es notoria la debilidad en la formación universitaria durante la etapa de pre-grado en aspectos preventivo promocionales de la salud, así como el desarrollo de competencias para realizar su labor profesional en los servicios de salud primario, trabajo con la comunidad y gerencia de programas y proyectos sociales. A ello se agrega la carencia de sistemas de capacitación en el trabajo y de seguimiento y monitoreo de la labor que desarrollan, desde los niveles de gestión intermedia y local.

Esto explica que aún falta mucho por hacer respecto al primer nivel de atención y a la implementación del MAIS-FBC; por consiguiente, para la implementación de la APS y el desarrollo de RRHH para enfrentar todo este desafío es imprescindible que la formación de pregrado en medicina y en las demás profesiones de salud se adapte a la nueva realidad de los sistemas de salud basados en la APS (Harzheim 2009: 7).

4.4.2. Objetivo Específico 2

Identificar las brechas de capacitación entre las competencias requeridas y las que poseen en la actualidad los médicos, enfermeras y obstetras

serumistas integrantes del equipo básico de atención de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, relacionadas con la atención integral a la familia y la comunidad de acuerdo a la normativa vigente en el marco de la Atención Primaria de Salud en las DIRESA Lima.

Ninguno de los serumistas cumple con el conjunto de los productos, lo que se considera como el criterio básico, para considerar que el Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad, se implementa en el ámbito territorial del Establecimiento de Salud.

De los treinta y seis serumistas entrevistados, treinta y dos son del sexo femenino. En el caso de los médicos, encontramos tres médicos del sexo masculino con relación a dos del sexo femenino. Es notoria la diferencia con obstetras y enfermeras, en los que el sexo predominante es el femenino.

El sexo masculino tiene ciertas ventajas, frente al sexo femenino, debido a que está en mejor posición de enfrentar las condiciones de inseguridad que rodean el trabajo del serumista, especialmente en su desplazamiento hacia las comunidades rurales. Sin embargo, el hecho de ser del sexo femenino genera un mayor nivel de empatía de parte de los pacientes del sexo femenino, especialmente frente a temas de salud sexual y reproductiva.

La formación de profesionales en APS a nivel universitario tanto de pregrado, postgrado, debería ser el aspecto central para la generación de sistemas de salud más efectivos y equitativos. Para reorganizar los sistemas de salud alrededor de una APS es necesario contar con el recurso humano que conozca y comprenda los atributos de la APS.

En la Segunda medición de las metas regionales de recursos humanos

para la salud, Perú 2007-2015 de 2013 se realizó una encuesta sobre la inclusión de contenidos de APS en el currículo, pero sólo se contó con la participación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Universidad San Martín de Porres y se obtuvo un valor equivalente al 60,6% del cumplimiento de la meta (MINSa, 2013). Este dato no representa a todas las universidades, pues se necesitaría incrementar la muestra. Pero si se rescata que muchas veces la formación de los nuevos profesionales de salud, está centrada en la enfermedad y en procesos recuperativos y con poco componente de APS, por lo que la implementación del MAIS-BFC no es factible aún.

Si bien es cierto que se ha logrado llegar con profesionales a mayor número de EESS de primer nivel de atención, una de las dificultades más importantes a ser considerada es la falta de capacitación dirigida principalmente en la implementación del MAIS – BFC. Se puede observar que sólo algunos de los entrevistados, con ayuda del Documento Técnico realizaron, como buenamente pudieron, algunas de las actividades planteadas por el modelo.

Sin embargo, no contaron con la orientación para el llenado de fichas familiares especialmente la parte práctica de los esquemas. En el caso del puesto de Salud de Lachaqui, refirieron que les prometieron capacitarlos y ayudarlos a hacer el censo pero hasta la fecha de la entrevista no habían llegado los capacitadores.

La Red y microred han brindado capacitación a los serumistas, pero esta no ha sido suficiente tanto en contenido como en tiempo, pues ellos refieren que han recibido en la Universidad nociones sobre el MAIS-BFC, pero no cómo implementarlo, que es la mayor dificultad que ellos encuentran en cada uno de los EESS.

Lo complejo de la implementación del MAIS-BFC plantea la necesidad de dar un soporte continuo, lo que incluye, entre otros temas, la capacitación y el monitoreo continuo de la labor que desarrolla el serumista, personal que se encuentra en una situación de transición, entre la formación profesional y el ejercicio de la profesión.

Los entrevistados manifestaron la diferencia muy grande que existe entre la teoría (universidad de procedencia e inducción inicial al SERUMS) y la práctica. Es decir la disparidad entre teoría y aplicación práctica, debería llevar a hacer una caracterización de la situación de salud y de las estrategias necesarias para abordarla en cada espacio rural, antes de iniciar el trabajo del SERUMS. Además muchos de ellos durante todo el año de SERUMS, no reciben visita de supervisión de parte de la red y/o microred.

“... Que haya más capacitaciones, más evaluaciones como MAIS, que se explique más... porque en sí lo que se quiere es el enfoque familiar y parece que acá lo han dejado un poquito de lado [...] se está priorizando... lo que es paquete integral individual, lo que es inmunizaciones, CRED,...” (Profesional de la salud - P.S. San Vicente)

“... Que el personal sea capacitado y más aún, ya que a nivel de mi microred la mayoría de personal es personal SERUMS y no nos toman en cuenta, siempre las capacitaciones están para los coordinadores [...] y a veces ellos mismos tampoco no pueden porque tienen que hacer su trabajo de gestión y a nosotros nos dejan de lado y somos las que estamos allí, en el trabajo en el campo y la mayoría somos jefes de puesto encima, yo hasta el momento no he recibido ni una sola capacitación en todo mi año de SERUMS, ni un sola, ni siquiera para la implementación del MAIS.” (Profesional de la salud- P.S. Ihuarí)

“... Sería bueno que el mismo programa que ve todo el MAIS venga acá mismo a Carac porque a veces no todos podemos reunirnos en Acos y un

día es muy poco para capacitarnos en todo, de repente como estamos evaluando a las familias, verificar como estamos haciendo la información, las fichas, si estamos haciéndolo bien, de repente también brindarnos materiales para poder... porque acá del MAIS no tenemos nada ningún material, ni archivo o algo, no han venido a evaluarnos, esta es la primera vez que nos hablan de esto". (Profesional de la salud 2 - P.S. Carac)

"Cuando nos dieron a nosotros capacitación como serumistas, sólo nos dieron capacitación de epidemiología, de estadística, y bueno de enfermería, lo que es vacuna y esas cosas, pero aquí cuando llegué nadie me explicó cómo se realiza [...] en el plan integral en niños sí, que es diferente, es un plan que yo elaboro al año que voy a hacer con ese niño, pero en sí en la comunidad y en la familia a mí no me han explicado, acá cuando yo vine nadie me explicó, y en el puesto nadie lo hace..." (Profesional de la salud - P.S. Tomas)

"Que haya una buena orientación desde el inicio del SERUMS, ya que cuando iniciamos nos dieron una pequeña capacitación que casi no fue nada, porque fueron puntos clave que, hasta nosotras mismas nos quedamos impactadas pensando que nos iban a explicar ampliamente, en realidad desde un inicio no hubo nadie que nos pudiera explicar o dar capacitación. Lo que recomiendo es que desde un inicio puedan capacitar bien, a las próximas serumistas, sobre el MAIS y sobre todos los paquetes integrales sobre todo, para que puedan hacer un buen trabajo porque así va a seguir la cadena y nunca vamos a poder hacer las cosas bien [...] No hemos tenido evaluaciones, de repente en estos últimos días vengan pero desde que he venido no han llegado, yo creo que el trato a la serumista a veces es un poco duro porque dicen ah no sabe o hace las cosas por hacer....." (Profesional de la salud- P.S. Hongos)

"Las capacitaciones sería uno, el seguimiento continuo que vengan y nos supervisen para ver cómo andamos, cómo nos encaminamos en esto, aplicar encuestas, entrevistas, para ver nuestros déficits porque los serumistas venimos, nos encontramos con la realidad así, y no hemos

tenido una capacitación que sí la necesitamos, pedimos a gritos y yo no sé en realidad porque no lo hacen. De repente acá me van a decir si las capacitamos un día, pero un día no es suficiente, tiene que ser más tiempo, tiene que venir alguien con experiencia y decirnos, de repente nos dirán pero te enseñaron en la universidad, pero no es así, necesitamos que nos supervisen.....” (Profesional de la salud 2 - P.S. San Andrés de Tupicocha)

Sólo tres serumistas agradecieron la capacitación brindada por parte de sus redes y microredes (PS Malla, PS 15 de Enero, PS. Acotama), resaltando el hecho que se requeriría más capacitación para mejorar la implementación del modelo. De la observación directa realizada en cada establecimiento de salud se concluye que ninguno tiene implementado adecuadamente el MAIS-BFC. En el caso de los establecimientos de salud pertenecientes a la Red de Salud Huaral, se observó que habían implementado con sus propios recursos las fichas familiares, pero aún faltaba llenar completamente por falta de asesoría.

Once de los serumistas refirieron que han contado con el apoyo de las autoridades de la comunidad. El resto de serumistas han referido que no hay apoyo de la comunidad para abordar los temas de salud. Muchas veces no les hacen partícipes de las reuniones convocadas, ni les permiten brindarles la información necesaria sobre la situación de salud de la población.

“Normalmente en las comunidades es muy difícil encontrar agentes comunitarios, yo estaba buscando pero te dicen ¿y te van a pagar?..” (Profesional de la salud -P.S. Jucul)

“... Reunir a todos los alcaldes para que ellos sientan un mayor compromiso con su comunidad, porque creo que no soy la única comunidad sino que me comentan también mis colegas que en otras

comunidades también sucede lo mismo, el municipio [...] o el alcalde no apoya mucho a la comunidad, [...] no saben las carencias que sufre su [...] que se tome más importancia en las carencias que tienen sus pobladores para que haya una mejora...” (Profesional de la salud - P.S. Naván)

“...A veces las autoridades nunca llegan acá, a veces nosotros tampoco llegamos a ellos, si los buscamos, los buscamos por algún problema [...] y a veces llegamos hasta el juez de paz o llegamos a la municipalidad que en realidad acá no está el alcalde porque sólo es un local así nada más que lo cubre el secretario, pero en sí la municipalidad funciona en Huacho, entonces no es fácil el acceso, [...] entonces cualquier cosa, por ejemplo tenemos que ver con la encargada de Plan de Incentivos tenemos que ir hasta Huacho y a veces no se puede porque nos corresponden días libres...” (Profesional de la salud - P.S. Paccho)

“Por parte de los actores sociales no hay apoyo a lo que es salud, no nos hacen partícipes ni nos permiten brindarles la información necesaria sobre ... o mejor dicho no les importa si es que nosotros ingresamos y les decimos: “tenemos anemia, tenemos desnutrición, ayúdenos, queremos hacer esto, trabajar así o de la otra manera [...]” o pueden decirnos hoy día: “ya”,: “sí, vamos a apoyarles en esto, en esto [...]” mañana se olvidan y tenemos nosotros que estar detrás de ellos con oficios, memorándums, todo detrás y ni así no lo cumplen, no nos dejan, en mi caso, en el puesto de salud yo soy la enfermera SERUMS a cargo del puesto y no logro coberturar, no logro tener apoyo ni de la municipalidad ni de la comunidad como comunidad, no se logra, [...] no se llevan entre municipalidad y comunidad y por ende el puesto de salud está en el aire ...” (Profesional de la salud - P.S. Sumbilca)

Los entrevistados consideran que una buena relación con la comunidad facilita la captación de agentes comunitarios (AC). Este proceso no es fácil, porque ellos deben trabajar para sustentar su hogar, lo que se dificulta debido a que no existe un estipendio para este servicio por parte

del establecimiento de salud. Como ejemplo de ello, la enfermera de Jucul, manifiesta que en cuanto la agente comunitaria encontró un trabajo se fue y ahora se ha quedado sin apoyo porque tampoco cuenta con otro personal. Este caso se repite en Hongos, Muzga y San Andrés de Tupicocha, con la salvedad que en estos EESS si cuentan con otro personal de apoyo remunerado.

A partir de los resultados observados y de los comentarios de los serumistas, podemos concluir, que el conocimiento, así como las competencias que trae el personal, producto del proceso de formación universitaria, es bastante limitado y registra amplias brechas, que demanda la implementación de su trabajo práctico en los EESS.

Por otro lado la labor de capacitación, seguimiento y asistencia técnica, que se brinda desde las instancias administrativas de la estructura del sector salud, particularmente desde los niveles intermedios y locales, es muy limitado, no existiendo un acompañamiento a la labor que desarrolla el serumista.

Los serumistas refieren que, en general, se cuenta con una limitada participación de la comunidad, expresada en un número limitado de agentes comunitarios de salud. Esto dificulta su labor de extensión hacia la comunidad.

4.4.3. Objetivo específico 3

Describir el perfil de los médicos, enfermeras y obstetras serumistas integrantes del equipo básico de atención de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la DIRESA Lima.

La información obtenida, pone en evidencia que no existe significativa diferencia en la relación existente entre el nivel de cumplimiento de los criterios y la universidad de procedencia. Ello puede ser explicado, tanto por el bajísimo nivel medio de cumplimiento registrado, como por la amplitud en el número de Universidades de procedencia. Tampoco existe una diferencia significativa en el nivel de cumplimiento de los criterios de acuerdo al tipo de establecimiento de salud, en el que laboran los serumistas.

Trece enfermeras serumistas se encuentran en EESS de nivel I-1; cinco en EESS de nivel I-2 y dos en EESS I-3; dos médicos en EESS de nivel I-1 y tres en los niveles I-2; ocho obstetras en los EESS nivel I-1 y tres en los niveles I-2. (Tabla 4.22)

Tabla 4.22. Serumistas por Nivel de Establecimientos de Salud

Nivel	Enfermera	Médico	Obstetra	Total
I - 1	13	2	8	23
I - 2	5	3	3	11
I - 3	2	0	0	2

Fuente: Instrumento aplicado en setiembre de 2015

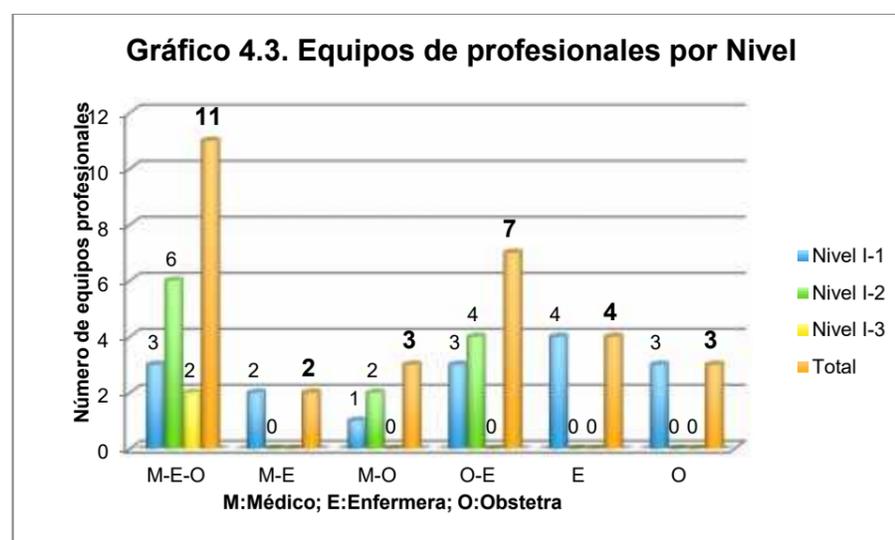
El mayor número de Enfermeras y Obstetras (trece y ocho), respectivamente laboraron en los EESS de menor complejidad (I-1). Como es de esperar, en el caso de los médicos, la proporción es ligeramente menor. Aunque la mayoría de ellos labora en establecimientos de salud I-1 y I-2.

Llama la atención que generalmente en el nivel I-1 el serumista es el único personal de salud, no teniendo la oportunidad de conformar el “Equipo Básico de Salud”, inclusive tiene que asumir funciones administrativas para los cuales no fue capacitado.

Para que el Modelo funcione a plenitud, se requiere contar con equipos de salud completos, con formación en salud familiar y comunitaria (EBS-FC) que atiendan las necesidades de salud más sentidas de la población, lo que incluye contar con competencias para atender los principales problemas de salud y nutrición materno infantil, enfermedades crónicas y degenerativas, enfermedades transmisibles, que constituyen la mayor carga de enfermedad. Así mismo, desarrollar acciones preventivo promocionales, incluyendo educación para la salud y de promoción del desarrollo y participación social.

En una primera etapa, estos EBS-FC debieron estar instalados en los EESS categoría I-3 y conformados por profesionales de la salud de Medicina Humana, Enfermería, Obstetricia, además del Técnico de Enfermería; como colaborador voluntario, al agente comunitario de salud con formación en Salud Familiar Comunitaria. Estos equipos debieron seguir incorporándose progresivamente en todos los EESS del primer nivel de atención (MINSa 2011: 63-79).

En los EES visitados, sólo encontramos once equipos conformados por médico, enfermera y obstetra de los cuales dos pertenecen a EESS de nivel I-3; seis a EESS de nivel I-2 y tres a los de nivel I-1; llamando la atención que en los mencionados EESS los ACS no intervienen en las actividades de los EESS; a veces sólo se tienen la lista de los nombres de ellos, pero no hay participación activa.



Fuente: Elaboración propia. Instrumento aplicado para este estudio en setiembre de 2015

Existen dos EESS de nivel I-1 cuyos equipos están conformados por un médico y una enfermera; un establecimiento de salud de nivel I-1 y dos del nivel I-2 tienen equipos conformados por médico y obstetra. Sólo en el nivel I-1 encontramos cuatro EESS que tienen sólo una enfermera conformando el equipo básico y tres EESS que tienen una obstetra como equipo.

Además, por el sistema de días libres que tienen en los EESS, muchas veces sólo hay un profesional en la atención, lo cual implica que ese profesional tiene que atender la demanda del ES y con frecuencia es una enfermera la que se queda y se han encontrado situaciones en las que ella tiene que prescribir el medicamento, sabiendo que no están facultadas para ello; pero no tiene otra alternativa, dado que las distancias entre un puesto de salud y el establecimiento de salud de referencia son entre cuatro y seis horas si la movilidad está disponible; de lo contrario la persona tiene que esperar el día en que suben o bajan los carros.

Las restricciones legales y las restringidas competencias en su formación, que tiene el personal de salud no médico para prescribir medicamentos, se convierte en un factor que desvaloriza su labor, particularmente cuando el equipo de salud, no cuenta con médico. Como es conocido, la principal motivación para acudir al establecimiento de salud, así como valorar su eficacia, pasa por la resolución de los padecimientos que los afecta.

4.4.4. Objetivo específico 4

Analizar la aplicabilidad del “Modelo de Atención Integral de salud Basado en Familia y Comunidad” en el SERUMS.

La APS, mediante sus principios que nos permiten lograr la organización de los EESS, los criterios que nos ayudan a identificar las necesidades de salud y abordarlas efectivamente, viene a ser un componente muy importante en un sistema de salud.

La definición planteada por OMS/OPS en el documento “La renovación de la Atención Primaria en las Américas”, considera que el sistema de salud basado en APS supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud; presta atención integral, integrada y que pone énfasis en la prevención y promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción y requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de RRHH, recursos económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles (OPS/OMS, 2007).

Es decir, que “para garantizar la legitimidad de esta estrategia frente a la sociedad, el sistema de servicios de salud basado en la APS debe estar caracterizado por el más alto patrón de excelencia posible; objetivo que sólo puede ser alcanzado con la presencia de profesionales calificados

formados para tal fin” (Harzheim 2009: 7).

En este sentido, la implementación del MAIS-BFC es el desarrollo de la APS, la misma que se otorga a través de paquetes de atención integral a la persona, a la familia y a la comunidad a fin de satisfacer sus necesidades de salud con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, constituyendo así como “el primer punto de contacto de las personas con la red de servicios de salud” (MINSA 2011: 30).

Es notorio que en los niveles operativos del sistema de salud, se ha dado escasa prioridad a la puesta en práctica del MAIS-BFC. La limitada orientación sobre su operatividad, que recibe el serumista a lo largo de su labor, la carencia de insumos que soporten su implementación, son una expresión de ello. El apoyo a la implementación del MAIS-BFC, en los niveles intermedios, depende esencialmente del interés que le pone cada Gerente local, no existiendo una política que obligue y monitoree, el cumplimiento de estándares en la gestión del MAIS- BFC.

Los que respondieron que el MAIS-BFC ha cubierto todas sus expectativas, manifestaron que involucraba a toda la comunidad y no sólo al individuo, abriéndoles un abanico de posibilidades para trabajar y aprender en todos los servicios y con todos los grupos etéreos.

Los serumistas entrevistados refirieron que cuando llegaban a sus destinos al no encontrar implementado el modelo, simplemente continuaban con la rutina del personal anterior. En cuanto al material impreso que debería tenerse en cada establecimiento, sólo algunos tenían el Documento Técnico Normativo para la implementación del MAIS-BFC y lo habían revisado como tema dentro de una asignatura durante su formación profesional.

Algunos serumistas refieren que han podido implementar el MAIS-FBC en sus EESS con algunas dificultades las cuales han sido superadas.

“... Ha cubierto todas mis expectativas, es un modelo en el cual nos permite ver y realizar un enfoque a la persona como individuo, a la familia como un colectivo y a la comunidad, desde mi enfoque de enfermería,.....nos hace trabajar de una manera más ordenada siguiendo los pasos como por ejemplo en las visitas domiciliarias, ... no tengo ningún problema con el MAIS, si ha cumplido mis expectativas”..... (Profesional de la salud - P.S. Ñaupay)

“... Con respecto al Modelo de Atención en Salud, de todas maneras lo que se ha implementado ha sido adecuado, antes se trabajaba con el individuo pero ahora se trabaja con un todo, entonces, no solamente como la persona que viene acá a la consulta y nos olvidamos de lo que está pasando en su casa, sino también vemos a lo que es el entorno de la familia, a través de eso trabajamos lo que es las actividades extramurales e intramurales y con todo el personal que nos ayuda acá, no solamente de nosotros sino también las instituciones privadas, colegios, todas las personas que trabajamos acá en Carac”..... (Profesional de la salud - P.S. Carac)

“... Desde la universidad no me han explicado como es actualmente, cuando yo estudiaba no era tan minucioso, sí era integral todo pero no tan minucioso como es ya la aplicación en la actualidad, si he encontrado algunas limitantes y he ido aprendiendo y en las capacitaciones también nos han reforzado algunos temas y cuando lo hemos aplicado acá de forma integral a la familia, a la comunidad, porque no es solamente al individuo como en mi caso lo que es enfermería al niño, sino a toda su familia, es integral y las condiciones que vive ese niño, o sea todo lo que se ve en cada familia, como se dice cada familia es un

mundo, desde la infraestructura de sus hogares ayudarlos también a la distribución de sus ambientes, entonces sí ha Profesional de la salud -P.S. Mallay)

En las entrevistas realizadas, diecinueve serumistas niegan haber cubierto sus expectativas con relación a la implementación del MAIS-BFC. Veinticinco de ellos sustentan que el modelo no se aplica ni se aplicó en su establecimiento, en algunos casos refieren haber conocido y practicado el modelo durante su formación académica, en el internado.

Pero también otros serumistas han referido durante las entrevistas que han habido dificultades para la consolidación del MAIS-BFC y sustentan que el modelo no se aplica ni se aplicó en su establecimiento de salud, en algunos casos refieren haber conocido y practicado el modelo en el internado, mostrando insatisfacción al terminar su SERUMS.¹³

“... Creo que en el internado he tenido mucha más experiencia del MAIS que aquí en el SERUMS, llegué y no encontré las fichas familiares, las carpetas familiares y me di cuenta que aquí nunca se ha practicado las fichas familiares y tengo más conocimientos de lo que hice en el internado que en el SERUMS, se puede decir que ya me voy del SERUMS y no aprendí nada sobre el MAIS, no lo puse en práctica”. (Profesional de la salud - P.S. Hongos)

“... El MAIS aplicado aquí en comunidad exactamente no lo estamos aplicando para ser sinceros, para empezar por allí. Muchas veces, desde el año pasado que yo vine no se trabajaba con la comunidad, recién se empezó a partir del mes de marzo, que asumió el cargo la nueva alcaldesa, con ella se comenzó a trabajar pero en sí [...] para empezar acá no hay fichas familiares,

¹³ Referido en las entrevistas realizadas a los serumistas

no se aplica como debería de ser...” (Profesional de la salud -P.S. Tomas)

Adicionalmente los serumistas entrevistados han mencionado otros factores que han dificultado la implementación del MAIS-BFC¹⁴. La razón más importante por lo cual no fue posible su aplicación durante el SERUMS, fue porque no habían fichas familiares en los EESS; porque el trabajo comunitario del establecimiento de salud era muy débil; además, la falta de capacitación por parte de las DIRESA/DISA, el tiempo dedicado a la inducción y posteriores capacitaciones (que no todos tuvieron), oscilaban entre 1 a 3 días y sólo en las mañanas, donde se trataban temas variados, principalmente de enfermería o sobre el llenado del formato único de atención (FUA), utilizado como parte del HIS y el SIS, entre otros; no han facilitado el normal proceso de transición del modelo anterior al Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.

) Las prácticas culturales de la población relacionadas al cuidado de su salud.

Los entrevistados manifiestan que la forma de pensar "machista" de los esposos, impide especialmente que la esposa e hijos puedan acudir a los EESS para solucionar sus problemas de salud ya sea por enfermedad o para actividades de prevención. Los pobladores tienen su propia forma de solucionar sus problemas de salud, creen más en sus prácticas tradicionales. Existe una marcada brecha entre sus percepciones y visiones que tienen los serumistas sobre la población, y las que estos últimos tienen del personal que labora en los EESS. La falta de una adecuada comunicación intercultural genera desconfianzas mutuas y

¹⁴ Referido en las entrevistas realizadas a los serumistas

contribuye a la escasa utilización de los EESS por parte de los pobladores¹⁵.

“Otra dificultad que tendría es la parte sociocultural como le digo, por tener cierta cultura, idiosincrasia de nuestra población hay mucho rechazo para nosotros poder llegar hacia ellos, hay familias enteras que no nos dejan entrar a su casa, no nos dejan darle la atención integral de salud, hay rechazo, desconocimiento...”
(Profesional de la salud - P.S. Baños)

“... Me ha sucedido que he tenido que ir hasta la Estancia a buscar a mi gestante y por ese motivo he tenido un problema aquí en la comunidad porque son tan machistas que a la señora le decían que tenía que cumplir su contrato para bajar, a pesar que yo le había dicho que no se encuentra bien, [...] realmente tenía que ser más dura, ..., creo que les gané y pude bajar a mi gestante, tuvo su bebé, la tuve que llevar a Huacho porque por ejemplo en el caso de ella también, salió su prueba reactiva de VIH...” (Profesional de la salud -P.S. Jucul)

“En cuanto a la población, hay que sensibilizar bastante porque como está alejado de Lima la mayoría de gente más que nada varones y algunas mujeres en sus ideas son machistas, entonces que ellos acudan por propia voluntad a la posta es difícil, hay que irlos a buscar y de acuerdo a cómo los encontramos mal los traemos”. (Profesional de la salud -P.S. Sunicancha)

“... Las personas tienen su propia forma de solucionar sus problemas de salud, creen más en sus prácticas tradicionales”.....
(Profesional de la salud - P.S. Santa Cruz)

¹⁵ Referido en las entrevistas realizadas a los serumistas

-) Los horarios de trabajo de la población predominantemente agrícola, ganadera y la lejanía de los caseríos que forman parte de la jurisdicción del ES.

Generalmente los pobladores salen muy temprano a trabajar en el campo y regresan en horas de la noche (Imagen 4.25, Imagen 4.26, Imagen 4.27). Algunos serumistas aprovechaban algunos días por la noche para capacitar a las madres de niños desnutridos o iban a las estancias alejadas a brindarles sus servicios, lo que en muchas oportunidades significa caminar de 3 a 6 horas. Esto representa riesgos que debido a las características de la zona, grandes distancias y soledad, podían ser víctimas de asaltos, ataque de perros u otros. La única provincia cuyos establecimientos en su totalidad no tuvieron ninguna dificultad expresada en cuanto a este punto fue Cañete¹⁶.



Imagen 4.25 Huachinga



Imagen 4.26 Sunicancha. Huarochirí

¹⁶ Referido en las entrevistas realizadas a los serumistas



Imagen 4.27. Sunicancha. Huarochiri

“... Nuestras dificultades son en relación a las visitas que debemos realizar a las y los pobladores, ya que ellos trabajan fuera de casa todo el día (a la chacra) y cuando tenemos que hacerles una visita domiciliaria no los encontramos, esa es la dificultad, y por otro lado como ustedes han podido apreciar por aquí hay bastantes canes... Aquí vienen muchas personas por mordedura de perro, y por eso da miedo”. (Profesional de la salud -P.S. 15 de Enero)

“... La comunidad parte con toda su familia, a diferentes lugares lejanos del distrito para que estén más pendientes de sus animales que de su salud [...] de diciembre a agosto viven allí y es muy difícil cumplir con los planes que se debería trabajar y todos los paquetes que deberían recibir según cada edad, cada persona, desde un niño, adolescente, adulto, adulto mayor, gestante, no se logra porque no se les encuentra y son reacios [...] no les gusta recibir atenciones en salud”. (Profesional de la salud - P.S. Sumbilca)

“La mayor dificultad en mi caso ha sido la lejanía de los caseríos, como yo tengo 15 caseríos, entonces es muy difícil acceder a las personas, no porque se nieguen a respondernos y llenar las fichas familiares sino porque viven muy lejos a parte porque tienen horarios de trabajos muy difíciles porque se van como a las 5 de la

mañana regresan 6 de la noche, entonces yo no cuento con una movilidad...” (Profesional de la salud - P.S. Ñaupay)

J) La poca asistencia de pacientes al establecimiento de salud.

A veces acude un promedio de 12 pacientes en toda la semana. Frecuentemente el serumista¹⁷ desarrolla estrategias para atender a las comunidades distantes, como esperar que regresen para alguna reunión de comunidad o festividad y atender a los pocos que quedan en el pueblo.

“..Es muy poca la asistencia de pacientes al establecimiento de salud. Un promedio de 12 pacientes en toda la semana”.
(Profesional de la salud -P.S. Santa Cruz)

...“Mayormente las familias viven acá pero mayor parte del año paran allá en la altura, por sus animales por el cuidado que tienen [...] entonces no se hacen las visitas a su estancia con mayor regularidad que acá, pero sí se ha podido realizar la visita, ya se ha podido hacer la consejería y allá se ha podido ver en qué condiciones viven allá, y se ha estado trabajando de esa manera, entonces algunos de los problemas que se han encontrado es la distancia,” (Profesional de la salud - P.S. Parquín)

“... Si bien la comunidad está involucrada, pero no al 100%, porque ellos dan prioridad a su trabajo, a su chacra. Cuando se ha tratado de integrar a la familia, la familia participa, son asequibles, aceptan las sugerencias, pero el detalle está en tratar de hacerles cambiar sus estilos de vida,” (Profesional de la salud - P.S. Muzga)

¹⁷ Referido en las entrevistas realizadas a los serumistas

“... Hemos tenido un poco de dificultad con respecto a lo que son horario en la comunidad ya que a veces cuando organizábamos una reunión no todas las personas asistían ya que, bueno por motivos laborales, salen muy temprano a las chacras a hacer sus labores y regresan muy tarde, pero sí se ha tratado, en la mayoría de ir, el personal de salud a casa por casa para comunicarles, cuáles son sus limitaciones, en educarlos para que tengan una mejor calidad de vida, [...] se han ido desarrollando también la ficha familiar...” (Profesional de la salud - P.S. Naván)

) Factores relacionados expresadas en el proceso de implementación del MAIS-BFC, relacionadas a la infraestructura, equipamiento, mantenimiento y acceso a servicios básicos del Establecimiento de Salud¹⁸.

En este sentido destacaron la falta de actualización de las fichas familiares, excepto en la provincia de Huaral, en cuyo caso sí existen fichas actualizadas pero que cada serumista ha implementado sacando fotocopias con sus propios recursos.

En el caso del P. S. Muzga se encontraron fichas del 2007 con las que seguían trabajando. Estas fichas están desactualizadas. En el establecimiento de salud de Jucul, se mencionó que antes trabajaban con las fichas pero ahora como no las tienen utilizan un cuaderno donde anotan sus intervenciones. Los demás establecimientos utilizan las historias clínicas regulares o un cuaderno para hacer los reportes, esto genera un desorden e imposibilita hacer uso de la información familiar y comunitaria para priorizar la atención de salud en los grupos de mayor vulnerabilidad, sin descuidar el enfoque clínico individual.

¹⁸ Referido en las entrevistas realizadas a los serumistas

Se pudo apreciar en los testimonios que desde el proceso de captación existieron dificultades y sin la carpeta familiar/ficha familiar para la admisión integral, la atención integral y el seguimiento, la implementación del MAIS-BFC no es aún posible y la atención de los EESS funciona por paquetes individuales.

“En el establecimiento hemos carecido de algunos instrumentos de repente, por ejemplo más fichas familiares que nosotras hemos tenido que ir abarcando poco a poco y hasta este momento setiembre, recién estamos culminando la actualización de las fichas familiares... (Profesional de la salud 1 - P.S. Carac)

“.....Más que todo trabajar con las fichas familiares, ahora estamos implementando las fichas familiares que anteriormente estaban caducadas porque se había realizado en el 2012 hasta el 2015 ya las familias han cambiado, hay hijos que ya no están en realidad viviendo con ellos, entonces, ya el concepto de familia lo hemos cambiado porque ... hemos modificado las fichas familiares, ahora si bien es cierto el centro de vigilancia también nos ayuda a controlar a los niños y a las gestantes que de repente no cubren, es un medio más que todo para poder identificar y poder ver cuáles son las familias en riesgo”. (Profesional de la salud 2- P.S. Carac)

“La principal dificultad es poder tener carpetas familiares en las cuales poner las historias clínicas que tenemos, no se abarca actualmente, y ponerlas todas en una carpeta porque no nos han podido abastecer de abajo, hemos pedido pero lamentablemente no nos han dado aún el material que nos falta”..... (Profesional de la salud 1 -P.S. Andrés de Tupicocha)

“....aquí nunca han existido fichas familiares, yo me acuerdo en la costa cuando yo hacía mi internado, sí aplicábamos las fichas familiares que es bien extensa y se trabaja con familias y se va a

visitar constantemente, inclusive hicimos un plan de enfermería aplicada en familia, acá no lo aplicamos”. (Profesional de la salud - P.S. Tomas)

“Acá no se aplican las fichas familiares, sé que existen, he sido capacitada sobre ellas desde el hospital de Huacho, pero lo ideal es que se aplique en cada ES porque justamente es integral para ver toda la familia, hacemos lo posible con los conocimientos que tenemos de aplicarlo pero no tenemos los formatos no tenemos nada, no tenemos incluso los documentos como para poder aplicarlo”. (Profesional de la salud - P.S. Mallay)

Por ejemplo, en el caso del establecimiento de salud de Mallay el problema tiene que ver con la propiedad del local en uso, que en un principio fue donado por un poblador y a la muerte de éste no quedó documentos que indiquen dicha donación.

“... Tenemos un terreno designado en la parte baja del pueblo pero está en terreno entonces estamos viendo justo ahorita la posibilidad de asentar bien los documentos porque solamente son los documentos y firmas del alcalde y pobladores, para que se haga realidad, y que este terreno comience a levantarse, esta es una casa que ha sido donada hace varios años para el puesto de salud, pero sin documentos, se necesitaba un espacio y el señor dijo ya aquí está mi casa, falleció el señor y se quedó como puesto de salud, es más hasta hace una semana era la mitad el puesto de salud y la otra la municipalidad. Al ver la necesidad del espacio el alcalde ya nos ha dejado el espacio y lo hemos podido modificar, de todas maneras no es nuestro, no es del ministerio, es de la comunidad”. (Profesional de la salud - P.S. Mallay)

) La falta de movilidad, principalmente de una ambulancia interfiere en el traslado oportuno de las emergencias y el traslado del personal, lo que repercute en el servicio que se brinda.

En la mayoría de casos se presenta serias dificultades para el transporte por tratarse de trochas carrozable, con curvas escarpadas y movilidad escasa (entre 1 y 2 veces por semana los lugares más alejados). Esto produce dificultades en el traslado, lo que puede ocasionar la muerte del paciente por falta de atención oportuna.

“Otra dificultad que tenemos es el alejamiento, estamos demasiado alejados de la ciudad, nosotros de acá para mi puesto son 4 horas que tenemos que ir, y la movilidad es solamente una vez por día, entonces cuando a veces yo quiero movilizar un paciente que tengo de repente una emergencia, no puedo porque no hay movilidad y si por a o b nos apoya la microred con la ambulancia, se demora en llegar a mi puesto todavía 1 hora 10 minutos o 20 minutos entonces no es inmediata la respuesta y a veces tampoco está la ambulancia porque solamente contamos con una en toda la microred”.. (Profesional de la salud - P.S. Baños)

“Justo acá en Mallay no hay mucho transporte solamente lo que hay es carro particular que sólo son dos y ahorita se movilizan hacia Oyón o Churín entonces cuando surge una emergencia, es buscarlos, si no están es buscarlos por cielo y tierra o alguien que nos pueda llevar y a veces nos hemos demorado para llevar emergencias a veces hasta 2 horas, incluso hemos tenido 2 óbitos durante el año justamente con la frustración de no poder conseguir la movilidad, nos hemos demorado en el primero como una hora, en Oyón nos llamaron la atención y todo [...] pero si no hay movilidad, entonces justamente estamos solicitando...” (Profesional de la salud - P.S. Mallay)

-) La seguridad del establecimiento es un tema prioritario especialmente para la protección de las serumistas que en un 90% son mujeres y están expuestas a una serie de riesgos como los

ocurridos en la provincia de Huaral, donde agredieron al personal dejando puertas y ventanas destruidas de tres establecimientos.

“Bueno a parte que algunos pobladores en esta zona que no son nada pacíficos, como por ejemplo en mi caso recién el 7 ha sucedido un evento, un señor ebrio se metió al puesto de salud causando daños, rompió las puertas, las ventanas, las chapas, y bueno al entrar nos quiso matar a la obstetriz y a mí que estábamos las dos allí, y bueno ahorita nos encontramos en un juicio que ya nosotros hemos levantado una demanda para que el señor responda porque en realidad no hay nada de seguridad para nosotros...” (Profesional de la salud - P.S. Baños)

“... Al personal del SERUMS deberían darnos algo de seguridad, o estar un poco más pendiente de nosotros ya que nosotros comenzamos, nos llevan al establecimiento y ya allí se terminó la responsabilidad que tiene el hospital o la RED o la DIRESA, entonces ellos no están pendientes de nosotras no ven nada y cuando sucede algún problema grande como éste recién se mueven, entonces eso no es. Por lo menos debería de tener algo de seguridad el puesto donde laboramos, de repente las puertas o lo que es de seguridad estén un poco reforzadas ya que nosotros pues en realidad casi todas somos mujeres y somos jóvenes y no podemos defendernos cuando entran personas así violentas al puesto [...] Otra sugerencia sería que los puestos si están alejados deberían tener un medio de comunicación con la población, con algo que sea rápido, un centro de auxilio rápido que nos pueda ayudar en caso de que algo pase, creo que en algunas poblaciones ya tienen movilidad...” (Profesional de la salud - P.S. Baños)

“En mi caso sugiero que las serumistas, que la mayoría somos mujeres jóvenes, es que traten de siempre estar pendiente de

nosotros y no dejarnos en los puestos y ya...” (Profesional de la salud - P.S. Sumbilca)

La serumista proveniente de la Escuela latinoamericana de Medicina de La Habana (Cuba), manifestó que en el momento de la entrevista recién entendía el sistema que se debe implementar con el modelo, el que es similar al que ella había experimentado en Cuba y que tiene buenos resultados, entre otras cosas debido a la organización de todo el sistema de salud del mencionado país.

“... Si hubiera sabido desde un principio cómo hacerlo realmente se hubiera podido trabajar en base al conocimiento que yo podría haber recibido aquí y el que tengo yo, se hubiera podido trabajar incluso yo con mucho más orden...” (Profesional de la salud - P.S. Zúñiga)

Otro aspecto que atenta contra la puesta en práctica del MAIS-BFC, es la discontinuidad de la presencia del personal de los EESS, incluidos los serumistas en sus puestos. Un profesional puede trabajar dos días continuos y posteriormente tener tres días sin asistir al servicio. Esta discontinuidad atenta contra la implementación de intervenciones sostenibles y afectan la generación de confianza entre el proveedor y el usuario de los EESS.

Un problema complementario a éste, son las llamadas “guardias comunitarias”, las que inicialmente fueron consideradas como un mecanismo de estímulo financiero para promover el trabajo extramuros o comunitario. Lamentablemente, el propósito original fue distorsionado y en la actualidad se han convertido, en trabajo intramural, bastante ineficiente en términos de productividad y sin ningún efecto positivo sobre el trabajo de proyección comunitaria.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

5.1. GENERALES

El análisis de competencias en este estudio, nos muestra que el Modelo de Atención Integral de Salud-Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), no funciona de manera integral. Existen algunos aspectos de él que funcionan, pero están más relacionados con otros procesos que se desarrollan al margen de la puesta en práctica del MAIS-BFC en los establecimientos de salud.

Es notorio, que para poder lograr éxitos en la implementación del MAIS-BFC, se requiere tener un enfoque y por sobre todo una acción práctica, que incluya una gestión no tradicional de los recursos humanos, materiales y financieros con los que se cuenta para su implementación. En ese sentido, la gerencia social ofrece un conjunto de elementos que se adaptan más a las necesidades y retos que plantea la gestión del MAIS-BFC, como el desarrollo de un estilo de gerencia más adaptado a los procesos particulares, un análisis del medio ambiente gerencial reconociendo que los problemas sociales son multifactoriales, el reemplazo del enfoque sectorial por el abordaje mucho más integral, el desarrollo de procesos participativos, el control y la vigilancia social.

Existe un conjunto de procesos de gestión, que son necesarios para el funcionamiento del MAIS-BFC, estos incluyen aspectos de organización de los servicios, planeamiento, supervisión y control, calidad de atención, fortalecimiento del desarrollo de capacidades de los recursos humanos, aspectos logísticos (carencia de fichas e historias clínicas familiares). Cuando no están presentes, se constituyen en barreras para la adecuada implementación de cualquier intervención que impliquen cambios en el funcionamiento de los establecimientos de salud.

Por un lado, es notorio que las Redes y Microredes visitadas, no han desarrollado las capacidades de gestión necesarias, para ofrecer las facilidades en la implementación del MAIS-BFC. Por otro lado, el personal de salud, generalmente no tiene formación en aspectos de gestión, durante la formación del pre grado y tampoco forma parte de la inducción que se realiza previamente que el profesional inicie su labor como serumista.

En general, la formación que tiene el personal serumista en gestión y MAIS- BFC es muy limitada, lo cual impide que estén en capacidad de implementar el Modelo, y particularmente tomar medidas para liderar y realizar cambios que busquen la implementación de los contenidos incluidos en el Modelo. El tema se agrava por la muy escasa capacitación en aspectos relacionados con la gestión e implementación del Modelo, que logra el serumista, durante el proceso de inducción al inicio de su servicio.

La productividad de los EESS es muy limitada, tanto por la escasa demanda, que responde al tipo de actividad de la población, como por los problemas de oferta (pobre equipamiento, carencia de RRHH, problemas de organización y gestión, débil referencia y contra referencia). La limitada productividad de los EESS, atenta contra la posibilidad de un funcionamiento sostenido del MAIS-BFC.

Además también se visualiza que los serumistas que están más orientados a trabajo comunitario son las enfermeras y los obstetras, estando los médicos más dedicados a la labor asistencial. Pero a pesar de ello se concluye, en general, que el trabajo comunitario es deficiente, ya sea por las razones inherentes a las limitadas acciones extramurales desarrollado por los serumistas, como también por razones relacionadas con la dinámica de cada comunidad que son principalmente agrícolas y

ganaderas y viven durante el año en zonas muy alejadas al Establecimiento de Salud.

Además de que las condiciones de trabajo no son las ideales para desarrollar el trabajo comunitario por parte de los serumistas, el problema también está asociado a la falta de formación y experiencias prácticas en la promoción de la participación comunitaria durante la formación del pregrado. En general, la formación está casi en su totalidad orientada a priorizar actividades que se desarrollan dentro del establecimiento de salud, incluyendo acciones preventivas (como las inmunizaciones, el control pre natal o el control de crecimiento y desarrollo) y son casi inexistentes la formación en actividades que se desarrollan en el seno de las comunidades.

A la luz de la información registrada durante el estudio, es notorio que la prioridad que se ha asignado a la implementación del Modelo por parte de las autoridades locales, especialmente a nivel de las Microredes, se ha ido reduciendo en relación a lo ocurrido a inicios del proceso.

5.2. FACTORES DEL CONTEXTO SOCIAL QUE CONTRIBUYEN NEGATIVAMENTE AL LOGRO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD

5.2.1. Contexto social desfavorable

A través de múltiples testimonios se colige que la creciente violencia que envuelve a las comunidades, limita la proyección a la comunidad de los trabajadores de salud, especialmente cuando estos son mujeres, que carecen de movilidad y que no tienen medidas de protección.

Las quebradas andinas que fluyen hacia la Costa, se han visto afectadas por la violencia que afecta a las ciudades costeras, ubicadas cercanas a Lima, tanto hacia el norte, como hacia el sur. En el caso del valle de Huaral, se constató que algunas comunidades rurales, son consideradas “zonas rojas”, donde se concentran grupos delincuenciales. En algunos casos se constató agresiones físicas a los trabajadores de salud, que pusieron en riesgo su vida.

5.2.2. Seguridad de las serumistas

Respecto a la seguridad de los EESS, es un tema muy importante, ya que casi el 90% de ellos son mujeres y muy jóvenes y muchas veces se encuentran solas en los EESS donde les toca hacer el SERUMS, estando expuestas a situaciones de violencia generados por los pobladores que generalmente se encuentran en estado de embriaguez.

En algunos EESS ha sido necesario reforzar las puertas y ventanas, llegando en algunos casos a prestar atención con la puerta cerrada, permitiendo la entrada de los pacientes cuando se corroboraba que en realidad es una persona que está buscando atención.

5.3. FACTORES RELACIONADOS QUE AFECTAN EL CONJUNTO DE PROCESOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

5.3.1. Escasa utilización de los Establecimientos de Salud y limitada presencia de habitantes en las comunidades.

El hecho de que casi todas estas comunidades tengan acceso por vía carretera, ha acercado su acceso a las ciudades de la Costa, en las que se cuenta con EESS con mayor capacidad resolutive (Hospitales de diversa categoría). Ésta, entre otras razones, hace que haya poco uso de

los establecimientos locales y acarrea cierto nivel de desprestigio, ya que no le pueden solucionar sus problemas más sentidos.

Por otro lado, existe escasa población, la mayoría de ellos ancianos y niños pequeños, muchas veces al cuidado de personas mayores. Los jóvenes y población en edad económicamente activa han migrado a Lima o a ciudades intermedias de la Costa; los que quedan en los pueblos su labor económica principal es la agricultura, lo que implica que inician su labor a las 6 de la mañana y concluyen hacia las 5 de la tarde. En ese horario funcionan los Establecimientos de Salud, razón por la cual tiene escasa utilización, o cuando se hace las visitas domiciliarias, no se encuentra a la familia. Esto genera mucha frustración en el personal serumista.

5.3.2 Infraestructura y equipamiento

De acuerdo a la opinión de los entrevistados los EESS no cuentan con el equipamiento necesario para lograr un adecuado funcionamiento, particularmente para tener una presencia sistemática y permanente en la comunidad. Es particularmente limitante el no contar con sistemas de transporte y comunicación o que su disponibilidad sea episódica. Por otro lado, no obstante que los EESS tienen una adecuada infraestructura, las condiciones en las que vive el personal son precarias, lo que afecta su permanencia en el ámbito de trabajo.

5.3.3. Uso de las ambulancias

Existe problema con el uso de las ambulancias, pues en la mayoría de los EESS se ha firmado un convenio con la Municipalidad para que puedan asumir el pago del chofer y la gasolina. Pero como ha habido cambio de autoridades, algunas de ellas lo han asumido muy bien, pues hay buena coordinación; pero en cambio hay Municipalidades que no

reconocen este convenio, habiendo muchas dificultades para el traslado de las emergencia hacia los centros de referencia.

5.3.4. Funcionamiento de las intervenciones Programáticas ligadas a las Estrategias Sanitarias Nacionales (Ex - Programas Verticales):

Los testimonios de los serumistas muestran, que en relación al trabajo comunitario, se realizan algunas actividades, que responden a intervenciones promovidas desde los niveles centrales

En el caso de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, se realiza la visita domiciliaria de la gestante, así como la elaboración del Plan de Parto. En esta misma Estrategia, se realiza la visita a hogares para identificar a jóvenes adolescentes, con el propósito de orientarlos en torno a su sexualidad y salud reproductiva.

En el caso del Área de Promoción, se realiza la visita para valorar las condiciones que permita calificar los indicadores de Hogar Saludable (agua, saneamiento, lavado de manos e higiene general del hogar)

En el caso de la Estrategia de Alimentación y Nutrición, se realizan visitas domiciliarias para evaluar (eventualmente) el consumo de micronutrientes.

En el caso de la Estrategia de Inmunizaciones, se visita a la familia cuyo niño no acudió a su cita de vacunaciones, de acuerdo a calendario de inmunizaciones.

5.4 FACTORES RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON LA LABOR DEL SERUMISTA

5.4.1. Discontinuidad de la labor del Serumista

El hecho de que los serumistas tienen una permanencia no mayor de 11 meses en los lugares de trabajo, así como la inexistencia de un sistema

que permita la transferencia de su labor hacia el personal del SERUMS que lo reemplazará, afectan la continuidad de la labor que éstos desarrollan. Esta es una de las principales razones de la falta de sostenibilidad en el Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad.

5.4.2. Se carece de un sistema de gestión del MAIS BFC en los niveles intermedios del sistema de salud

Los testimonios de los serumistas, muestran que no existe un apoyo sostenido en el nivel de gestión para implementar y dar sostenibilidad al funcionamiento del MAIS -BFC, particularmente a nivel de las Microredes. Hay aspectos elementales que no son tomados en consideración, para promover la puesta en práctica del MAIS-BFC y estimular la labor del serumista, como la falta de información sobre el estado de implementación de la estrategia, al inicio de su labor, la carencia de instrumentos de orientación, así como la total falta de formatos de registro de la información

La labor de los responsables a nivel de Microredes (la estructura de gestión más cercana a la labor del Serumista): se limita a asignar el lugar de destino y recibir información periódica y dar por concluida su función. Se ha observado que en una alta proporción de los casos:

-) No hay una capacitación específica sobre las particularidades locales que tiene el MAIS BFC
-) No se entregan instrumentos ni normas relacionados al MAIS BFC
-) No se reproducen y entregan fichas familiares, ni los otros instrumentos necesarios para implementar el Modelo.

-) No se realizan supervisiones específicas para monitorear el funcionamiento del MAIS BFC
-) No existen reuniones de capacitación, ni de intercambio de experiencias al respecto.

5.4.3. Desarrollo de capacidades del personal serumista

Uno de los aspectos más críticos, que afecta negativamente la implementación del MAIS-BFC es el escaso conocimiento que se tiene sobre el enfoque, los criterios y los procesos para la implementación de este modelo. Este déficit se da tanto en el proceso de formación en el pregrado, porque muchos de los serumistas entrevistados tienen poca información al respecto, la cual es más teórica que práctica; como durante la inducción que reciben por las autoridades del SERUMS y en las respectivas DIRESA para ejercer su labor de serumista, así como también en el periodo que ejerce su labor de serumista.

Este es un elemento clave desde la perspectiva de la gerencia social, pues el recursos humano, es fundamental en la gestión de las políticas programas y proyectos sociales. Cualquier iniciativa, con el nivel de exigencia, como el que plantea la implementación del MAIS-BFC requiere contar con recursos humanos, en los diversos niveles de gestión (macro, intermedio y micro o local), con las habilidades y competencias básicas, para gerenciar elementos complejos, como el medio ambiente social y político, la participación social, la acción intersectorial e intergubernamental, entre otros elementos, incluidos en las líneas de acción de la gerencia social.

CAPÍTULO VI. SUGERENCIAS Y PROPUESTAS

-) Para hacer viable la implementación del MAIS-BFC por el personal serumista, será indispensable fortalecer sus capacidades y competencias en aspectos operativos, de gestión y para el trabajo comunitario.

Para ello será indispensable que el Ministerio de Salud, en su calidad de rector de la política sanitaria, oriente el tipo de formación que se brinda durante el pregrado, la que debe ser compatible con un modelo de atención preventivo y que promueva la participación de las familias y comunidades en el cuidado de la salud, considerando que el Ministerio de Salud es el empleador más grande de los recursos humanos egresados de las diferentes universidades. Esto implica la inclusión en los planes de estudio de estos aspectos, así como el monitoreo de su cumplimiento, a través del seguimiento de la labor que desarrolla el profesional serumista.

Es relevante que en la formación universitaria de los recursos humanos en salud, como también entre el personal que inicia su trabajo práctico en los EESS, reciban información y capacitación con contenido social, tanto en términos teóricos, como prácticos, los que debe incluir contenidos de interculturalidad, género, derechos humanos, entre otros.

En el ámbito de las universidades, la intervención respecto a la planificación, regulación y la supervisión de la formación o malla curricular es limitada, siendo por eso muy importante que el MINSA a través de la DGGDRH, como responsable de las políticas nacionales de salud y de recursos humanos, debe fortalecer su rol regulador.

- J) Por otro lado, es fundamental, que las unidades responsables del trabajo con los serumistas, en el Ministerio de Salud, ajusten los planes de capacitación dirigidos al serumista, durante la etapa de inducción y a través de un sistema continuo de formación y monitoreo y supervisión, para lo cual se recomienda el uso de la tecnología de la información a través de metodologías interactivas.
- J) Es importante que la capacitación brindada a los serumistas, debe mejorar en aspectos de calidad, en la duración, aplicación práctica, evaluación y al monitoreo de las mismas que supone indicaciones in situ para que puedan cumplir las metas propuestas. Éstas deben ser llevadas a cabo por las oficinas de SERUMS del nivel central como de las diferentes DIRESA/DISA y estar más de acorde con lo que en realidad necesita el serumista para todo el año que va a estar en el Establecimiento de Salud.

Se sugiere una capacitación previa con un mes de anticipación con aplicaciones prácticas, que deben ser orientadas en el correcto llenado de las fichas familiares especialmente en los esquemas, sin dejar de lado las pautas que deben seguir para realizar las coordinaciones con todos los actores sociales y un esquema piloto de plan comunal, porque la formación obtenida en la universidad relacionada al MAIS-BFC no es suficiente.

- J) Habrá que coordinar entre el Ministerio de Salud y los centros formadores de los profesionales, para que se incluya dentro de su formación el componente de Gestión de EESS, ya que muchos de ellos asumen la jefatura del Establecimiento de Salud, durante el SERUMS sin estar preparados para ello.
- J) Los EESS del primer nivel de atención, deben de iniciar un proceso de adaptación de sus mecanismos de gestión y de organización para implementar el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (RM No 464 - 2011/MINSA) a fin de

brindar una atención integral de salud con calidad tanto en sus actividades intra y extramurales; con un enfoque biopsicosocial de las personas y su medio ambiente. Deben de fortalecer su articulación con los otros niveles de atención para garantizar accesibilidad y capacidad de resolución de los problemas de mayor complejidad de la población en forma oportuna y eficiente.

) La “Red funcional” antes mencionada, debe incluir la posibilidad de que los pobladores de las comunidades a los que sirven estos EESS, accedan a atención especializada de carácter transitoria, a través de Programas como MASSALUD, el que a través de Campañas de atención especializada, permite la resolución de problemas de salud de mayor complejidad, que no pueden ser resueltos por los equipos básicos de salud.

) Las autoridades de las Redes de Salud son los responsables de la conformación del Equipo Básico de Salud en los EESS, que si tuvieran formación en salud familiar y comunitaria, sería de mayor beneficio a la comunidad.

Estos EBS-FC multidisciplinarios deberán tener bajo su cargo poblaciones pequeñas de familias, lo cual facilita la interrelación entre ambas partes siendo mucho más fácil la identificación y diagnóstico de las necesidades de salud y la propuesta y ejecución de un plan de intervención conjunto. De esta manera se estrecha la relación con la comunidad lo cual facilita que se compartan responsabilidades relacionadas al cuidado de la salud y al mejoramiento de la calidad de vida de su familia y la comunidad.

) Los Directores de las DISA/DIRESA deberían de verificar previamente que los EESS que necesitan serumistas cuenten con todos los medios para garantizar la seguridad personal de los futuros serumistas, considerando que la mayoría de ellas son mujeres jóvenes. Particularmente debe reforzarse la seguridad de los EESS para la protección del personal de salud, pues existe a

veces agresión contra los profesionales, especialmente cuando los pobladores están con efectos del alcohol;

- J Es importante que los EESS donde se va a realizar el SERUMS, deberían ser visitados antes y ver cuáles son las dificultades y necesidades para así poder planificar junto con el serumista el trabajo que debe realizar, a fin de hacerlo más eficiente y eficaz. Sólo conociendo cada realidad específica, se van a poder dar alternativas de solución a los problemas individuales en función a la implementación del modelo.
- J Con respecto a los aspectos logísticos, las autoridades competentes y responsables de la implementación del MAIS – BFC deben facilitar las fichas de registro de las actividades de MAIS-BFC, a todos los EESS, porque los pueblos donde realizan el SERUMS no cuentan con servicios de fotocopidora o en algunos casos no cuentan con fluido eléctrico, tienen problemas de conexión a internet o no cuentan con los equipos informáticos necesarios. Además, los EESS carecen de equipos básicos para realizar los paquetes de atención integral por etapas de vida, sumada a ello existe la falta de movilidad para transportar las emergencias o hacer las visitas domiciliarias a los anexos más lejanos.
- J Aun en estas zonas, a diferencia de las zonas urbanas, es posible promover el trabajo, con los agentes comunitarios, particularmente con los promotores de salud, lo que posibilitará facilitar el trabajo comunitario. Es claro, que en función del contexto económico y social en el que se vive, se requieren desarrollar mecanismos de estímulo económicos, de reconocimiento y de capacitación, que estimule y haga eficiente y sostenible su trabajo.
- J Se debería mejorar el trabajo en equipo dentro y fuera del establecimiento, considerando el apoyo de la población tanto de

autoridades como comunidad en general. Las reuniones con las autoridades locales deberían estar respaldadas por la red o microred hasta que el personal a cargo concluya el plan comunal. Un aspecto rescatable para posteriores intervenciones es que la población puede participar activamente en todo este proceso.

-) Otro aspecto es la continuidad de las actividades y la enseñanza repetitiva que haga emerger los mecanismos que permitan modificar el imaginario social, de tal manera que los comportamientos o estilos de vida actuales se transformen. Ambos aspectos deben ser evaluados inicialmente para establecer ciertas alianzas entre las autoridades de la comunidad que necesariamente serán quienes favorezcan el vínculo del establecimiento de salud con la comunidad.
-) Incluir a los serumistas, como parte del personal de los EESS, que recibe un estímulo financiero, también llamado “bono de atención primaria”, dirigido a promover el trabajo extramural o comunitario del personal de los establecimientos de salud. Esto implica la necesidad de desarrollar un mecanismo de supervisión y control, que permita reconocer este beneficio al personal que cumple con el trabajo comunitario y por el contrario eliminar el beneficio a quienes no cumplen con este tipo de labor.
-) Incremento de personal, no sólo en el número, si no en el tipo de profesional, porque sería importante contar en cada establecimiento principalmente con un médico y una obstetra por la cantidad de embarazos y las posibles dificultades y emergencias que se puedan presentar.
-) Se deberían hacer mediciones de hospitalizaciones evitables a nivel nacional, ya que éste es un indicador usado frecuentemente para medir la calidad de la Atención Primaria brindada en los EESS.

- J) Desarrollar procesos de planificación local que permitan adecuar los horarios de atención, para la atención entre las 5 y 8 de la noche, como lo hace el sector privado, cuando concluyen las actividades laborales de las personas.



BIBLIOGRAFÍA

ARROYO , J., & J. Hartz, M. L.

2011 "Recursos Humanos en Salud de Perú: Segundo Informe al País. Nuevos Elementos para la Toma de Decisiones y Políticas Públicas", p. 9

BID.INDES

2006 "La Gerencia Social INDES", p. 6

CHAN, M.

2008 "*Regreso de Alma Ata*"

WHO.INT: <<http://who.int/dg/20080915/es/>> Consultado el 16 de octubre de 2016

CONGRESO DE LA REPÚBLICA.

1981 Ley No 23330. *Ley del Servicio Rural Urbano Marginal de Salud*. Lima, Perú, p. 1

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LIMA.

2011. "*Análisis de Situación de Salud Región Lima*". Dirección General de Epidemiología:
<http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_lima_provincias.pdf>
> Consultado el 15 agosto 2016

GRADE. GRUPO DE ANÁLISIS PARA EL DESARROLLO.

2006 "Estudio sobre los Recursos Humanos en Salud en Perú. Gestión, Distribución, Normatividad, Regulación, Condiciones Laborales, Salariales y Formación", pp. 13-14, 23.

HARZHEIM, E., Casado, V., & Bonal, P.

2009 "La Formación de Profesionales de Salud para la APS y Salud familiar y Comunitaria en América Latina y Europ". *Eurosocial -IRD*, p. 7.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI).

2012 "*Encuesta Nacional de Hogares*".

<<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/access-to-health-insurance/>> Consultado el 16 de octubre de 2016

ISAGS.UNASUR.

2014 "*Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América Latina. Mapeo de la APS en Perú*", p. 10

KLIKSBERG, B.

1999 "*Hacia una Gerencia Social Eficiente en América Latina. Gestión y Análisis de Políticas Públicas*". *GAPP. América Latina*, Vol.15, pp. 167-169. Disponible en:
<<http://revistasonline.inap.es/index.php?journal=GAPP&page=articulo&op=view&path%5B%5D=190&path%5B%5D=190>>. Consultado el 15 de septiembre de 2016

MACINKO, J., Dourado Inés, & Guanais, F.

2011 "Enfermedades Crónicas, Atención Primaria y Desempeño de los Sistemas de Salud. Diagnóstico, Herramientas e Intervenciones". *Documento de Debate #IDB-DP-189. BID*, p. 8.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

2008 "Gerencia Social. Un Enfoque Integral para la Gestión de Políticas y Programas Sociales". Colombia

MINSA.

2002 "Lineamiento de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio. Agosto 2001-Julio 2006". *segunda Edición*, p. 37.

2011a "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad", pp. 2,19, 63-79,

2011b "Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de atención. 2011-2021", p. 30.

2013 "Segunda medición de las metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Perú 2007-2015".

MINSA. DGGDRH.

2012 "*Informe Final de la Experiencia e Evaluación de Competencias Laborables del Proceso de Mejora del Desempeño para la Atención de las Infecciones Respiratorias en los establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención de la DISA IV Lima Este*". Lima, Perú.

2013 "*Información de Recursos Humanos en Salud*", p.22. Lima, Perú.

MINSA. IDREH.

2005 "Los Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud. Estrategia para el Abordaje de los Nuevos Desafíos del Campo de los Recursos Humanos en Salud", pp. 33-41.

2006 "*El Perú Respondiendo a los Desafíos de la Década de los Recursos Humanos en Salud. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud*", p. 25.

MINSA. SERUMS.

s/f. *Manual de Uso del aplicativo web Informe Final del SERUMS.*

<<http://serumsapp.minsa.gob.pe/informe/ingreso.aspx>>

Consultado el 15 de marzo de 2015.

NEBOT, C., Rosales, C., & Borrell, R.

2009 "Curso Virtual para el Desarrollo de Competencias en Atención

Primaria de salud". *Rev. Panam. Salud Pública. Vol. 26 (2), 176-83.*

OMS.

2007 "Agenda Salud para las Américas 2008-2017". Panamá.

OMS/OPS.

2010 WHA 63.16, 6. "*Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud*", p. 3

2015 "Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la Salud". Washington, D.C, pp. Xi,73

OPS

1978 "*Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma*

Ata", p. 1 <<http://www.paho.org/hq/index.php?option=com>

[docman&task=doc view&gid=19004&Itemid=2518](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com) > Consultado el

16 de octubre de 2016

OPS/OMS.

2007a "*La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.*

Documento de la Posición de la OMS/OPS". Washington, D.C,

Estados Unidos, pp. 15,16

<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovación_Atencion_Primary_Salud_Americas-OPS.pdf> Consultado: 15 abril de 2015

2007b "27a Conferencia Sanitaria Panamericana. 59a Sesión del Comité Regional". *Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre de 2007*

2009 "La Renovación de la Atención Primaria en las Américas". *Revista Cubana de Salud Pública* , 35 (4), 31-33.

2015 "Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre Salud", p. 73.

ROSANO Aldo.

2012 "The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review". *European Journal of Public Health, Vol. 23 (3), 356-360.*

RUBISTEIN, Adolfo.

2016 "*Hospitalizaciones evitables*". *Gente saludable. Salud en América Latina y el Caribe*, pp. 69-81
BID Mejorando vidas:
<<http://blogs.iadb.org/salud/2016/02/15/hospitalizaciones/?mcid=e8c639076a&mcid=f26386ae1b> > Consultado el 16 de marzo de 2016.

RUBISTEIN Adolfo et al

2014 "Avoidable hospitalization for ambulatory care sensitive conditions as an indicator of primary health care effectiveness in Argentina". *J Ambul Care Manage.2014* , 37 (1), 69-81.

SALAVERRIA, M.

2014 "*Perfil de competencias del Puesto de Trabajo* (1 ed.). Tudela, España: UNED. Cátedra de Calidad.

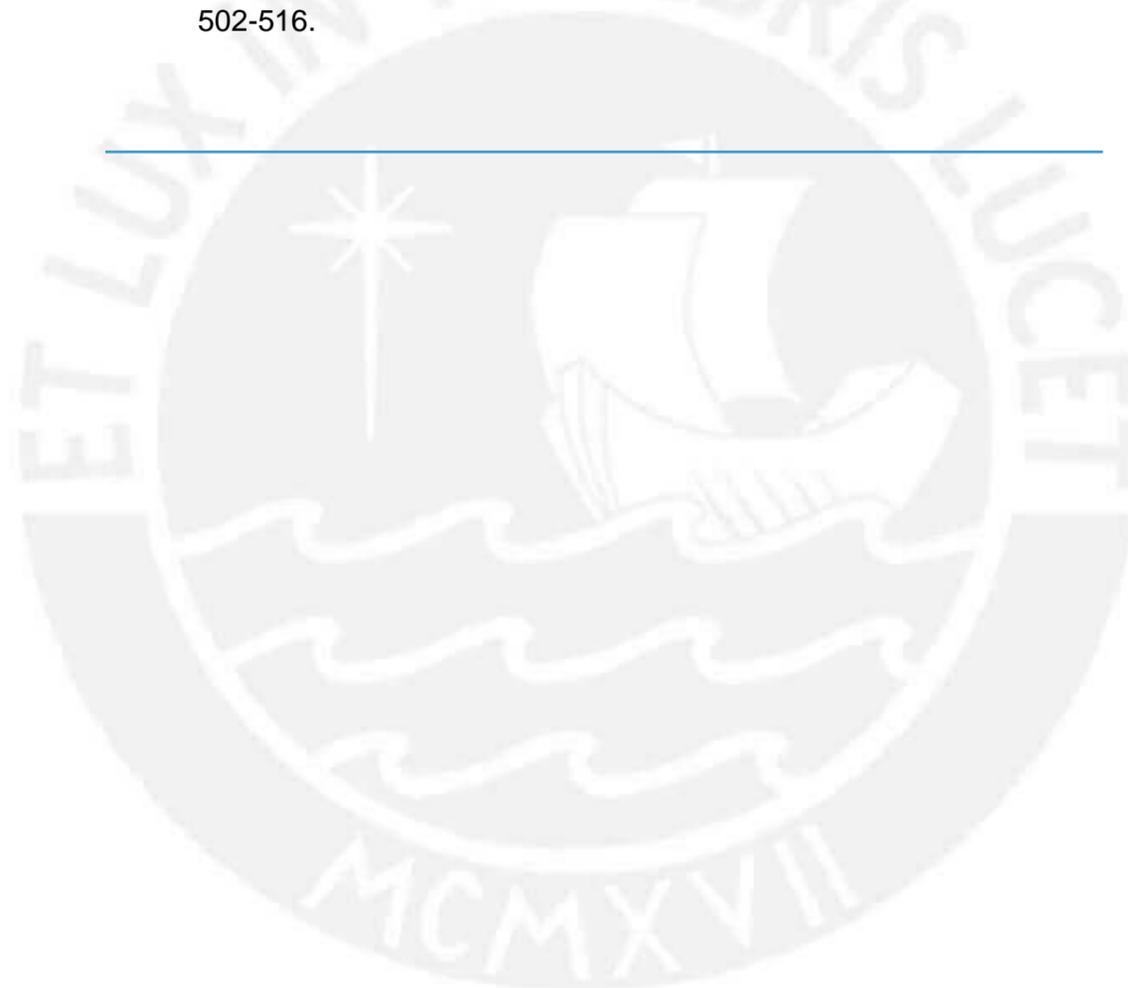
SUMMERS, L.

2015 "Economist's declaration on Universal Health Coverage". *The Lancet* , 386, 2112-13.

<[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)00242-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)00242-1.pdf)> Consultado 20 octubre 2016

VAN LOENEN, Tessa et al.

2014 "Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review". *Family Practice* , Vol. 31 (5), 502-516.



ANEXOS



ANEXO 1: RELACIÓN DE PROFESIONALES SERUMS DIRESA LIMA. 2014-II

N°	Paterno	Materno	Nombres	Profesión	Establecimiento	Fecha de Inicio	Fecha Fin	proceso
35	ALARCON	OBREGON	BARBARA ESTEFANY	ENFERMERIA	GORGOR (LIMA - CAJATAMBO - GORGOR)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
40	ALBAN	GONZALES	CAROL VANESSA	TRABAJO SOCIAL	CHILCA (LIMA - CAÑETE - CHILCA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
80	ANTEZANA	MOSCAIZA	JUDITH VANESSA	ENFERMERIA	PARQUIN (LIMA - HUAURA - SANTA LEONOR)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
124	ASTO	SOTO	NOELIA PRIMITIVA	ENFERMERIA	BAÑOS (LIMA - HUARAL - ATAVILLOS ALTO)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
133	AVILA	GAMBOA	MARIA DEL PILAR	ENFERMERIA	HUACHINGA (LIMA - HUARAL - IHUARI)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
161	BARRIOS	FLORES	MARIA ALEJANDRA	ENFERMERIA	COPA (LIMA - CAJATAMBO - COPA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
198	BERRIOS	LAZO	DUBERLY PAUL	MEDICINA	CUCULI (LIMA - HUAROCHIRI - MARIATANA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
216	BURGA	ULLOA	ELIZABETH JENNY	OBSTETRICIA	JUCUL (LIMA - HUAURA - SANTA LEONOR)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
228	CABALLERO	EURIBE	CESAR WLADIMIR	OBSTETRICIA	AYARANGA (LIMA - HUAURA - PACCHO)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
289	CANALES	ARONI	ISAAC	ODONTOLOGIA	HUAYOPAMPA (LIMA - HUARAL - ATAVILLOS BAJO)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
298	CANEVARO	MEREGILDO	MARIA PETRONILA	ENFERMERIA	SUMBILCA (LIMA - HUARAL - SUMBILCA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
307	CÁRDENAS	CASTRO	LESVI MILAGROS	ENFERMERIA	CUYO (LIMA - HUARAL - HUARAL)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
340	CASTILLO	CAYLLAHUA	MARIANELA	ENFERMERIA	MUZGA (LIMA - HUAURA - PACCHO)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
346	CASTILLO	NÚÑEZ	JACQUELINE YULISA	ENFERMERIA	POQUIAN (LIMA - CAJATAMBO - COPA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
375	CENTENO	SAENZ	EDITH MERY	ENFERMERIA	SAN MARTIN DE ORCOCOTO (LIMA - HUAROCHIRI - CUENCA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
404	CHAVARRI	ELGUERA	SHEYLA REYNA	PSICOLOGIA	CAJATAMBO (LIMA - CAJATAMBO - CAJATAMBO)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2

N°	Paterno	Materno	Nombres	Profesión	Establecimiento	Fecha de Inicio	Fecha Fin	proceso
415	CHAVEZ	RIVAS	SANDRA ERIKA	OBSTETRICIA	SUNICANCHA (LIMA - HUARACHIRI - SAN DAMIAN)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
452	CLAROS	CHAVEZ	OSCAR OSWALDO	ENFERMERIA	MATARA (LIMA - HUARACHIRI - SANTO DOMINGO DE LOS OLLEROS)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
479	CORNEJO	MELLENDEZ	JESSICA	OBSTETRICIA	AYNACA (LIMA - HUAURA - AMBAR)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
504	CRUZ	MELLIZ	LESLIE KAROL	OBSTETRICIA	IHUARI (LIMA - HUARAL - IHUARI)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
544	DE LA TORRE	VALENCIA	DAPHNE BETZABE	ENFERMERIA	MALLAY (LIMA - OYON - OYON)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
549	DELGADO	CERROT	TATIANA YANINA	ENFERMERIA	CHOCNA (LIMA - HUARACHIRI - SAN MATEO)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
574	DIAZ	VENTURO	GLENY YOSUNI	PSICOLOGIA	SAN JOSE DE LOS CHORRILLOS (LIMA - HUARACHIRI - CUENCA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
608	ESPINOZA	BUSTILLOS	CAROLA EDELMIRA	PSICOLOGIA	SAN ANTONIO CHACLLA (LIMA - HUARACHIRI - SAN ANTONIO)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
609	ESPINOZA	CARHUAS	EVELYN JULISSA	ENFERMERIA	SAN LORENZO DE QUINTI (LIMA - HUARACHIRI - SAN LORENZO DE QUINTI)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
627	ESTEBAN	PIZARRO	EMPERATRIZ	OBSTETRICIA	AYNACA (LIMA - HUAURA - AMBAR)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
628	ESTRELLA	CUEVA	JUDITH MERCEDES	NUTRICION	COAYLLO (LIMA - CANETE - COAYLLO)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
662	FLORES	FLORES	VERONICA	ODONTOLOGIA	CASAPALCA (LIMA - HUARACHIRI - CHICLA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
668	FLORES	MARQUINA	MILLY JULISSA	ODONTOLOGIA	9 DE OCTUBRE (LIMA - HUAURA - SAYAN)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
673	FLORES	PEÑA	ROCIO ISABEL	TRABAJO SOCIAL	PACHANGARA (LIMA - OYON - PACHANGARA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
675	FLORES	SALVADOR	INES ESTELA	ENFERMERIA	MIRAFLORES (LIMA - YAUYOS - MIRAFLORES)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
730	GOMEZ	DE LA CRUZ	MAYRA ESTEFANY	OBSTETRICIA	PARAN (LIMA - HUAURA - LEONCIO PRADO)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
734	GOMEZ	SANCHEZ	KENY ANTUANE	OBSTETRICIA	TINTA (LIMA - OYON - OYON)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2

N°	Paterno	Materno	Nombres	Profesión	Establecimiento	Fecha de Inicio	Fecha Fin	proceso
743	GONZALES	GUTIERREZ	MONICA MARIA	OBSTETRICIA	LACHAQUI (LIMA - CANTA - LACHAQUI)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
744	GONZALES	OLIVERA	CLAUDIA ADELA	NUTRICION	CHILCA (LIMA - CAÑETE - CHILCA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
759	GUERRERO	CAMACHO	DEYSI MELISSA	ENFERMERIA	PACCHO (LIMA - HUAURA - PACCHO)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
768	GUEVARA	VALER	ANGHELA IBETH	ENFERMERIA	HUANANGUI (LIMA - HUAURA - LEONCIO PRADO)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
772	GUTIERREZ	AGRAMONTE	LINDA AFRICA	ODONTOLOGIA	CUCULI (LIMA - HUAROCHIRI - MARIATANA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
831	HUAMAN	LOPEZ	MARIA MARGARITA	PSICOLOGIA	OYON (LIMA - OYON - OYON)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
957	LEON	ORTEGA	JESSICA PAOLA	ENFERMERIA	HUANZA (LIMA - HUAROCHIRI - HUANZA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
959	LEON	VELIZ	LESLY ROXANA	ENFERMERIA	ÑAUPAY (LIMA - HUARAL - IHUARI)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
984	LOA	PARRA	RAQUEL CRISTINA	ENFERMERIA	CACRA (LIMA - YAUYOS - CACRA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
1002	LOVON	HUAYHUA	JOSE ANTONIO	MEDICINA	LACHAQUI (LIMA - CANTA - LACHAQUI)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
1013	LUQUE	MENDOZA	ELIZABETH JESSICA	ODONTOLOGIA	CATAHUASI (LIMA - YAUYOS - CATAHUASI)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
1075	MARQUEZ	RIVAS	GENESIS VICTORIA	ENFERMERIA	HONGOS (LIMA - YAUYOS - HONGOS)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
1102	MELO	LLANOS	PAMELA ESPERANZA	ENFERMERIA	TAURIPAMPA (LIMA - YAUYOS - TAURIPAMPA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
1140	MONTOYA	MERINO	VANESSA DEL CARMEN	ENFERMERIA	SAN ANDRES DE TUPICOCHA (LIMA - HUAROCHIRI - SAN ANDRES DE TUPICOCHA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
1272	PALACIOS	GARCIA	NICIDA ISABEL	ENFERMERIA	AYNACA (LIMA - HUAURA - AMBAR)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
1304	PAUCAR	MENDOZA	DONNA CRISTINA ELIZABETH	ENFERMERIA	ANAJES (LIMA - OYON - ANAJES)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
1428	RAMIREZ	ROJAS	ERIKA AGRIPINA	NUTRICION	HUANANGUI (LIMA - HUAURA - LEONCIO PRADO)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
1509	ROJAS	FLORES	ARELI LIZBETH	ENFERMERIA	TOMAS (LIMA - YAUYOS - TOMAS)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2

N°	Paterno	Materno	Nombres	Profesión	Establecimiento	Fecha de Inicio	Fecha Fin	proceso
1516	ROJAS	OTERO	JULY NATHALIA	TRABAJO SOCIAL	SAN ANTONIO CHACLLA (LIMA - HUAROCHIRI - SAN ANTONIO)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
1599	SANCHEZ	ALIAGA	ALVARO CESAR	PSICOLOGIA	CHICLA (LIMA - HUAROCHIRI - CHICLA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
1633	SARMIENTO	DURAND	ANA CARLA KATHERINE	MEDICINA	RAPAZ (LIMA - OYON - OYON)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
1670	SOTO	TRILLO	YANINA LIZBETH	ENFERMERIA	CARAC (LIMA - HUARAL - VEINTISIETE DE NOVIEMBRE)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
1683	SUSANO	ESTELA	JESÚS MARÍA	OBSTETRICIA	HUANANGUI (LIMA - HUAURA - LEONCIO PRADO)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
1796	VALLE	SALAZAR	OLINDA ESTHER	ENFERMERIA	AYNACA (LIMA - HUAURA - AMBAR)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
1828	VEGA	VEGA	LADY MARLENE	OBSTETRICIA	15 DE ENERO (LIMA - CAÑETE - CHILCA)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2
1851	VENTURA	ROJAS	MERLY MARINET	OBSTETRICIA	ANDAJES (LIMA - OYON - ANDAJES)	16/10/2014	15/10/2015	2014-2

Fuente: Oficina del SERUMS.04 mayo 2015

ANEXO 2: CRONOGRAMA DE VISITA A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Tabla . Cronograma de visita a los Establecimientos de Salud. Setiembre de 2015

L	M	M	J	V	S	D
		2 PS. Lachaqui-Canta	3 PS. Naván PS. Parquín PS. Huanangui	4 PS. Ayaranga PS. Paccho PS. Santa Cruz PS. Acotama	5	6
7 PS. San Vicente PS. Cerro Alegre PS. Imperial	8	9	10 PS. Santa María PS. Cuyo PS. Ihuari PS. Huachinga	11 PS. Carac PS. Sumbilca PS. Baños	12	13
14 PS. Miraflores PS. Tomas	15 PS. Hongos PS. Zúñiga	16	17 PS. Jucul PS. Mallay PS. Tinta	18 PS. Muzga	19 PS. San Andrés de Tupicocha PS. Sunicancha	20
21	22	23	24 PS 15 de enero	25	26	27

Fuente: Elaboración propia. Setiembre 2015

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE ESTÁNDAR DE COMPETENCIA CARGO / PUESTO DE TRABAJO¹⁹:

Dirigido a: Médico Cirujano, Enfermero (a), Obstetra y Técnico (a) en Enfermería.

1. **TITULO DE LA COMPETENCIA.** Realiza la atención integral a la familia y la Comunidad, de acuerdo a normativa vigente.
2. **DESCRIPCIÓN DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** El Estándar de Competencia describe el desempeño del Médico cirujano, Enfermero (a), Obstetra y Técnico (a) en enfermería, que realiza la atención integral a la familia y la comunidad; que consta de identificar los actores sociales del sector asignado, elección e incorporación de los ACS al sistema de vigilancia comunitaria, elaboración del croquis o mapa, aplicación de las fichas familiares a las familias a su cargo, conformación del Sistema de Vigilancia Comunitaria, elaboración del Plan Comunal con participación comunitaria, capacitación a los ACS, elaboración del Plan de Atención Integral de las Familias y el desarrollo de actividades de seguimiento del Plan Comunal establecido.

3. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA

3.1. PRODUCTO

El Médico Cirujano, Enfermero (a), Obstetra, y Técnico (a) en enfermería, es competente cuando obtiene como cumplidos los Criterios de evaluación.

3.2 CONOCIMIENTOS

El Médico Cirujano, Enfermero (a), Obstetra y Técnico (a) en enfermería, es competente cuando posee los siguientes conocimientos esenciales:

Atención primaria, participación social y vigilancia ciudadana.

¹⁹ MINSA. Consigna informe de los resultados logrados, utilizando medios visuales (antes y después).

Plan de salud local/plan comunal de salud
 Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad.
 Modelo de abordaje de la promoción de la salud.
 Aplicación de ficha familiar
 Abogacía para la promoción de la salud.

I. INFORMACIÓN GENERAL			
TÍTULO DE LA COMPETENCIA	Realiza la atención integral a la familia y la comunidad, de acuerdo a normativa vigente.		
FECHA DE EVALUACIÓN	DÍA:	MES:	AÑO:
CENTRO DE EVALUACIÓN			
DATOS DEL CANDIDATO(A) A LA EVALUACIÓN:			
DNI	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE PROCEDENCIA			
DIRECCIÓN DE SALUD			
PROVINCIA - DISTRITO			
CARGO/PUESTO			
UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA			
PROFESIÓN			
AÑO DE GRADUACIÓN			
TIPO DE INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	GUÍA DE OBSERVACIÓN	LISTA DE COTEJO	CUESTIONARIO
NOMBRES Y APELLIDOS DEL EVALUADOR (A)			
II. INTRODUCCIÓN			
<p>El presente instrumento de evaluación está diseñado para evaluar la competencia laboral de las personas que se desempeñan como Médico cirujano, Enfermero (a), Obstetra o Técnico (a) en Enfermería que desarrollan actividades asistenciales en Establecimientos de Salud del I Nivel de Atención y contiene, además, las instrucciones que deben seguir para su aplicación. Posteriormente se presentan las instrucciones de calificación del instrumento de evaluación, así como para la emisión del juicio de cumplimiento.</p> <p>El instrumento contiene un total de 29 reactivos a evaluar: Lista de cotejo, con un total de 09 reactivo; Cuestionario, con un total de 20 reactivos.</p>			

III. INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN				
<p>Para el evaluador:</p> <p>Es necesario que la aplicación de este instrumento se realice de acuerdo a lo establecido en el plan de evaluación.</p> <p>Antes de aplicar el instrumento de evaluación, verifique el lugar, las condiciones, personal, equipos, instrumentos, materiales y apoyos requeridos para que el candidato a la evaluación pueda evidenciar su desempeño en situaciones de trabajo real/simulado.</p> <p>Al interactuar con el evaluado, evite interrumpir en lo posible, observando la forma de hacer el trabajo y anotando lo especificado en este documento.</p> <p>Todos los reactivos deben ser evaluados.</p>				
IV. FORMATO DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:				
4.1 LISTA DE COTEJO DE PRODUCTOS				
<p>Marque con una "X" en la columna SÍ, cuando los productos del evaluado muestre las evidencias correspondientes y en la columna NO cuando no muestre los productos señalados:</p>				
EL MÉDICO CIRUJANO, ENFERMERO (A), OBSTETRA Y TÉCNICO (A) EN ENFERMERÍAS COMPETENTE CUANDO OBTIENE LOS SIGUIENTES PRODUCTOS:				
1	El directorio de actores sociales del sector asignado.	Sí	No	Observaciones
1.1	Consigna datos actualizados de los actores sociales de su(s) sector(es) asignado(s).			
1.2	Tiene el nombre del personal a cargo del Sector.			
1.3	Tiene la firma y sello del jefe del establecimiento.			
CUMPLE EL REACTIVO				
2	Lista de Agentes Comunitarios de Salud del Sector asignado.	Sí	No	Observaciones
2.1	Contiene nombre, edad y dirección de los ACS de su sector.			
2.2	Tiene el nombre del personal a cargo del Sector.			
2.3	Tiene la firma y sello del jefe del establecimiento.			
CUMPLE EL REACTIVO				
3	Mapa o croquis del Sector asignado.	Sí	No	Observaciones
3.1	Las familias están clasificadas por su riesgo.			
3.2	Se señalan a los actores sociales.			
3.3	Se señalan a los grupos de riesgo.			
3.4	Contiene las leyendas pertinentes.			
CUMPLE EL REACTIVO				

4	Fichas Familiares de las familias a su cargo.	Sí	No	Observaciones
4.1	Registra los datos del domicilio.			
4.2	Registra los datos de la familia y sus miembros.			
4.3	Identifica riesgos de acuerdo a etapa de vida y como familia.			
4.4	Registra datos socioeconómicos de la vivienda y el entorno.			
CUMPLE EL REACTIVO				
5	Acta de conformación de Sistema de Vigilancia Comunitaria del Sector asignado.	Sí	No	Observaciones
5.1	Contiene la sistematización del diagnóstico de todas las fichas familiares correspondientes a las familias del sector asignado.			
5.2	Se registra la participación de los actores comunales y del gobierno local.			
5.3	Los ACS forman parte de los delegados de salud.			
CUMPLE EL REACTIVO				
6	Plan Comunal del Sector asignado.	Sí	No	Observaciones
6.1	Considera dos ejes de intervención: La atención integral a la persona por etapas de vida y a la familia como unidad por ciclo vital familiar, y el abordaje de los determinantes sociales de la salud, en la familia y la comunidad.			
6.2	Contiene acciones específicas de intervención, los responsables de dicha intervención y el plazo de su ejecución.			
CUMPLE EL REACTIVO				
7	Plan y Actividades de Capacitación a ACS del sector asignado.	Sí	No	Observaciones
7.1	Contiene actividades de capacitación anual programadas.			
7.2	Contiene las actividades desarrolladas de acuerdo a Plan de Capacitación programado.			
CUMPLE EL REACTIVO				
8	Plan de Atención Integral (PAIFAM) de las familias a su cargo.	Sí	No	Observaciones
8.1	Contiene los problemas identificados en el cumplimiento de los paquetes de atención integral por etapa de vida.			
8.2	Contiene los problemas identificados en el fomento de estilos de vida saludables.			
8.3	Contiene los problemas identificados en el saneamiento básico de la vivienda.			

8.4	Contiene los problemas identificados en el desarrollo de pautas de crianza y cultura de paz y buen trato.			
8.5	Registra las visitas domiciliarias realizadas.			
8.6	Registra los acuerdos y el responsable de su ejecución.			
CUMPLE EL REACTIVO				
9	Informe anual del Centro de Vigilancia Comunal.	Sí	No	Observaciones
	Consigna registros fotográficos o informes del proceso de intervención conjunta.			
	Consigna informe de los resultados logrados, utilizando medios visuales (antes y después).			
CUMPLE EL REACTIVO				

FIRMA DEL EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

V. INSTRUCCIONES PARA LA EMISIÓN DEL JUICIO DE CUMPLIMIENTO

La emisión del Juicio de cumplimiento, tiene dos posibilidades:

CUMPLE

Ha logrado aprobar los 2 instrumentos de evaluación, es decir:

 Cuando responde correctamente el 100% del cuestionario de 20 preguntas.

 Cuando cumple el 100% de todos los reactivos de la lista de cotejo de producto.

Para este caso el candidato CUMPLE con la calificación de **“Competente”**.

NO CUMPLE

En el caso que no aprobara uno o más de los instrumentos de evaluación el candidato será calificado como **“En proceso de adquirir la competencia.”**

VI. JUICIO DE CUMPLIMIENTO

En esta sección tan solo se debe marcar con una "X" cualquiera de las dos opciones señaladas, lo cual se debe hacer de acuerdo a los criterios establecidos en la sección anterior.

RESULTADO : **CUMPLE** **NO CUMPLE**

VII. RETROALIMENTACIÓN AL CANDIDATO-IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS DE MEJORA

Mencionarle su juicio de cumplimiento, indicarle las mejores prácticas demostradas durante la evaluación y señalar las evidencias o aspectos que no fueron mostrados satisfactoriamente.

Finalizar con recomendaciones de mejora.

FIRMA DEL EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

- a) Debe ser sólo en los establecimientos del MINSA
- b) Debe ser en los establecimientos de salud (EESS) del MINSA y EsSALUD
- c) Debe ser en todo el territorio nacional, instituciones e instancias relacionadas con la salud de los gobiernos locales como en los establecimientos de salud de carácter público, privado y mixto.

3. Para la gestión del MAIS-BFC qué elementos ha tenido en cuenta?. Marque (V) en el caso de Verdadero o (F) en el caso que el enunciado sea Falso :

- a) Es importante el reconocimiento de las necesidades poblacionales identificadas con un componente territorial (V) (F)
- b) La dotación de equipos de atención de salud deben ser suficientes (V) (F)
- c) El sistema de información no es prioritario (V) (F)

4. Para la organización de la prestación de servicios del MAIS-BFC ha tenido en cuenta: Marque (V) en el caso de Verdadero o (F) en el caso que el enunciado sea Falso :

- a) No es importante la conformación de redes de salud integradas (V) (F)
- b) Necesita la categorización de los establecimientos de salud (V) (F)
- c) Necesita recursos humanos en número suficiente y capacitado (V) (F)

5. Cuáles son las consideraciones que han tenido en cuenta para la prestación de servicios del MAIS-BFC? Marque (V) en el caso de Verdadero o (F) en el caso que el enunciado sea Falso :

- a) La prestación de servicios se concibe como un atención integral (V) (F)
- b) Se define como aquella provisión continua y con calidad de una
- c) atención orientada a cubrir las necesidades de salud (V) (F)

- d) Con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de riesgos (V) (F)
- e) Considerando a las personas individualmente sin tener en cuenta su familia y comunidad. (V) (F)

6. Con relación al MAIS –BFC, marque (V) en el caso de Verdadero o (F) en el caso que el enunciado sea Falso de acuerdo a la experiencia en su establecimiento de salud :

- a) La puerta de entrada es cualquier establecimiento de salud (V) (F)
- b) Los EESS realizan sólo actividades extramurales (V) (F)
- c) Los EESS realizan actividades extramurales e intramurales (V) (F)
- d) Los EESS tienen Equipos Básicos de salud (V) (F)

7. En el caso que le toca elaborar el “Libro Comunal” marque (V) en el caso de Verdadero o (F) en el caso que el enunciado mencionado sea Falso.

- a) Sirve para promover los diagnósticos comunitarios para el reconocimiento y mejoramiento de las condiciones de vida en la comunidad (V) (F)
- b) Es un documento de trabajo elaborado por las autoridades, líderes, c) organizaciones de la comunidad y las familias (V) (F)
- d) El personal del establecimiento de salud apoya su elaboración (V) (F)

8. En el establecimiento de salud donde usted está haciendo el SERUMS, encuentra al hacer la estadística de las atenciones mensuales un porcentaje muy alto (>30%) de niños con desnutrición crónica. Qué medidas tomaría?

- a) Revisaría las fichas familiares de cada niño (V) (F)
- b) Convocaría a una reunión multisectorial: educación, municipio, promotores de salud y/ agentes comunales. (V) (F)

- c) Se elaboraría un plan de intervención (V) (F)
- d) Se trataría de llegar a un compromiso real de las entidades, es decir compromiso político y financiero (V) (F)

9. En el establecimiento de salud donde usted está haciendo el SERUMS, encuentra al hacer la estadística de las atenciones mensuales el 10% de personas con obesidad. Qué medidas tomaría?

- a) Revisaría las fichas familiares de cada persona (V) (F)
- b) Identificaría las causas de la obesidad de las personas (V) (F)
- c) Convocaría a una reunión multisectorial: educación, municipio, promotores de salud y/ agentes comunales. (V) (F)
- d) Se elaboraría un plan de intervención (V) (F)

10. La población que acude al establecimiento de salud donde está haciendo el SERUMS, no tiene seguro de ninguna clase y son de pobreza y extrema pobreza, que realizaría para solucionar el problema?

- a) Revisa las fichas familiares para cerciorarse de la condición social (V) (F)
- b) Deriva al SIS (V) (F)
- c) Deriva a EsSALUD (V) (F)
- d) Elabora un plan de intervención (V) (F)

11. En qué casos cree Ud, que debería realizar una visita domiciliaria?

- a) Para control de inmunizaciones
- b) Cuando el paciente no acude a tratamiento o seguimiento de un problema o daño.
- c) Para seguimiento de adolescentes en riesgo Psicosocial
- d) Todas

12. Cuántas visitas de familia por año planifican y realizan en su establecimiento de salud a fin de recoger información de las necesidades

y factores de riesgo nivel individual y familiar y elaborar el plan de atención integral familiar en forma conjunta con la familia?

- a) No se realizan visitas domiciliarias
- b) Se visita sólo una vez
- c) Se planifican 4 pero no se realizan todas
- d) Se realizan 4 visitas anuales por familia

13. De las visitas de familia que usted ha realizado durante el año, cuántas visitas en promedio han sido necesarias para cumplir los objetivos de las visitas de salud familiar?

- a) Sólo 1 visita por año
- b) 1 a 2 visitas por año
- c) 4 visitas por año
- d) Más de 4 visitas por año

14. Si Ud. decide hacer una primera visita familiar qué actividades considera que deben realizarse en esta visita?

- a) Seguimiento a citas programadas
- b) Aplicación de la ficha familiar.
- c) Control de tratamiento
- d) Entrega del plan anual

15. Cuándo Ud. realiza la segunda visita familiar qué actividades considera que deben realizarse en esta visita?

- a) Aplicación de la ficha familiar.
- b) Elaboración y acuerdos respecto al Plan de Atención Integral Familiar (PAIFAM)
- c) Valoración de la familia
- d) Verificación del cumplimiento de los paquetes de cuidados esenciales por etapa de vida

16. En las visitas familiares que Ud. realiza, cuándo da por finalizada las visitas familiares

- a) Cuando completa las fichas familiares
- b) Cuando verifica el cumplimiento de los paquetes de cuidados esenciales por etapa de vida
- c) Cuando entrega el Plan Familiar anual
- d) Cuando la persona cumple su tratamiento

17. Si tienes una persona que necesita ser referida por una complicación no posible de ser resuelta en el establecimiento de salud donde labora, a qué establecimiento de salud le envías?
.....

18. Este Establecimiento de salud es parte de la Red Integrada de Salud a la que perteneces?

Si----- No.....

19. Para promover la atención del parto institucional en el caso de gestantes de su ámbito territorial, que acciones realizaría.

- a) Elaborar el Plan de parto (V) (F)
- b) Identifica la distancia al establecimiento de atención y evalúa la pertinencia de asegurar el uso de la Casa Materna, en el caso que se cuente con este servicio. (V) (F)
- c) Revisa la condición social de la paciente (V) (F)
- d) Identifica a la usuaria en el padrón nominado (V) (F)

20. Para reducir los altos niveles de anemia que afectan a los niños menores de tres años que acciones promovería.

- a) Al iniciar la suplementación, hacer prueba de hemoglobina a todos los niños. (V) (F)
- b) Promover el uso del padrón nominado por el Municipio y los establecimientos de salud. (V) (F)

- c) Desarrollar acciones de Consejería y Visita domiciliaria de los niños. (V) (F)
- d) Promovería la distribución de sulfato ferroso en jarabe para todos los niños y niñas (V) (F)

Muchas gracias



ANEXO 5. GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

I. Información General del Establecimiento de Salud

1. Nombre del establecimiento:
2. Dirección:
3. Dirección de salud a la que pertenece:
4. Red de salud:
5. Ubicación en la Red de Servicios de salud:
6. Provincia:
7. Distrito:
8. Categoría de establecimiento de salud:

II. Medios de comunicación

-) Registrar la información correspondiente a los medios de comunicación del establecimiento de salud, indicando los teléfonos del establecimiento, la frecuencia de radio si la hubiera y el correo electrónico del establecimiento

1. Teléfono:
2. Correo electrónico del Establecimiento:
3. Frecuencia de radio (si lo tiene):

III. Medios de transporte operativos con que cuenta el Establecimiento de salud:

-) Ambulancia Moto Camioneta Otro

IV. Recursos Humanos

Coloca el nombre de los profesionales que laboran en el

Establecimiento de Salud

N°	Nombre	Profesión*	Condición laboral**	SERUMS	TOTAL
1					
2					
3					
4					
5					
6					

*Colocar si es Médico, Enfermera, Obstetiz, Técnico en Enfermería u otras profesiones

**Colocar si es nombrado o contratado

V. Accesibilidad

) Identificar las formas de acceso del Centro de Salud , tipo y medio de transporte y cuánto tiempo demora

Medio transporte	Frecuencia (diaria, interdiaria, semanal)	Tiempo de demora en horas	Observaciones
Automóvil			
Ómnibus público			
Camioneta rural o combi			
Camión			

Acémila			
A pie			
Otro			

VI. Saneamiento Básico del establecimiento de salud

Agua:

- Red pública (potable)
- Pozo
- Otro
- Ninguno

Desagüe

- Red pública
- Pozo
- Otro
- Ninguno

Luz:

- Red pública
- Red privada
- Otro
- Ninguno

Material de construcción:

- Noble
- Adobe
- Estera
- Mixto

Acceso para discapacitados con problemas motores. SI No

Señalización para brindar algún mensaje o indicar localización de los servicios.

SI NO

VII. Horario de atención del Establecimiento de Salud:

) Indicar los días de atención:

) Indicar el horario de atención: 8 horas 12 horas

24 horas Otro

VIII. Situación de salud local

Describir la situación de salud del ámbito de jurisdicción del establecimiento asignado

1. La población asignada por grupo etáreo y por sexo al establecimiento de salud.

Grupo etáreo	Femenino	Masculino	Total
0-5 años			
6 a 12 años			
12-18 años			
19-30 años			
31-60 años			
>60 años			

2. Causas de morbilidad y mortalidad infantil

) Morbilidad:

a.....

b.....

c.....

d.....

e.....

) Mortalidad

a.....

b.....

c.....

d.....

e.....

3. Causas de morbilidad y mortalidad en población general

) Morbilidad:

a.....

b.....

c.....

d.....

e.....

) Mortalidad

a.....

b.....

c.....

d.....

e.....

4. Porcentaje de desnutridos crónicos en <5 años:

5. Número Muertes maternas ocurridas en el año 2014:

6. Número de Muertes infantiles (0 a 1 año) ocurridas en el año 2014:

IX. Red integrada de servicios de salud

Describir la Red de servicios de salud del cuál es parte el establecimiento

Realizado por:.....

Fecha:

ANEXO 6: EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS

Evaluación de conocimientos con relación a la Universidad de procedencia de los Serumistas

No	Universidad	Puntaje 45 preguntas		Porcentaje 45		Escala vigesimal	
		Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
1	Alas Peruanas	38,00	,89	84,44	1,99	16,89	,40
2	Escuela latinoamericana de Medicina. La Habana.Cuba	38,00	.	84,44	.	16,89	.
3	Inca Garcilaso de la Vega	37,20	1,10	82,67	2,43	16,53	,49
4	Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana	30,00	.	66,67	.	13,33	.
5	Norbert Wiener	37,33	2,52	82,96	5,59	16,59	1,12
6	Peruana Los Andes	35,00	.	77,78	.	15,56	.
7	Ricardo Palma - Escuela Tezza	38,00	.	84,44	.	16,89	.
8	San Juan Bautista	39,00	,82	86,67	1,81	17,33	,36
9	San Martín de Porres	38,75	1,26	86,11	2,80	17,22	,56
10	Universidad Cayetano Heredia	40,00	.	88,89	.	17,78	.
11	Universidad José Faustino Sánchez Carrión	39,67	1,15	88,15	2,57	17,63	,51
12	Universidad Nacional del Callao	40,00	.	88,89	.	17,78	.
13	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	37,00	4,24	82,22	9,43	16,44	1,89
14	Universidad Peruana Unión	39,00	.	86,67	.	17,33	.
15	Universidad Privada Sergio Bernales	38,00	2,83	84,44	6,29	16,89	1,26

Fuente: Elaboración propia. Año 2016