



**POSTGRADO REGIONALIZADO
ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN EN
SALUD PÚBLICA**



**EFFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCION
INTEGRAL EN LAS CONSULTAS PREVENTIVAS DE LOS SERVICIOS DE
SALUD EN EL MUNICIPIO ROSCIO DEL ESTADO BOLÍVAR.**

Año 2.006

Trabajo de Grado presentado como Requisito Parcial para Optar al Título de
Especialista de Gestión en Salud Pública.

**Autora: Dra. Ana Adela Pérez
Tutora: MSc. Stella Gafanhao**

Maracay, Enero 2007

Instituto de Altos Estudios en Salud Pública
"Dr. Arnoldo Gabaldón"

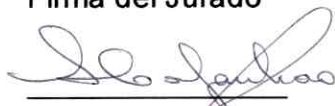

POSTGRADO ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

ACTA VEREDICTO

Nosotros, miembros del Jurado designados para la evaluación del Trabajo de **Especialización de Gestión en Salud Pública** titulado:

"EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN LAS CONSULTAS PREVENTIVAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO ROSCIO. ESTADO BOLIVAR. 2.006".

Presentado por el Ciudadano (a) ANA ADELA PEREZ PEREZ, para optar al Título de **Especialista de Gestión en Salud Pública**, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como **APROBADO**.

| Nombres y Apellidos | C.I. | Firma del Jurado |
|-----------------------------|------------|---|
| Presidente: Stella Gafanhao | 5.699.910 |  |
| Miembro: Emilio Fernández | 82.299.200 |  |
| Miembro: Maiqui Flores | 9.433.134 | _____ |

MARACAY, ENERO DE 2007.

"2006 AÑO BICENTENARIO DEL JURAMENTO DEL GENERALÍSIMO FRANCISCO DE MIRANDA Y DE LA PARTICIPACIÓN PROTAGÓNICA Y DEL PODER POPULAR"



Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón"
Av. Bermúdez Sur, N° 93, "Antiguo Edificio Malariaología", Maracay, Estado Aragua
Telfs.: (0058) (0243) 232.0833 / 6733 / 8217 / 5633 / 8531 - Fax: (0058) (0243) 232.6933

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por darme luz para guiar mi camino por la divinidad de sus conocimientos, proveerme fortaleza para superarme y llegar a la meta.

A mi difunta madre por haberme dado la vida y guiado siempre por el camino de la dignidad y lealtad para con los demás.

A mi hermano quien en todo momento me ha apoyado para seguir adelante en las metas propuestas.

A mis amigos(as) incondicionales, que me han apoyado en los momentos más difíciles de esta carrera constante de preparación.

RECONOCIMIENTOS

A José Domingo, mi hermano por su incondicional apoyo sin escatimar esfuerzos.

A Curman quien me ha brindado su amistad, comprensión y orientación.

A una persona muy especial que me ha dado su cariño, comprensión y dedicación.

A Carlitos, Carolina y Roselyn por compartir los momentos agradables y difíciles de mi vida.

A mis compañeras de estudio de Guasipati por compartir en todo momento.

A todos mis compañeros de trabajo que de una u otra forma me han apoyado para hacer realidad este momento.

A Stella mi tutora, profesora y amiga desde el comienzo hasta el final de esta enseñanza.

A los miembros de mi jurado quienes colocan un granito de arena mas en mi enseñanza.

A todos los estudiantes y profesores de la especialidad regionalizada en salud publica por haber compartido tanto momentos gratos.

TABLA DE CONTENIDO

| | PAG |
|---------------------------------------|------|
| DEDICATORIA..... | ii |
| RECONOCIMIENTOS..... | iii |
| TABLA DE CONTENIDO..... | iv |
| LISTA DE CUADROS..... | Vi |
| LISTA DE GRAFICOS..... | Vii |
| RESUMEN | viii |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| | |
| CAPITULO I | |
| EL PROBLEMA..... | 4 |
| Planteamiento del problema..... | 4 |
| Justificación..... | 9 |
| Objetivos..... | 11 |
| Objetivo General..... | 11 |
| Objetivos específicos..... | 11 |
| Alcances y limitaciones..... | 12 |
| Factibilidad..... | 13 |
| | |
| CAPITULO II | |
| MARCO TEORICO..... | 15 |
| Antecedentes de la investigación..... | 15 |
| Bases Teóricas..... | 17 |

| | |
|--|----|
| CAPITULO III | |
| METODOLOGIA..... | 29 |
| Población y Muestra..... | 29 |
| Tipo de Investigación..... | 29 |
| Operacionalización de las Variables..... | 30 |
| Técnica y Recolección de Datos..... | 35 |
| Técnicas de Análisis de Datos..... | 35 |
| CAPITULO IV | |
| ANÁLISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS | 37 |
| CAPITULO V | |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 51 |
| Conclusiones..... | 51 |
| Recomendaciones..... | 54 |
| LISTA DE REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 56 |
| ANEXOS | |
| Anexo A. | 59 |
| Anexo B..... | 64 |
| Anexo C..... | 71 |
| Anexo D..... | 75 |

LISTA DE CUADROS

| | PAG |
|---|------------|
| Cuadro Nº.1 Actividades programadas, realizadas y cobertura de inmunización, Municipio Roscio. Estado Bolívar 2001 y 2006..... | 71 |
| Cuadro Nº.2 Actividades programadas, realizadas y cobertura de consultas por ciclo de vida, Municipio Roscio. Estado Bolívar 2001 y 2006 | 72 |
| Cuadro Nº.3 Actividades programadas, realizadas y cobertura de consultas por programas, Municipio Roscio. Estado Bolívar 2001 y 2006 ... | 73 |
| Cuadro Nº.4 Resultados de los indicadores de salud, Municipio Roscio. Estado Bolívar 2001 y 2006..... | 74 |

LISTA DE GRAFICOS

| | PAG |
|---|-----|
| Gráfico Nº. 1A Coberturas de Inmunización con Antipoliomielitica, Municipio Roscio. Estado Bolívar 2001 y 2006..... | 39 |
| Gráfico Nº. 1B Coberturas de Inmunización con BCG, Municipio Roscio. Estado Bolívar 2001 y 2006..... | 40 |
| Gráfico Nº. 1C Coberturas de Inmunización con VACUNA TRIPLE, Municipio Roscio. Estado Bolívar 2001 y 2006..... | 41 |
| Gráfico Nº. 1D Coberturas de Inmunización con VACUNA ANTIHEPTITIS B, Municipio Roscio. Estado Bolívar 2001 y 2006..... | 42 |
| Gráfico Nº. 1E Coberturas de Inmunización con TRIVALENTE VIRAL, Municipio Roscio. Estado Bolívar 2001 y 2006..... | 43 |
| Gráfico Nº. 1F Coberturas de Inmunización con ANTIAMARILICA, Municipio Roscio. Estado Bolívar 2001 y 2006..... | 44 |
| Gráfico Nº. 2 Coberturas de consultas por ciclo de vida, Municipio Roscio. Estado Bolívar 2001 y 2006..... | 46 |
| Gráfico Nº. 3 Coberturas de consultas por programas, Municipio Roscio. Estado Bolívar 2001 y 2006..... | 48 |

| | |
|--|----|
| Gráfico N°. 4 y 5 Indicadores de salud, Municipio Roscio. Estado Bolívar 2001y 2006..... | 49 |
|--|----|



Ministerio
de
Salud

**POSTGRADO REGIONALIZADO
ESPECIALIZACIÓN EN SALUD PÚBLICA
ESTADO BOLIVAR**



TITULO:

“EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN LAS CONSULTAS PREVENTIVAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO ROSCIO ESTADO BOLIVAR 2.006.”

AUTOR: Ana Adela Pérez.

TUTOR: MSc Stella Gafanhao.

AÑO: 2006.

CONTENIDO:

Esta investigación tuvo como objetivo general evaluar la efectividad del Modelo de Atención Integral de las consultas preventivas de los servicios de salud del Municipio Roscio, año 2006. La existencia de la crisis del sector salud se extiende hacia los municipios más distanciados, presentando padecimientos degenerativos, aunado a la incapacidad de los establecimientos para satisfacer necesidades de salud. Los problemas en los servicios de salud de Guasipati, también se caracterizaron por convertirse en un impedimento para la atención integral a la comunidad. Hoy en día se implementó la Atención Integral como política social de estrategia, fijada por el Ministerio de salud, donde los involucrados, son coparticipes de las actividades para realizar la prevención, planteando cambios en la prestación del servicio a los usuarios desde una perspectiva integradora, la investigación tiene importancia porque permite conocer mediante indicadores la efectividad de los servicios y su relación con la implantación del modelo de atención integral. Determinando las actividades programadas y cumplidas en los años 2.001 y 2.006 y luego se realizó un análisis comparativo de los resultados de ambos años.

METODOLOGÍA:

La Investigación es de tipo descriptiva, observacional los datos se obtienen de la realidad y la revisión de los formatos DSP-04 y observación de los diferentes ambulatorios Urbanos y Rurales además del conocimiento logrado mediante la indagación retrospectiva y transversal sobre la necesidad detectada. se construyeron las tablas y gráficos con el programa computarizado Excel. Con la revisión de los indicadores tasa de natalidad, fecundidad, mortalidad general, mortalidad neonatal, mortalidad fetal, mortalidad infantil, mortalidad materna, mortalidad < 5 años, mortalidad por diarreas < 5 años, mortalidad cáncer cervico-uterino mujeres < 25 años y morbilidad por programas y grupos etarios e inmunizaciones 2001 y 2006.

RESULTADOS: Se obtuvieron resultados positivos en el programa ampliado de inmunizaciones donde aumentaron los porcentajes de cumplimiento en el 2006. En lo referente a la atención por ciclo de vida y por programas ambos aumentaron el porcentaje de usuarios atendidos en el 2006 y con respecto a los indicadores se pudo constatar que las tasas fueron positivas en este mismo año 2006.

CONCLUSIONES:

El porcentaje de cobertura por ciclos de vida y en los programas estudiados fue mayor en el 2.006. La cobertura de inmunizaciones en <1 año y 1 año en todas las vacunas fue mayor a lo que se programó en el 2.006, la de natalidad se mantuvo igual y la de fecundidad disminuyó en 4,26 puntos. La tasa de mortalidad fetal disminuyó en 3,33. la de mortalidad infantil, < 5 años y por diarreas < 5 disminuyeron en 3; 0,68 y 2,65 puntos respectivamente No hubieron muertes neonatales, ni maternas y la tasa de cáncer de cuello uterino en mujeres < 25 años aumento en 0,09 puntos en el 2.006.

RECOMENDACIONES:

Contratar más personal especializado para optimizar la atención a los ciudadanos y ciudadanas atendidos en las consultas preventivas de los servicios de salud del Municipio Roscio, porque a pesar de la inclusión de La Misión Barrio Adentro, no ha sido suficiente para atender a toda la población. Incentivar al personal de salud para efectuar el llenado correcto de los formularios DSP-01, DSP-02, DSP-03 demostrándoles lo importante del llenado de estos datos para mejorar la salud del individuo, familia y comunidad del municipio Roscio. Integrar las morbilidades de los ambulatorios del municipio con las de los consultorios populares y el Centro Diagnóstico Integral de La Misión Barrio Adentro. Involucrar a los comités de salud en la solución de los problemas de la comunidad. Realizar junto con los médicos de la Misión Barrio Adentro, estudiantes de medicina y enfermería integral comunitaria, la alcaldía de Roscio y la comunidad un censo para conocer la población real del municipio y con esto elaborar una programación de metas ajustada a la realidad.

PALABRAS CLAVES: atención integral, efectividad.



Ministerio
de
Salud

**POSTGRADO REGIONALIZADO
ESPECIALIZACIÓN EN SALUD PÚBLICA
ESTADO BOLIVAR**



EFFECTIVENESS OF THE IMPLEMENTATION OF THE MODEL OF INTEGRAL ATTENTION IN THE PREVENTIVE CONSULTATIONS OF THE SERVICES OF HEALTH IN MUNICIPALITY ROSCIO OF THE STATE BOLIVAR

**AUTHOR: Ana Pérez
TUTORIAL Stella Gafanhao
YEAR: 2.006**

SUMMARY

The social politics in his mayoria contribute in marginal to the social development. The legislations establish that all the citizens you would seran taken care of in egalitarian form by the publicos services, however, in spite of the projects for the confrontation of this in the society, profit not to improve the levels of population in poverty situation, being these those that are excluded from the social benefits coverall in the matter of medica attention, although I am applied metodologias and programs for these propositos. The welfare centers of health publish, did not escape to this degeneration. The existence of the crisis of the sector health extends towards the distanced municipalities but, presenting/displaying degenerative sufferings, combined to the incapacity of the establishments to satisfy necessities with health. The health in Guasipati, also I characterize myself to become an impediment for the integral attention to the community. Today in day I implement the Integral Attention like social politica of strategy, fixed by the Ministry of health, where the involved ones, are you coparticipate in the activities to make the prevention, raising changes in the benefit of the service to the users from an integrating perspective, the investigation has importance because it allows to know by means of indicators the effectiveness and the relation with the implantation the model integral attention. Providing strategies to improve conditions of health, knowing the development the MAI and the acceptance by the community, with the involved individuals. The investigation is descriptive according to the form as the data are obtained and of the knowledge by means of the investigation on the detected necessity.

Key words: integral attention, effectiveness

EFFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN LAS CONSULTAS PREVENTIVAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO ROSCIO DEL ESTADO BOLÍVAR

AUTOR: Ana A. Pérez
TUTORA: Stella Gafanhao
Año 2.006

RESUMEN

Las políticas sociales en su mayoría contribuyen en marginal al desarrollo social. Las legislaciones establecen que todos los ciudadanos serán atendidos en forma igualitaria por los servicios públicos, no obstante, pese a los proyectos para el enfrentamiento de esta en la sociedad, no se logró mejorar los niveles de población en situación de pobreza, siendo estos los que quedan excluidos de los beneficios sociales sobretodo en materia de atención médica, aunque se aplicó metodologías y programas para estos propósitos. Los centros asistenciales de salud pública, no escaparon a esta degeneración. La existencia de la crisis del sector salud se extiende hacia los municipios mas distanciados, presentando padecimientos degenerativos, aunado a la incapacidad de los establecimientos para satisfacer necesidades de salud. La salud en Guasipati, también se caracterizó por convertirse en un impedimento para la atención integral a la comunidad. Hoy en día se implementó la Atención Integral como política social de estrategia, fijada por el Ministerio de salud, donde los involucrados, son coparticipes de las actividades para realizar la prevención, planteando cambios en la prestación del servicio a los usuarios desde una perspectiva integradora, la investigación tiene importancia porque permite conocer mediante indicadores la efectividad y la relación con la implantación del modelo de atención integral. Suministrando estrategias para mejorar condiciones de salud, conociendo el desarrollo del MAI y la aceptación por los usuarios de este. La investigación es descriptiva conforme a la forma como se obtienen los datos y del conocimiento mediante la indagación sobre la necesidad detectada.

Palabras claves: atención integral, efectividad.

CONTENIDO:

Esta investigación tuvo como objetivo general evaluar la efectividad del Modelo de Atención Integral de las consultas preventivas de los servicios de salud del Municipio Roscio, año 2006, con la revisión de los formatos DSP-04 y observación de los diferentes ambulatorios Urbanos y Rurales. La existencia de la crisis del sector salud se extiende hacia los municipios mas distanciados, presentando padecimientos degenerativos, aunado a la incapacidad de los establecimientos para satisfacer necesidades de salud. La salud en Guasipati, también se caracterizó por convertirse en un impedimento para la atención integral a la comunidad. Hoy en día se implementó la Atención Integral como política social de estrategia, fijada por el Ministerio de salud, donde los involucrados, son coparticipes de las actividades para realizar la prevención, planteando cambios en la prestación del servicio a los usuarios desde una perspectiva integradora, la investigación tiene importancia porque permite conocer mediante indicadores la efectividad y la relación con la implantación del modelo de atención integral.

METODOLOGÍA:

La Investigación es de tipo descriptiva, observacional los datos se obtienen de la realidad y del conocimiento logrado mediante la indagación retrospectiva y transversal sobre la necesidad detectada. se utilizaron las tablas y gráficos en el programa computarizado Excel, elaborando los gráficos de barra para sustentar la información. Con la revisión de los indicadores de la tasa de natalidad, la de fecundidad y la tasa de mortalidad fetal. La tasa de mortalidad general fue igual en ambos años. No hubo muertes maternas, ni neonatales .

CONCLUSIONES:

El porcentaje de cobertura por programas fue mayor en el año del 2.006 con respecto al 2.001. Igualmente el porcentaje de cobertura por ciclo de vida fue mayor en el año del 2.006 en todos los programas estudiados con respecto al 2.001. La cobertura de inmunizaciones en <1 año y <1 año en todas las vacunas fue mayor en el año 2.006 y a pesar de que se realizo con los nacidos vivos del año anterior, existe un problema porque el porcentaje de cumplimiento esta por encima de 100%. Durante la revisión para el estudio se verifico que el llenado de los formatos DSP-01, DSP-02 y DSP-03 no llenan el estado nutricional, Riesgos biológicos, riesgos Psicosocial, riesgo ambiental, examen de mamas y el nivel escolar. Las tasas de mortalidad: la fetal disminuyo en 3.33, la de natalidad se mantuvo igual y la de fecundidad disminuyo en 4..26 No hubieron muertes: maternas ni neonatales .

RECOMENDACIONES:

Mas personal especializado para optimizar la atención a los ciudadanos y ciudadanas del Municipio, porque a pesar de la inclusión de La Misión Barrio Adentro, no ha sido suficiente para atender a toda la población. Incentivar al personal de salud para efectuar el llenado correcto de los formularios DSP-01, DSP-02, DSP-03 demostrándoles lo importante del llenado de estos datos para mejorar la salud del individuo, familia y comunidad del municipio Roscio. Integrar las morbilidades de los ambulatorios del municipio con las de los consultorios populares y el Centro Diagnostico Integral de La misión Barrio Adentro. Involucrar a los comités de salud en la solución de los problemas de la comunidad. Realizar junto con los médicos de la misión barrio adentro, estudiantes de medicina y enfermería integral comunitaria, la alcaldía de Roscio y la comunidad un censo para conocer la población real del municipio y con esto poder elaborar un plan que se ajuste a la realidad.

PALABRAS CLAVES: atención integral, efectividad

INTRODUCCIÓN

La antigua visión de atención al paciente desde el punto de vista puramente biológico así como la ausencia de procedimientos para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, quedan reflejadas en las cifras estadísticas que si bien resumen las causas mayores de muerte en la población sobre todo la infantil por patologías prevenibles, evidencian la crisis que los servicios públicos de salud no pudieron enfrentar.

Los lineamientos para hacer frente a la crisis asistencial de estos servicios se presentan hoy como un esquema moderno que implica cambios profundos a niveles tanto local como nacional, que comprometan la integración de instituciones y sectores para garantizar otra vía en la atención asistencial, así como la sostenibilidad de los servicios y el acceso en igualdad de oportunidades a los programas de salud que correspondan a la realidad la población que es atendida de una manera mas eficaz.

El gran e ineludible reto de hoy es la integración dentro del nuevo plan de atención médica donde acciones y actividades conjuntas deben propiciar el perfeccionamiento de las condiciones bajo las cuales se llevará a cabo dicha práctica. En este sentido, la selección del recurso humano, asimismo las condiciones de trabajo constituyen parte fundamental de la atención integral

oportuna, eficiente, efectiva, eficaz y de buena calidad, ello combinado con las premisas de accesibilidad, equidad, participación, solidaridad y universalidad que conducirá a la calidad de los servicios prestados.

Es importante que las condiciones de trabajo sean seguras, agradables, higiénicas y confortables, todo esto contribuya a conformar el escenario para que el personal de salud comprometido dedique todo su esfuerzo en la atención del grupo familiar en espacios dignos donde se intercambie el saber y la atención con sentido social, donde se puedan realizar acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social o mejoramiento del ambiente, según los requerimientos.

En este contexto, se decide realizar una investigación en el ámbito científico que permita caracterizar el Modelo de Atención Integral de salud implementado en el municipio Roscio, con la consulta a fuentes indirectas para la conformación del aspecto teórico y de fuentes directas para la recolección de datos para la interpretación de las variables.

La presente investigación tiene como objetivo general determinar la efectividad del Modelo de Atención Integral implementado en las consultas preventivas del Municipio Autónomo Roscio del Estado Bolívar en el año 2006, como práctica para alcanzar una mejor calidad de vida en la población del Municipio Roscio.

El informe se estructura según la normativa propuesta por el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldón”, adscrito al Ministerio de Salud y estará dividido en cinco principales capítulos: el primero permitirá dar a conocer el problema y la formulación de los objetivos de investigación, en el segundo, se plantean las bases teóricas sobre las cuales se sustenta este trabajo; el tercero presenta la metodología de investigación así como el análisis de la factibilidad; el cuarto capítulo, el análisis de los resultados y el quinto, contiene las conclusiones, las recomendaciones y la lista de referencias.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Desde el año 2002 se implemento en el Municipio Roscio del Estado Bolívar el Modelo de Atención Integral como estrategia política de salud del Ministerio; ofreciéndole a la comunidad atención a la familia de manera integral. Pero se le ha prestado la atención sin evaluar el rendimiento que ha producido en los individuos, ni en los indicadores poblacionales.

Planteamiento del Problema

Las políticas sociales que se practican en la mayoría de los países latinoamericanos se caracterizan por una contribución marginal al desarrollo social. Entre los defectos que puedan mencionarse esta el manejo de los programas sociales que provocan un acceso fragmentado a los beneficiarios, excluyendo e incorporando tardíamente a los grupos más carentes de atención. (Masa Lago 1958).

Esas políticas sociales se caracterizan por un universalismo aparente; las legislaciones establecen que todos los ciudadanos que cumplen ciertas condiciones serán atendidos en forma igualitaria por los servicios públicos; como es el caso de la escuela primaria y da la atención asistencial; pero que

en la practica no sucede pese a los esfuerzos de focalización en los más pobres, son la mayoría de ellos los que quedan excluidos de los beneficios sociales sobretodo en materia de atención médica.

En Venezuela las políticas públicas mantenidas con fondos de desarrollo social provenientes dela tradicional abundancia del recurso obtenido de la renta petrolera, además de un sentimiento difundido de país rico (FIDES 1990), dificultó el reconocimiento social al problema de la pobreza y por ende a la definición de políticas específicas para su alivio.

A pesar de haberse perfilado un proyecto en el VII Plan de la Nación (CORDIPLAN, 1983-1988; c. p. FONDIS 1990) para el enfrentamiento de la pobreza crítica con los fondos de inversiones sociales venezolanos: FONDES, FONAIN, PROINSOL Y EL FONVIS, no se logró mejorar los niveles de vida dela población en situación de pobreza en las áreas urbanas y rurales, aunque se hizo énfasis en el uso racional de los recursos y se aplicaron los planes expuestos y otros en apoyo a estos propósitos.

Los centros asistenciales de salud pública, no escaparon a esta degeneración, se vieron mayormente afectados por la disminución de aporte económico para su funcionamiento y proyección hacia las comunidades, lo que contribuyó aún mas al decaimiento de la población en general, lo que hizo dificultoso el sostenimiento de servicios de atención a las necesidades

de los grupos vulnerables a patologías preventivas, las cuales crearon una estadística de casos por las elevadas tasas registradas en muertes por causas prevenibles, según el MS-CORPOSALUD (enero 2006) persisten elevadas tasas de mortalidad infantil y materna, de cada 1000 nacidos vivos en 1999, murieron 19 niños antes de cumplir un año y en el 2000, se estimaron en 17; al mismo tiempo se observa mortalidad por cáncer, mueren diariamente 4 madres por cáncer de cuello uterino y también por enfermedades cardiovasculares registrándose diariamente 63 muertes por hipertensión y diabetes.

La existencia de la crisis en el sector salud se extiende hacia los municipios distanciados de las grandes ciudades que si bien no se nota el impacto producido por la violencia cotidiana, accidentes y agresiones, si se observa la elevada mortalidad infantil y materna así como el resurgimiento de enfermedades prevenibles y otros padecimientos crónicos degenerativos; aunado a ello, la incapacidad de los establecimientos para satisfacer las necesidades de salud de la población.

En este orden de ideas la salud en Guasipati, municipio Roscio también se caracterizó por seguir el modelo de atención fragmentada, convirtiéndose en un impedimento para la atención integral al individuo, familia y comunidad.

Hoy en día y gracias a las nuevas estrategias fijadas por el Ministerio de Salud en la búsqueda de vías novedosas para lograr la restauración y modernización del Sistema de Salud, así se implementó la atención integral en el municipio Roscio como una nueva política social donde los otros actores involucrados: la comunidad organizada, las escuelas, el gobierno municipal y la familia son coparticipes con el equipo de salud en la promoción de las actividades que permitió hacer realidad la atención Integral.

Bajo este enfoque la atención integral plantea cambios en la prestación del servicio a los usuarios y usuarias, desde una perspectiva integradora, el compromiso de trabajo es de todos y todas en un solo equipo, desde una gestión política compartida.

En el año 2002 se implementó el Modelo de Atención Integral como estrategia de políticas del Ministerio de Salud ofreciéndole a la comunidad la atención a la familia de manera integral, mejorando la calidad en los cuidados recibidos en los establecimientos de salud, el cual se ha desarrollado desde ese entonces en forma continua. A la comunidad se le ha dado la atención y se le ha evaluado el rendimiento producido en los individuos, ni en los indicadores de salud poblacionales.

Desde esta perspectiva se formularon las siguientes interrogantes:

¿Hay programación en las consultas de los ambulatorios del municipio Roscio del Estado Bolívar?

¿Se cumple la programación en las consultas de los ambulatorios del municipio Roscio del Estado Bolívar?

¿Qué rendimiento ha tenido la aplicación del Modelo de Atención Integral en los ambulatorios del municipio Roscio del Estado Bolívar?

Bajo esta premisa la autora se planteó la realización del siguiente trabajo donde se quiere conocer la efectividad de la implementación del Modelo de Atención Integral en las consultas preventivas de los servicios de salud en el municipio Roscio del Estado Bolívar durante el año 2006.

Justificación

El derecho a la salud es responsabilidad del estado en su conjunto y corresponsabilidad del individuo que debe ser participe activo de todo lo inherente a salud en su comunidad, familiar y personal además corresponde a todos los actores locales y regionales brindar las condiciones idóneas para establecer un sistema de salud acorde con las necesidades del individuo, familia y comunidad.

Teóricamente la investigación tuvo significativa importancia porque permitió conocer la incidencia de las enfermedades y los indicadores de

efectividad, así como la relación de estos con la implantación del modelo de atención integral.

En el aspecto práctico, esta investigación proporcionará indicadores y resultados que según su condición, servirán para poner en práctica estrategias para mejorar las condiciones de salud de los individuos afectados.

Metodológicamente, la investigación proporcionará las bases que permitan conocer el desarrollo del proceso del modelo de atención integral, en los ambulatorios del municipio Roscio del estado Bolívar, a través de la determinación del cumplimiento de las metas programadas y compararlas con las del 2001 antes de la implementación del Modelo de Atención Integral.

Debe señalarse que con la investigación se observó el rendimiento de las consultas y programas, para tomar los correctivos necesarios y mejorar la atención integral, objeto de estudio, lo que benefició a la población del municipio Roscio.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Evaluar la efectividad de la implementación del Modelo de Atención Integral en las consultas preventivas de los servicios de salud del municipio Roscio durante el año 2006.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar el Modelo de Atención Integral en las consultas preventivas.
2. Determinar las actividades programadas y realizadas del año 2001 y del año 2006.
3. Comparar las coberturas obtenidas por ciclo de vida y por programas del año 2001 y del año 2006.
4. Realizar el análisis comparativo de los resultados de los indicadores de salud del año 2001 y del año 2006.

Alcances y Limitaciones

La salud como proceso de Atención Integral ha alcanzado un alto grado de complejidad susceptible a investigación, lo que requiere la utilización de estrategias y metodologías que permitan obtener indicadores de resultados para medir las prácticas clínicas diarias; la integración del equipo de salud, usuario, familias; indicadores que evalúen la efectividad de una intervención determinada, para lograr objetivos específicos; e indicadores de impacto que permitan evaluar los objetivos generales de un programa de salud.

Dentro de esta visión, el equipo de salud incrementó en los usuarios y usuarias la atención que comprende procedimientos distintos que van desde el asesoramiento, pesquisa o vacunación, hasta el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, lo cual se efectúa en el mayor porcentaje posible en el primer contacto del usuario con el servicio de salud, esto aumenta el interés para esta investigación, así como detectar la percepción analítica del Modelo de Atención Integral para la generalización y por esta vía la agregación de otros elementos como los valores: normas, leyes, principios, herramientas que se requieren para incorporar al ciudadano a una vida saludable, mejorando sus condiciones sanitarias, creando responsabilidades para el bienestar familiar y comunitario, razones suficientes para el interés de la presente investigación.

La limitación para este estudio en el registro alterno existente en la Misión Barrio Adentro. Dado que se desconoce a nivel local la información que ellos manejan.

Factibilidad

La investigación asegura su factibilidad por cuanto indica la corresponsabilidad del equipo de salud como investigadores del servicio de atención integral bajo el eje rector del Ministerio de Salud, formador permanente del equipo de salud, ambos elementos se consideraban primordiales en el impulso de estrategias para que la implementación del Modelo de Atención Integral, por medio de los servicios integradores, logre en los usuarios la promoción de factores protectores de la vida para compensar sus propias necesidades y ampliar su proceso de crecimiento individual y social, a través de la salud personal, familiar y comunitaria.

El presente estudio buscó favorecer a los usuarios y usuarias de los ambulatorios el municipio Roscio, proporcionando elementos para ofrecer una mejor atención a la población que solicite los servicios de salud de estas instituciones prestadoras de tales servicios.

Además, la factibilidad está determinada en la cantidad de centros que ejecutan en la actualidad actividades basadas en la atención integral, lo que hace viable su estudio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de Investigación

Para el presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica de los antecedentes relacionados con la implementación del Modelo de Salud de Atención Integral para minimizar los factores de riesgo a los que se expone la población, Investigados en los diferentes programas de salud en el municipio Roscio, encontrándose que pese a la gran cantidad de trabajos hechos sobre los ambulatorios en Roscio y que reposan en los archivos del ambulatorio Urbano Tipo II “Carmen Narcisca Iradi”, ninguno trata sobre atención integral y aunque otros centros asistenciales han ajustado sus actividades al Modelo de Atención Integral, no son muchos los estudios que hagan referencia a ello, lo que podría indicar que esta investigación puede constituirse en un puntal para el fortalecimiento de la implementación del Modelo de Atención Integral, sobre todo en el municipio Roscio.

Sin embargo, se encontraron algunos trabajos focalizados hacia aspectos que se relacionan con este modelo en la Universidad Santiago Mariño de Caracas, se localizaron dos investigaciones, una por Ana María García (1999) para promover la prevención de las patologías preventivas en las

comunidades de Caricuao, a través de un programa de talleres de inducción con relación al uso de los implementos adecuados al riesgo, el cual fue auspiciado por el Servicio de Atención Infantil de Caricuao y el otro trabajo de diagnóstico: “Impacto sociolaboral del SIDA; una enfermedad prevenible” y según Hernández (2000), se determinaron condiciones de higiene y salud en los trabajadores de mantenimiento de cinco Centros Asistenciales de Caracas, por ser un área de influencia con bastante vulnerabilidad.

En la “Universidad Nacional Experimental de Guayana”, otras dos tesis proponen programas, lineamientos, normas internas; todas con el objetivo de implementar una cultura de normas de higiene y salud que según Márquez (2004, p. 25) deben ser guardadas por los alumnos en distintas escuelas que habitan en las áreas industriales de Ciudad Guayana

Los trabajos de investigación que se encuentran en el ambulatorio “Carmen Narcisa Iradi” recogen datos de la forma como fueron prestados los servicios en años anteriores, los cuales pueden permitir la comparación con las modalidades actuales y la aceptación del usuario por este.

En esta investigación se expuso la importancia de la atención integral en la comunidad de Roscio.

A este respecto, Mígueles, F.; Prieto C., (1995, p. 34). Sostiene que la buena prevención de los riesgos de programas médicos, basados en un profundo conocimiento de las causas que los motivan y en las posibilidades que hay a nuestro alcance para prevenirlos, evitaré consecuencias muy negativas para el perfecto desarrollo de la salud en sociedad”

Bases Teóricas

Modelo de Atención Integral, es la forma como se organiza un sistema de salud para atender las necesidades y demandas de una población; la organización del trabajo que asumen los establecimientos de la red asistencial para ofrecer sus servicios a las personas. Comprende el conjunto de mecanismos organizativos y administrativos que permiten articular los recursos humanos y financieros existentes para la salud, con la capacidad física, de infraestructura y tecnología instaladas.

El modelo de atención expresa: las políticas y estrategias de la organización sanitaria; la concepción que se tiene de la salud y la enfermedad en la población; la importancia que se da a los diversos componentes de la salud entendidos como un proceso dinámico, que conjuga dimensiones complementarias: curación-prevención, individual-colectivo, biológico-social; la concepción de cómo participa la comunidad en el proceso sanitario.

Al definirse el Modelo de Atención Integral se debe responder cuál es el espacio poblacional cubierto, la puerta de entrada al sistema, los niveles jerárquicos de atención, características y modalidades de la prestación de servicios que ofrece cada uno de ellos, el personal y las tecnologías existentes, los modelos de financiamiento, así como los sistemas de referencia y contrarreferencia, y las diversas interrelaciones entre los componentes del sistema.

En síntesis, el Modelo de Atención Integral expresa el conjunto de estrategias y procedimientos administrativos y organizacionales que permiten “organizar el trabajo y prestar/ofrecer un mejor servicio a la población”.

La categoría clave para analizar y comprender un Modelo de Atención Integral es organización del trabajo: cómo se organiza el trabajo para cumplir con los propósitos y objetivos de la organización sanitaria.

Importancia estratégica del Modelo de Atención Integral

El Modelo de Atención Integral como estrategia de cambio para el logro de una salud integral en y desde la red ambulatoria, viene de un largo proceso. Planteando cambios en la prestación del servicio a la comunidad. Si entendemos que la salud compromete complejos factores ambientales,

sociales, individuales y colectivos, por lo tanto no se puede ver desde el punto de vista biológico integro, la promoción de la salud y prevención de enfermedades y la integración de diferentes profesionales, experiencias y recursos.

La implementación de la atención integral se apoyó en la descentralización y desconcentración del estado para alcanzar su fruto, promoviendo cambios profundos tanto a nivel local como nacional; para hacer posible su aplicación se atienden una serie de principios: accesibilidad, equidad, participación solidaridad, universalidad y calidad, premisa que favorecen la igualdad de oportunidades donde todas las regiones reciben una inversión justa de acuerdo a su especificidad y la comunidad reciba una atención integral oportuna, eficaz y de buena calidad.

Todas estas acciones han contribuido a propiciar un cambio de actitud en la población, respecto al proceso de promoción social de la salud en donde ésta deje de verse y abordarse como un problema exclusivamente individual, si no como un fenómeno colectivo y multifactorial siendo responsabilidad de todos y todas, mantenerlas y mejorarlas.

La atención integral ha tenido un efecto transformador obliga a ver a cada persona, a cada ser humano, de manera mas completa exigiéndole en cierto momento verlo como miembro de una familia, o de una comunidad, y cuales

son las características de su hábitat, si trabaja y en qué y cuales son las características de su estilo de vida. También exige relacionarlo transversalmente con los diversos sectores y áreas de actividad: salud, educación, ambiente, seguridad, producción y comercio, universalidades, defensoría del pueblo, organización social, poderes públicos.

Propuestas de implantación del Modelo de Atención Integral

Dada la importancia de la implantación del MAI (Modelo de Atención Integral) que reviste el Salud Pública como factor fundamental en el proceso de desarrollo integral del país, ya ante la necesidad de transformaciones profundas en el sector salud, es oportuno el desarrollo del mismo, fundamentado en los principios de solidaridad, equidad y participación social. Es por ello que el Ministerio de Salud se planteó como reto y compromiso un cambio del modelo de atención, que involucró los diferentes actores y a la población en general a través de sus diferentes organizaciones en el desarrollo de acciones conjuntas, para el logro de unos mejores servicios de salud que contribuyan a elevar la calidad de vida.

Todas estas estrategias, procedimientos y normas de atención integral están publicadas en cartelera en todos los ambulatorios del municipio Roscio del Estado Bolívar.

Misión del Modelo de Atención Integral

El Modelo de Atención Integral implantado a escala nacional, ha sido capaz de integrar las acciones básicas programáticas con un máximo de oportunidades a todos los ciudadanos, con su plena participación en los procesos locales, regionales y nacionales de salud, que garantizan los principios de universalidad, calidad, accesibilidad, cobertura, equidad, calidad y solidaridad, promoviendo los factores protectores de la vida, detectando e interviniendo los problemas de salud precoz y oportunamente.

Visión del Modelo de Atención Integral

Salud integral del individuo, familia y comunidad como derecho y deber humano.

La teoría del Modelo de Atención Integral puede ser conocida revisando el Anexo A

En el Ambulatorio Urbano tipo II “Carmen Narcisca Iradi” y los ambulatorios rurales del municipio Roscio, se implemento el Modelo de Atención Integral desde el año 2002; el cual poco a poco ha ido reestructurando tanto la administración, como las formas de manejo del sistema de salud.

Esta nueva dinámica ha implicado innovar en los procedimientos, procesos y prácticas que tradicionalmente se desarrollan, tanto en el área de atención como en el modelo de asignación de recursos y responsabilidades; se le asignó un área determinada para la atención integral del grupo familiar de acuerdo a las áreas geográficas del municipio.

Bajo el nuevo enfoque, los ambulatorios se han convertido en un espacio para la participación donde planes de integración permiten el trato igualitario en responsabilidad para la prevención de las enfermedades, desde la misma comunidad con la participación de ciudadanos organizados comprometidos con la salud de su comunidad.

En el ambulatorio “Carmen Narcisa Iradi” y los ambulatorios rurales se atienden patologías de bajo riesgo, todas por médicos rurales y residentes donde se elabora la correspondiente historia integral, formato DSP-01 (Dirección de Salud Poblacional) DSP-02, DSP-03 y DSP-04, los cuales son aplicados en la consulta de atención integral. Donde se brinda la atención requerida según el grupo de edad correspondiente. Desde hace unos años se incorporaron consultas especializadas de pediatría y gineco-obstetricia.

La atención prenatal y postnatal se realiza diariamente de lunes a viernes, la cual abarca un conjunto muy amplio de acciones entre ellas la

detección y captación temprana de las ciudadanas embarazadas a los servicios de salud. Uso correcto de la red de servicios, relación usuarios-personal de salud, derechos y deberes de los usuarios y proveedores, de la embarazada, atención del parto y aborto (se atienden solamente en el ambulatorio urbano tipo II “Carmen Narcisa Iradi” y en caso de haber alguna complicación se requiere la presencia del gineco-obstetra).

Los cuidados neonatales incluyen la captación y valoración temprana del recién nacido, su clasificación según nivel de riesgo, su seguimiento en el establecimiento, su atención en caso de enfermedad y lesión, la referencia y contrarreferencia de los casos atendidos, y la educación de los padres, acerca de los cuidados básicos del neonato.

Además el control y estímulo del crecimiento y desarrollo del lactante, del preescolar, cuidado y control periódico del crecimiento y desarrollo biopsicosocial del escolar y los adolescentes, incluye la evaluación de la agudeza visual y auditiva. En la vacunación se aplica el esquema obligatorio de inmunizaciones.

También se realiza la detección temprana del cáncer de cervix. Esta actividad pretende reducir la mortalidad por este cáncer de alta incidencia, por medio de acciones sencillas, disponibles en el primer nivel de atención:

citología vaginal, detección y captación de personas con factores de riesgo asociados, examen físico general e historia clínica.

La anticoncepción y protección sexual incluye la identificación y captación de la población en riesgo reproductivo o sexual (ITS/SIDA); la consejería en esta materia y la distribución de métodos anticonceptivos y profilácticos.

El cuidado de la nutrición y sus trastornos, además la educación y el fomento de buenos hábitos en este campo, esta actividad orienta sus esfuerzos al diagnóstico y atención temprana de los problemas de desnutrición.

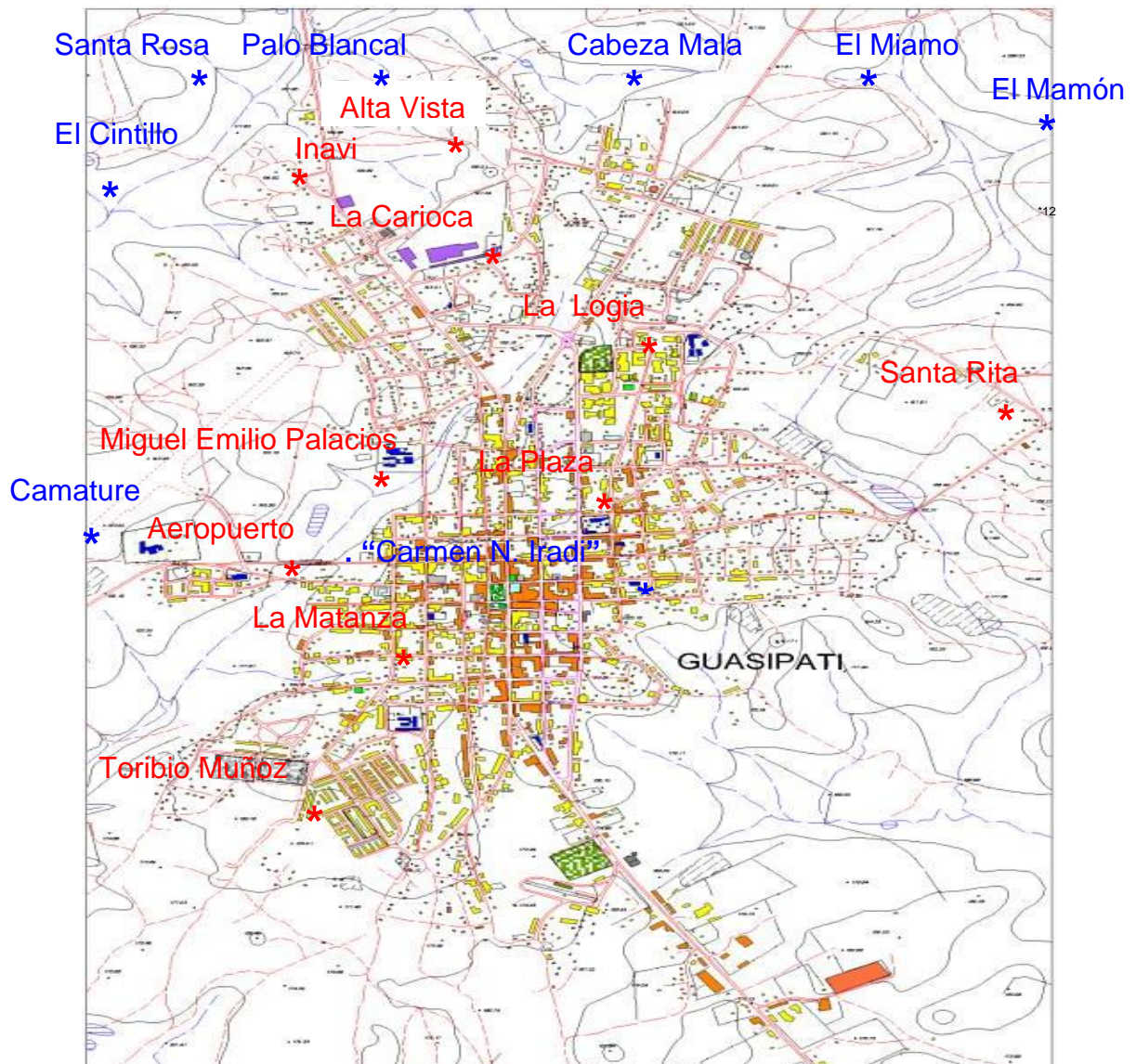
La atención de emergencias del médico general y los demás miembros del equipo de salud, únicamente atienden emergencias menores, de tipo médico y cirugía menor. En casos de mayor riesgo o gravedad, se brinda los primeros auxilios y se refiere al usuario de inmediato, al establecimiento de mayor complejidad que corresponde, Hospital de Upata.

La vigilancia epidemiológica, entomológica y zoonótica incluye la notificación de enfermedades de reporte obligatorios, la encuesta de casos, los bloqueos epidemiológicos y la elaboración de reportes y análisis básicos, además la colaboración en la vigilancia de las principales zoonosis, que afectan a la población nacional.

La identificación y clasificación de riesgos ambientales comprende la búsqueda activa, la clasificación y la representación gráfica, de los principales problemas de contaminación o factores de riesgo ambiental, que afectan a los residentes del sector y zona de salud correspondiente.

Todas estas actividades se están realizando en el municipio desde el año 2.002. A partir del dieciséis de marzo del 2004 llegan al municipio Roscio los médicos de la Misión Barrio Adentro y comienzan a realizar consultas en casas de familia en diferentes sectores, aproximadamente a principios del 2.005 existían 10 consultorios populares en los sectores: La Matanza, La Logia, La Carioca, La plaza, Aeropuerto, Toribio Muñoz, Miguel Emilio Peraza, Inavi, Alta Vista y Santa Rita. Al comienzo se tenía un conocimiento parcial de los usuarios atendidos por ellos, pero nunca a existido un compromiso de entregar la morbilidad al Distrito, ellos dicen que esa información la pasan directamente a sus coordinadores cubanos en la región y estos la envían a nivel nacional.

**CONSULTORIOS POPULARES DE “LA MISION BARRIO ADENTRO” Y
AMBULATORIOS DEL DISTRITO Nº IV. MUNICIPIO ROSCIO.
ESTADO BOLIVAR 2.006.**



Fuente: Alcaldía de Roscio y Registro Epidemiología Distrito IV

Legenda: Ambulatorios (Azul) y Consultorios Populares (Rojo).
Efectividad

Conceptualizando el término. Según la real academia española es la capacidad para producir el efecto deseado (cualitativo)

La eficiencia y la efectividad son dos adjetivos de naturaleza cualitativa, ambos aplicables a los procesos logísticos o cualquier área en general, pues en condiciones ordinarias se propende a la optimización; lo que implica eficiencia y en condiciones extraordinarias se debe cumplir la misión aún a costa de los medios, si llegar a convertirse en victorias pírricas.

La efectividad es la cuantificación del cumplimiento de la meta, no importa si ésta se logra en forma eficiente. En algunos casos, se acepta la efectividad como el logro de una meta acertadamente seleccionada en el proceso de planificación, es decir, la hipótesis que producía la solución idónea al problema o necesidad existente. Se puede entender que efectividad se mide principalmente con la cuantificación del logro de las metas, pero por ejemplo, cuando lo que hacemos logra satisfacción en la comunidad también es efectividad.

Gestionar es planificar los recursos de una organización y organizar el trabajo de las personas para poder alcanzar los objetivos propuestos traducidos en efectividad siendo éste, un componente de la calidad la cual puede ser medida tomando en cuenta los estándares de la institución, sus objetivos y metas; para efectos del estudio se evaluará la efectividad por la cuantificación de metas programadas, según la atención por ciclos de vida: lactantes, preescolares, escolares, adolescentes, adultos y tercera edad; por

programas: planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, prenatal y el programa ampliado de inmunización.

- (a) La evaluación forma parte del proceso de gestión y proporciona información útil para la adopción de decisiones.
- (b) La información es útil sólo en la medida en que influya en las decisiones.
- (c) A fin de que una evaluación sea útil para las decisiones relativas al programa, debe proporcionar información en el momento en que se necesita.

La evaluación de programa implica el uso de métodos científicos para medir la implantación y los resultados de los programas para fines de toma de decisión, fija su atención en los elementos estructurales importantes del programa como:

- (a) Los componentes del programa.
- (b) Los objetivos.
- (c) Los resultados.
- (d) Los efectos.

Un programa es una intervención o grupo de actividades estructuradas para lograr objetivos externos, es decir, para satisfacer una necesidad social reconocida o resolver un problema ya identificado.

Los programas son, sobre todo, incorporación de ideas sobre cómo lograr determinados objetivos.

En la evaluación de Programas: El desarrollo de la evaluación de programas comprende tres tareas principales:

- (a) Medición.- Qué medir (Institución - servicios -programa): Objetivos, variables, indicadores, recursos, metas esperadas y efectos colaterales.
- (b) Utilización de diseños de investigación: Procedimiento (cualitativo – cuantitativo - cuali-cuantitativo), selección de la población, muestra y tamaño de muestra (probabilística – no probabilística), instrumento (encuesta-registro-etc.)
- (c) Análisis de datos: (univariado-bivariado-multivariado).

Medidas de Evaluación Continua.

En relación a la evaluación de la efectividad y las tasas, Ver anexo B.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

El presente capítulo tuvo como objeto describir el tipo de investigación realizado, el conjunto de procedimientos empleados para recopilar, presentar y analizar los datos, con la finalidad de cumplir con el propósito general de la investigación.

Población y Muestra

Según Brito, J. (1998, p.46): "...la población es un conjunto finito o infinito de elementos, personas o cosas pertinentes a la investigación que se desea realiza". La población objeto de estudio estuvo constituida por los servicios de salud del Municipio Roscio donde funciona el Modelo de Atención Integral.

Tomándose toda la población objeto como total de la muestra de la investigación.

Tipo de Investigación

Esta investigación fue de tipo descriptiva, observacional de acuerdo a la representación como se obtuvieron los datos de la realidad y del conocimiento logrado mediante la indagación retrospectiva y transversal sobre la necesidad detectada. En este sentido Sabino (1986, p.89) indica en la investigación descriptiva:

"Su preocupación primordial radica en describir algunas características fundamentales del conjunto homogéneo de fenómenos, utilizando criterios

sistemáticos que permitan poner de manifiesto la estructura o comportamiento. De esta forma se pueden obtener las notas que caracterizan la realidad estudiada”.

Del mismo modo, el proceso de investigación implica una semántica cuantitativa del Programa de Atención Integral por cuanto se analizaron sus partes como unidad y como elemento de un todo según su relación horizontal y vertical y su justificación dentro del programa de salud.

De igual manera, se examinaron documentos que refieren datos en otro modelo aplicado antes a la Atención Integral, ya que supone un elemento interpretativo del significado o importancia de lo que se describe.

Operacionalización de las Variables

Objetivo: Caracterizar el Modelo de Atención Integral en las consultas preventivas.

Variables: Consultas preventivas:

1. Promoción de la salud.
2. Atención pre-natal y post-natal.
3. Atención parto y aborto
4. Cuidados neonatales
5. Control y estímulo del crecimiento y desarrollo.
6. Vacunación.
7. Detección temprana de cáncer de mama, cervix, próstata y colon.
8. Anticoncepción y protección sexual.
9. Cuidado de la nutrición y sus trastornos.
10. Atención ambulatoria de la morbilidad.
11. Atención de la emergencia.
12. Salud oral.
13. Rehabilitación y reinserción social.
14. Vigilancia epidemiológica y Zoonótica.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES
Objetivo: Actividades Programadas en los años 2001 y 2006

| VARIABLE | TIPO | OPERACIONALIZACION | | INDICADORES |
|---|-------------------------|--------------------|--|---|
| | | ESCALA | DESCRIPCIÓN | |
| Actividades programadas en los años 2001 y 2006 | Cuantitativa Ordinal | Presente | Por ciclo de vida: 1) Lactantes 2) Preescolares 3) Escolares 4) Adolescentes 5) Adultos 6) Tercera edad | Numero de actividades programadas por ciclo de vida presentes en los años 2001 y 2006 |
| | | no presente | | Número de actividades no programadas por ciclo de vida en los años 2001 y 2006 |
| | | Presente | Por Programas: 1) Prenatal 2) ITS - SIDA 3) Planificación Familiar 4) Inmunización | Número de actividades programadas por programa presentes en los años 2001 y 2006 |
| | | no presente | | Número de actividades no programadas por programa en los años 2001 y 2006 |

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo: Actividades Realizadas en los años 2001 y 2006

| VARIABLE | TIPO | OPERACIONALIZACION | | INDICADORES |
|--|-------------------------|--------------------|--|--|
| | | ESCALA | DESCRIPCIÓN | |
| Actividades Realizadas en los años 2001 y 2006 | Cuantitativa Ordinal | Presente | Por ciclo de vida: 1) Lactantes 2) Preescolares 3) Escolares 4) Adolescentes 5) Adultos 6) Tercera edad | Numero de actividades cumplidas por ciclo de vida en los años 2001 y 2006 |
| | | no presente | | Número de actividades no cumplidas por ciclo de vida en los años 2001 y 2006 |
| | | Presente | Por Programas: 1) Prenatal 2) ITS - SIDA 3) Planificación Familiar 4) Inmunización | Número de actividades cumplidas por programa en los años 2001 y 2006 |
| | | no presente | | Número de actividades no cumplidas por programas en los años 2001 y 2006 |

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo: Analisis de los resultados de los años 2001 y 2006

| VARIABLE | TIPO | OPERACIONALIZACION | | INDICADORES |
|--|--------------|--------------------|---|--|
| | | ESCALA | DESCRIPCIÓN | |
| (a) Natalidad | Cuantitativa | Alta | Número nacidos vivos / pob. total un año x 1000 | Tasa de natalidad 2001 y 2006. |
| (b) Fecundidad | | | Número nacidos vivos / pob. fem 15-49a x1 000 | Tasa de fecundidad 2001 y 2006. |
| (c) Mortalidad General | | | Número defunciones / pob. General x 1000 | Tasa de mortalidad general 2001 y 2006 |
| (d) Mortalidad Neonatal | Ordinal | Normal | Número defunciones < 28 días / NV x 1000 | Tasa de mortalidad neonatal 2001 y 2006 |
| (e) Mortalidad Infantil | | | Número defunciones < 1 año / NV x 1000 | Tasa de mortalidad infantil 2001 y 2006 |
| (f) Mortalidad Materna | | | Número defunciones Maternas / NV x 100.000 | Tasa de mortalidad materna 2001 y 2006 |
| (g) Mortalidad por Diarrea < 5 años | | | Número defunciones x por diarrea < 5 años / NV x 1000 | Tasa de mortalidad por diarreas 2001 y 2006 |
| (h) Mortalidad por cáncer cervico-uterino mujeres > 25a | | | Número defunciones en mujeres > 25 años / pob. Fem > 25 años por 1.000 | Tasa de mortalidad por cáncer cervico-uterino mujeres > 25a 2001 y 2006 |
| (i) Morbilidad | | Baja | Número usuarios atendidos ambulatorios | Usuarios atendidos 2001 y 2006 |

Técnicas de Recolección de Datos

Dentro de las técnicas seleccionadas debido a las características del estudio encontramos la observación. Para la recolección y manejo de la información se utilizaron datos provenientes de la revisión de formatos OSPP-03 y DSP-04 que permitieron la tabulación en cuanto al número de usuarios y usuarias que asistieron a los ambulatorios estudiados.

Técnica de Análisis de Datos

La selección de la muestra; el marco de la muestra de usuarios y usuarias fue tomado de los OSPP-03 y DSP-04. La definición operacional de los programas adoptada corresponde a la Ley Orgánica de Salud.

Los datos provienen del Ambulatorio “Carmen Narcisa Iradi” y los ambulatorios rurales, donde se desarrollaron las actividades de Atención Integral. Se seleccionaron para su estudio todos los ciclos de vida y tres programas, los más representativos en cuanto a capacidad de trabajo realizado y aspectos relevantes de carácter organizativo. Además del programa ampliado de inmunización: con BCG, Antipoliomielítica, Antihepatitis “B”, Triple en menores de un año; Trivalente Viral y Antiamarilica de un año.

Recogida la información se hicieron las tablas y gráficos en el programa computarizado Excel, elaborando los gráficos de histograma y barra para sustentar la información.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Antes de presentar los resultados de esta investigación conviene señalar que los datos se obtuvieron de la revisión de los OSPP-03 y DSP-04 de los ambulatorios del municipio Roscio en los años 2001 y 2006 realizándose cuadros de frecuencia y porcentajes de las actividades programadas, realizadas y coberturas de los programas de: Inmunización, Prenatal, Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, Planificación Familiar; los usuarios atendidos por ciclo de vida y los indicadores. Estos datos se procesaron en el programa computarizado Excel y se realizaron los cuadros y gráficos.

En lo referente a la atención por ciclo de vida y por programas igualmente en ambos, aumentó el porcentaje de usuarios atendidos en el año 2006. Entre otras causas este aumento se debió a la creación y participación de los comités de salud de algunos sectores del municipio Roscio.

En el MAI las consultas preventivas son las mismas solo que antes las consultas estaban fraccionadas, por ejemplo: el lunes se atendía en la mañana a las prenatales y en la tarde a los niños sanos, mientras que actualmente con la atención integral, la consulta atiende a toda la familia

integralmente todos los días en ambos turnos. Luego de realizar la revisión de los resultados se constató que se cumplió en un alto porcentaje las consultas del Modelo de Atención Integral en los ambulatorios estudiados del municipio Roscio, garantizando a la población acceso a los servicios prestados, brindando una atención de calidad, tratando de solucionar los diversos problemas que se presentaron, a través de la participación de los diversos sectores, garantizando de esta manera calidad y equidad en los servicios.

Durante la revisión para el estudio se evidenció que el llenado de los formatos DSP-01, DSP-02 y DSP-03 no fue completo, existiendo fallas en: estado nutricional, riesgos biológicos, riesgos Psicosocial, riesgo ambiental, examen de mamas y el nivel escolar. Siendo estos de gran importancia por que nos permite verificar el entorno donde se desenvuelve el individuo y como están sus condiciones físicas y psíquicas, para corregir las deficiencias y lograr una atención integral óptima en el municipio.

A partir de marzo del año 2004 se dio inicio en el municipio Roscio a la Misión Barrio Adentro y comenzaron a funcionar los consultorios populares en casas de familias en algunos sectores. Observándose que en los primeros meses disminuyó la morbilidad en los ambulatorios, pero después aumentó paulatinamente de nuevo. El 09 de marzo de 2006 se inauguró el Centro Diagnóstico Integral de Guasipati, el cual tiene quirófano de

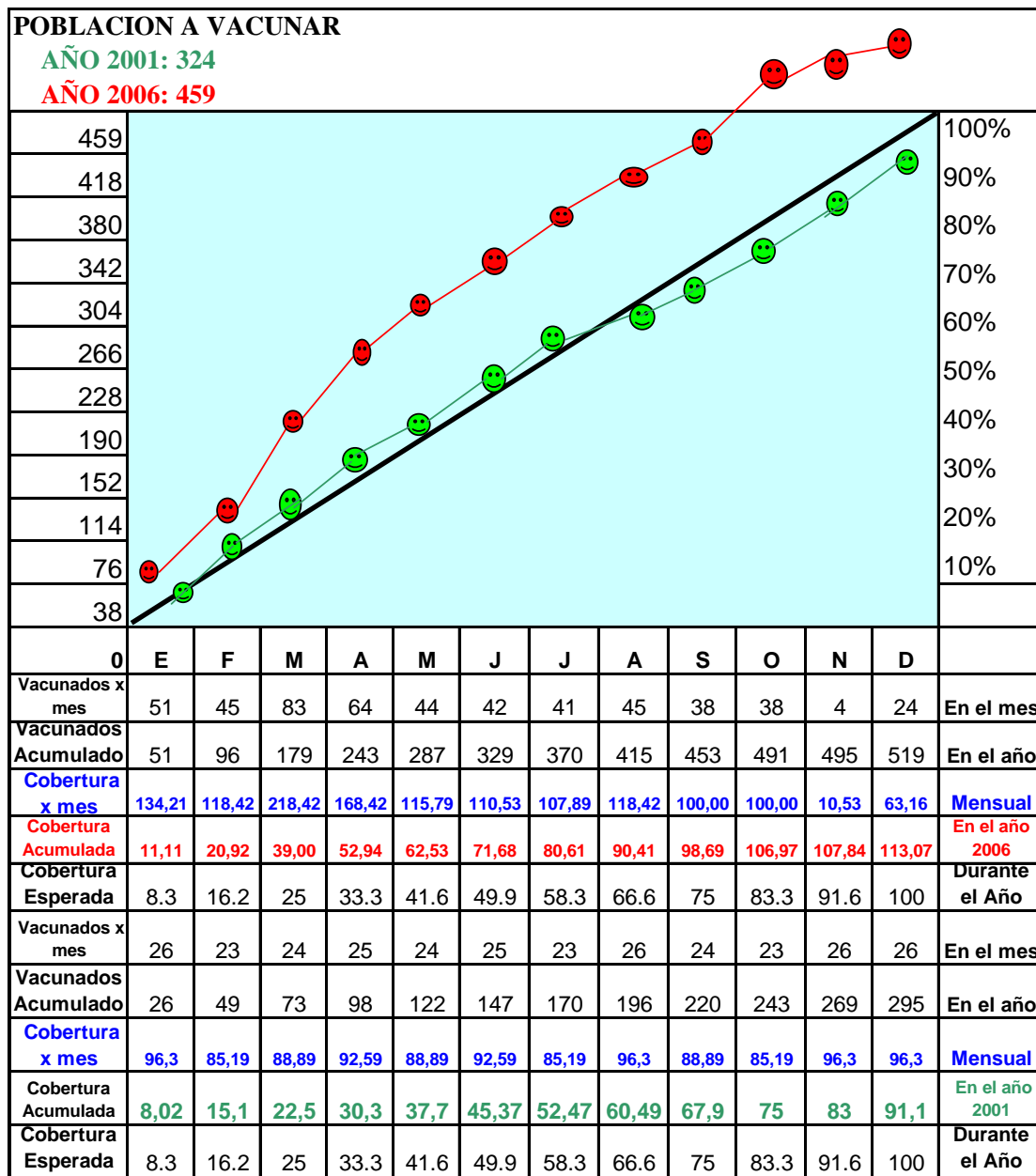
emergencia y por ello, llegaron especialistas, entre los que se encuentran: traumatólogos, cirujanos y otros, pero esto conllevó a que disminuyeran los consultorios populares, porque el personal médico existente fue distribuido en las guardias del C.D.I. dejando a estos sin personal que los mantuviera en funcionamiento. Es de resaltar que la casuística que se genera en estos servicios no es suministrada a la jefatura del Distrito Sanitario al que pertenece, por tanto, se hace necesario realizar esta acotación, en el sentido de que los resultados obtenidos sean diferentes a los niveles regionales y nacionales.

Al revisar los indicadores se pudo constatar que las tasas casi todas mejoraron en el 2006, exceptuando la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres mayores de 25 años que aumentó en una pequeña proporción.

GRAFICO Nº. 1 A

COBERTURAS DE INMUNIZACIÓN CON ANTIPOLIOMIELITICA.
MUNICIPIO ROSCIO. ESTADO BOLIVAR.
AÑOS 2001 - 2006.

(INMUNIZACIÓN COMPLETA TERCERAS DOSIS)

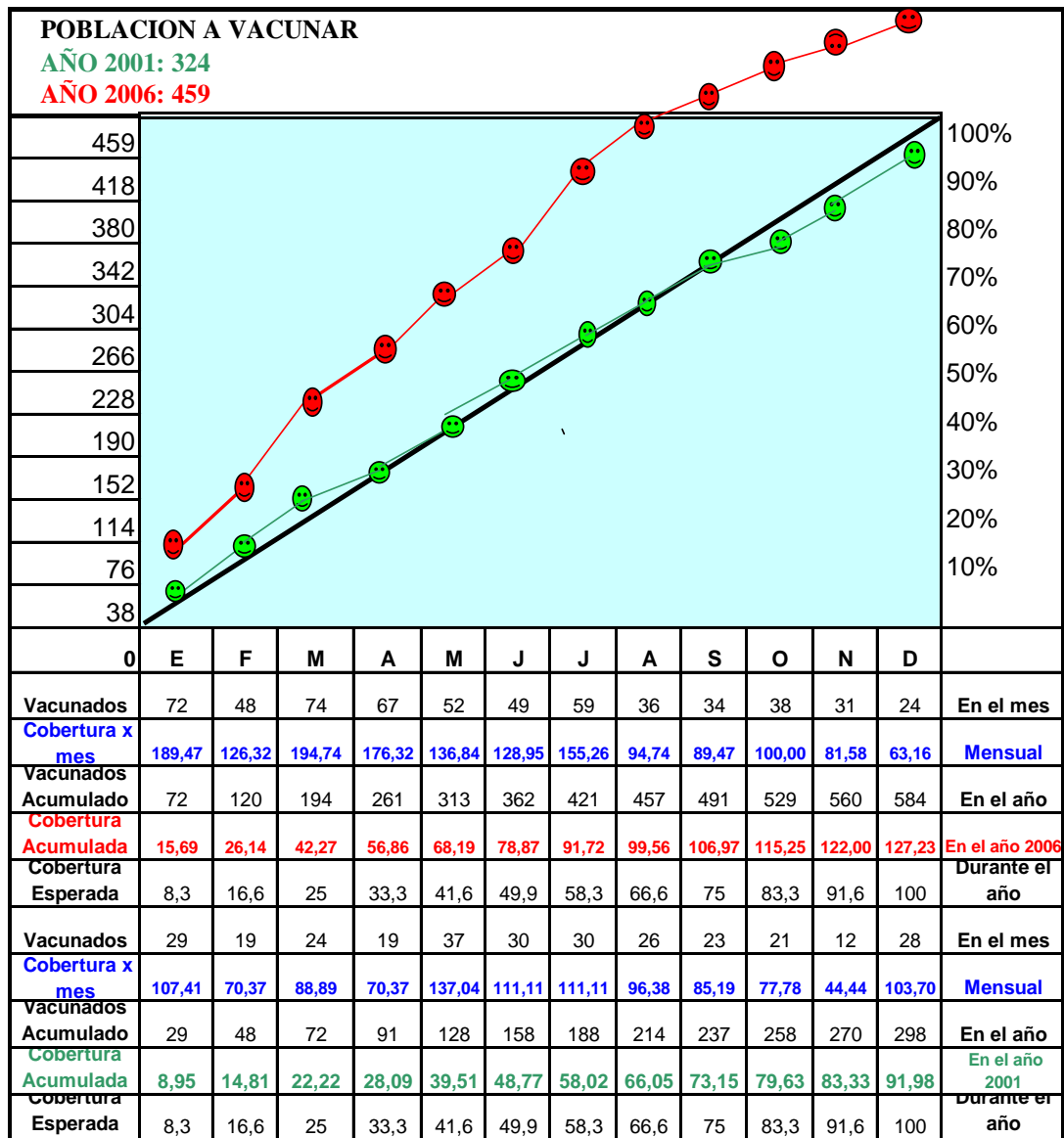


Fuente: Registros de Epidemiología Distrito N°. IV

GRAFICO Nº. 1 B

COBERTURAS DE INMUNIZACIÓN CON B.C.G.
MUNICIPIO ROSCIO. ESTADO BOLIVAR.
AÑOS 2001 - 2006

(INMUNIZACIÓN COMPLETA PRIMERA DOSIS)

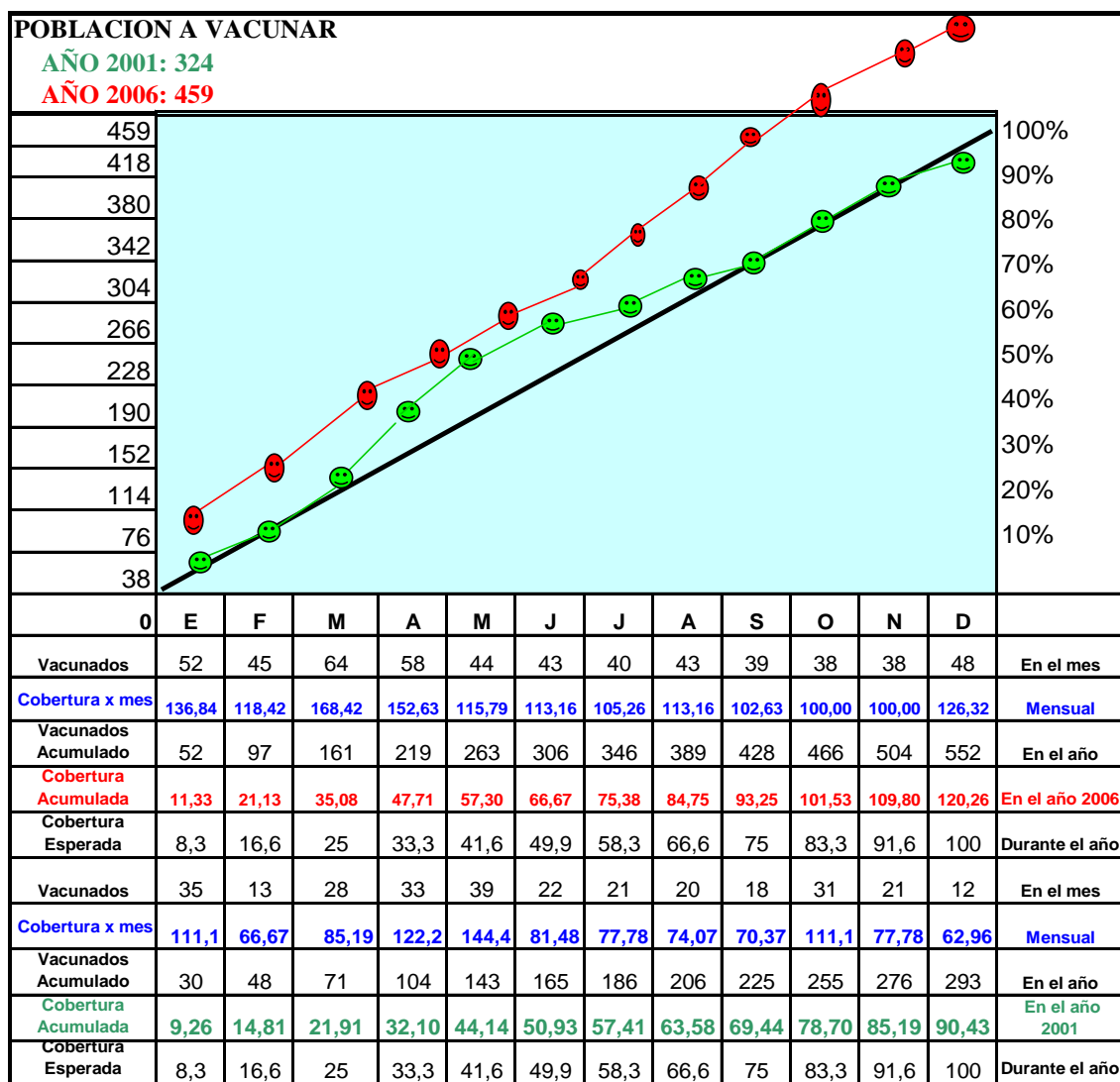


Fuente: Registros de Epidemiología Distrito N°. IV

GRAFICO Nº. 1 C

COBERTURAS DE INMUNIZACIÓN CON TRIPLE
MUNICIPIO ROSCIO. ESTADO BOLIVAR
AÑOS 2001 - 2006

INMUNIZACION COMPLETA TERCERAS DOSIS

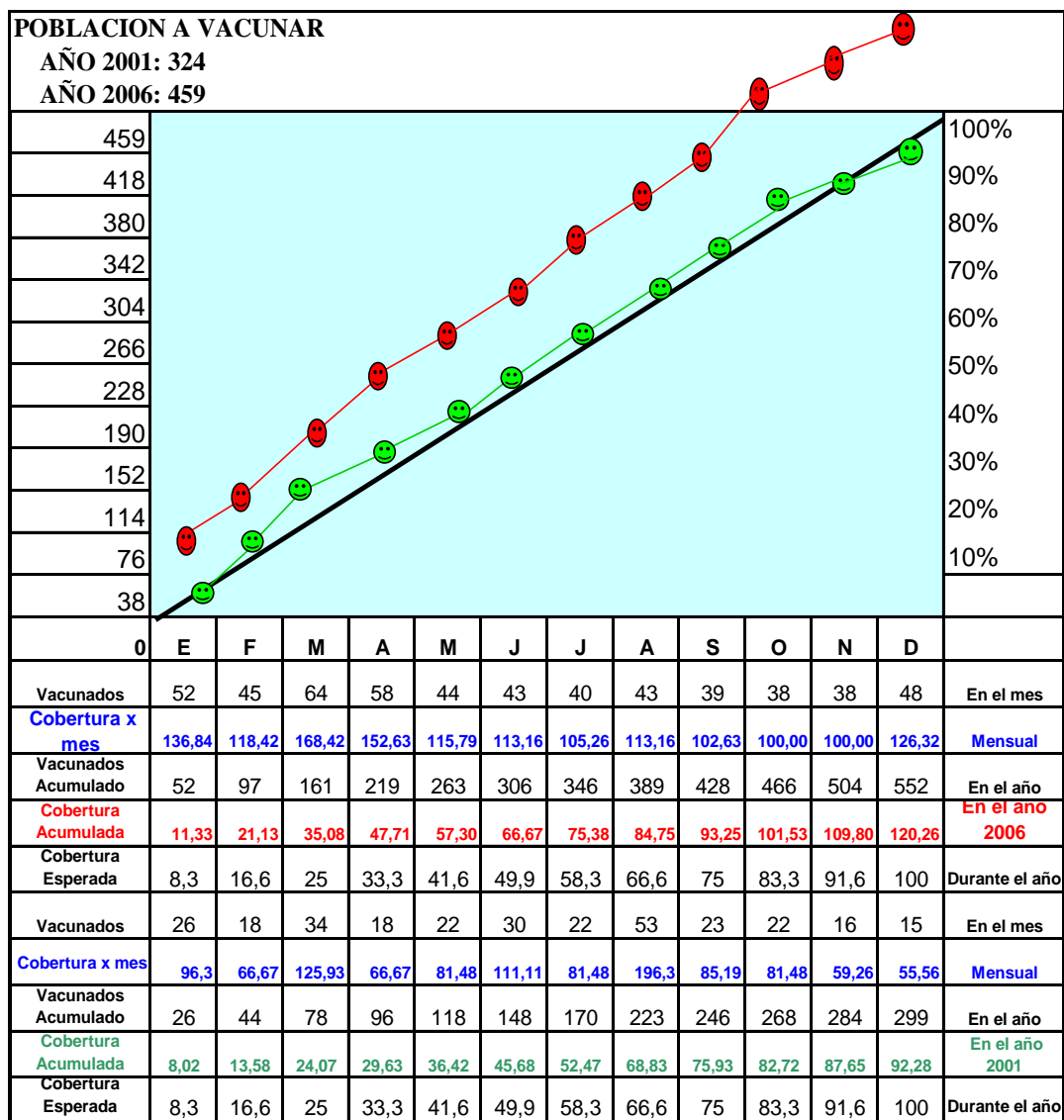


Fuente: Registros de Epidemiología Distrito N°. IV

GRAFICO Nº. 1 D

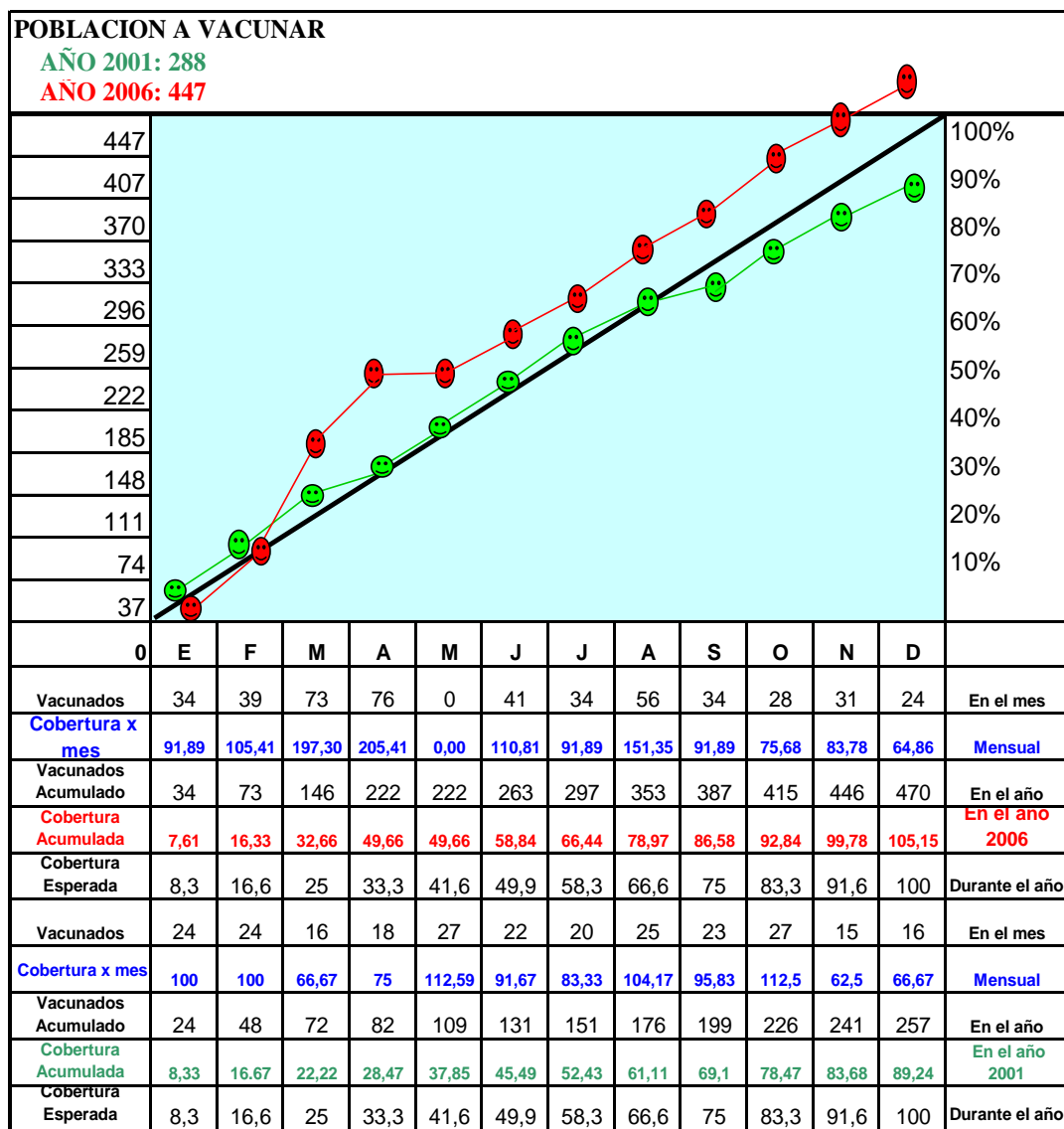
**COBERTURAS DE INMUNIZACIÓN CON HEPATITIS "B"
MUNICIPIO ROSCIO. ESTADO BOLIVAR
AÑOS 2001 - 2006**

INMUNIZACION COMPLETA TERCERAS DOSIS



Fuente: Registros de Epidemiología Distrito N°. IV

GRAFICO Nº. 1 E
COBERTURAS DE INMUNIZACIÓN CON TRIVALENTE VIRAL
MUNICIPIO ROSCIO. ESTADO BOLIVAR
AÑOS: 2001 - 2006.

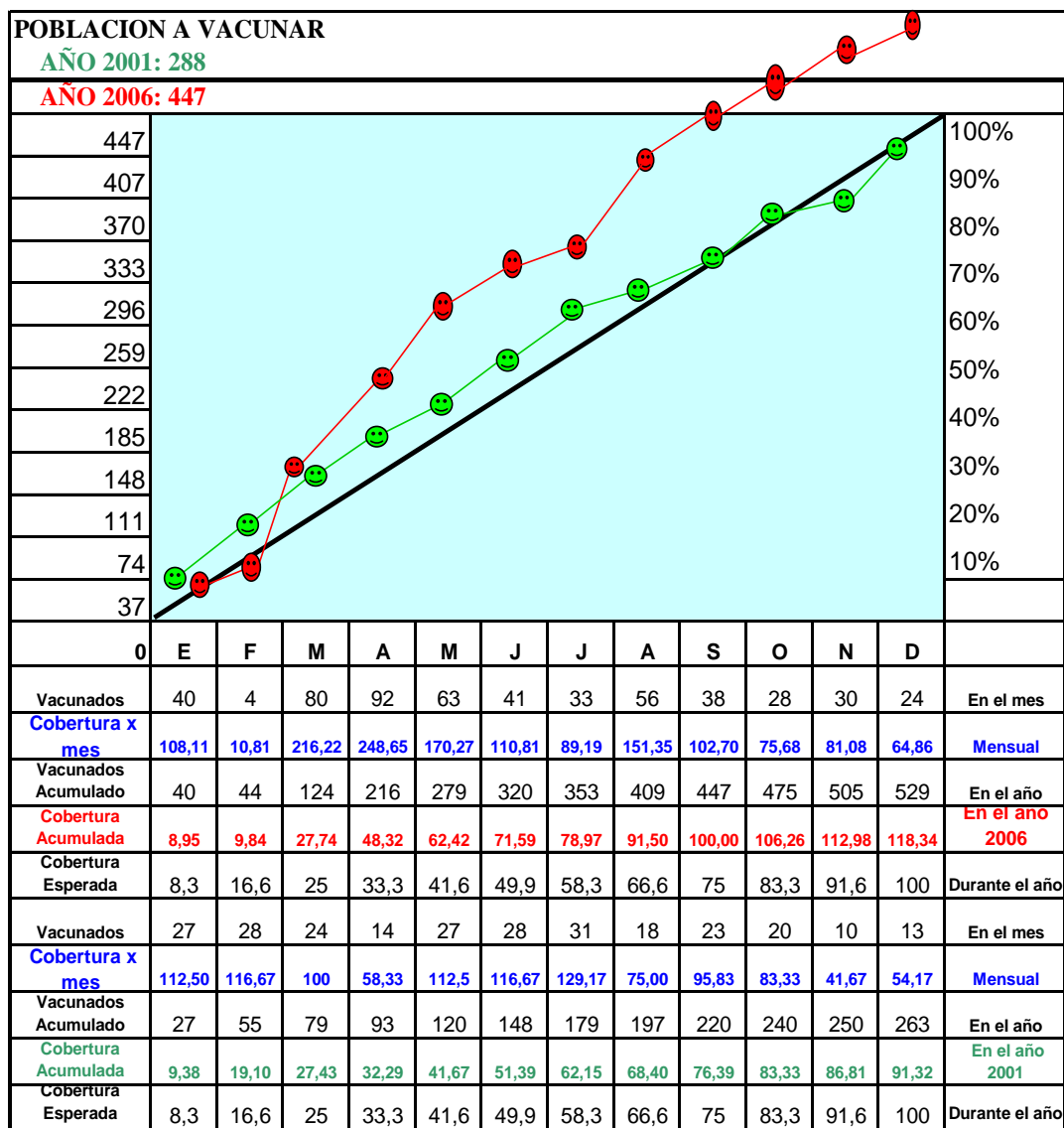


Fuente: Registros de Epidemiología Distrito N°. IV

GRAFICO N°. 1 F

COBERTURAS DE INMUNIZACIÓN CON ANTIAMARILICA
MUNICIPIO ROSCIO. ESTADO BOLIVAR
AÑOS: 2001 - 2006.

INMUNIZACION COMPLETA UNA DOSIS



Fuente: Registros de Epidemiología Distrito N°. IV

En el cuadro N°. 1 (Ver anexo C) y los gráficos de cobertura de las diferentes inmunizaciones, se evidenció el logro de resultados positivos en el programa ampliado de inmunizaciones donde se aumentó considerablemente la cobertura de inmunización en el año 2.006, por observación se consideró que esto fue debido al plan coordinado por el equipo de trabajo del Distrito, conjuntamente con la participación de la comunidad del municipio, pero también hay aparentes anomalías, ya que los porcentajes estuvieron por encima del 100% los cuales pueden explicarse con las siguientes aclaratorias:

a) Que en la programación no se incluyeron los niños del municipio que nacieron en El Callao, Upata, San Félix, Tumeremo y otros lugares pero que viven en el mismo, lo cual no es nuevo pero se observó debido al aumento de las coberturas.

b) La población no es la real, no existe un censo actualizado en el municipio y hay población flotante por ser una zona minera y por el aumento de invasiones, esto se pudo constatar por la creación de nuevos sectores, en el 2001 eran 48 y ahora en el 2006 hay 67 sectores incluyendo tanto los urbanos como los rurales.

C) Por revisión de los registros se encontró que muchos niños de El Callao y otros municipios fueron vacunados en los ambulatorios del Municipio Roscio.

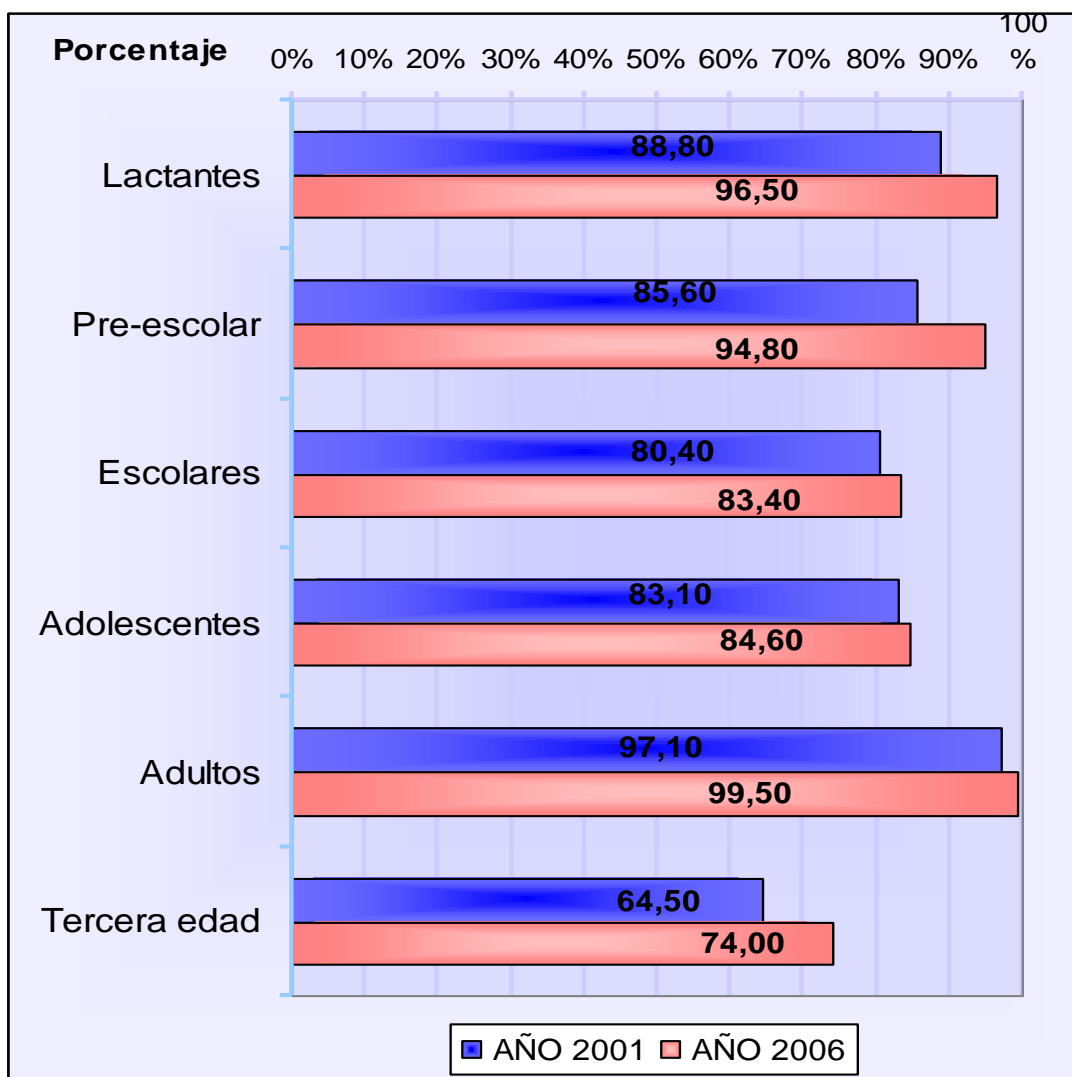
Cuadro Nº 2

COBERTURAS DE CONSULTAS POR CICLO DE VIDA.
MUNICIPIO ROSCIO. ESTADO BOLIVAR. AÑOS 2.001 Y 2.006

| Consultas | AÑO 2.001 | | | | AÑO 2.006 | | | |
|---------------------|-----------|-------|--------|-------|-----------|-------|--------|-------|
| | Pob. | Prog. | Realz. | % | Pob. | Prog. | Realz. | % |
| Lactantes | 1.086 | 869 | 772 | 88,80 | 1.233 | 986 | 951 | 96,50 |
| Pre-escolar | 2.436 | 1.949 | 1.668 | 85,60 | 2.608 | 2.086 | 1.978 | 94,80 |
| Escolares | 3.098 | 2.478 | 1.993 | 80,40 | 3.285 | 2.632 | 2.195 | 83,40 |
| Adolescentes | 3.268 | 2.614 | 2.173 | 83,10 | 3.715 | 2.972 | 2.513 | 84,60 |
| Adultos | 9.431 | 7.455 | 7.324 | 97,10 | 11.092 | 8.874 | 8.830 | 99,50 |
| 3era edad | 1.058 | 846 | 546 | 64,50 | 1.432 | 1.146 | 848 | 74,00 |

Fuente: Registros Epidemiología Distrito IV.

GRAFICO Nº. 2
COBERTURA DE CONSULTAS PREVENTIVAS POR CICLO DE
VIDA.
MUNICIPIO ROSCIO. ESTADO BOLIVAR.
AÑOS 2001 Y 2006.

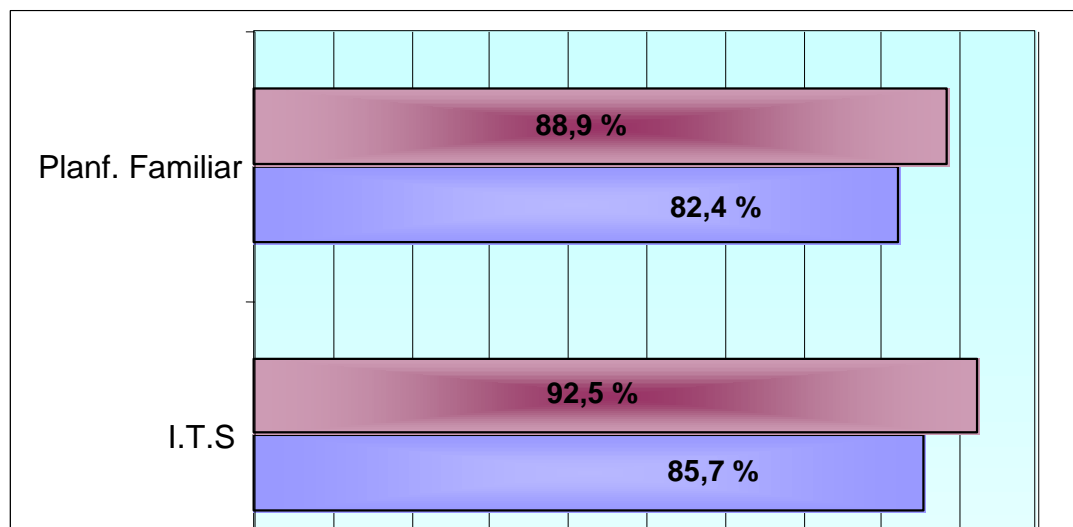


Fuente: Registros de Epidemiología Distrito Nº. IV.

En el cuadro y gráfico N°. 2, se pudo observar que para el año 2006 aumentaron los porcentajes de cobertura en la atención por ciclo de vida al lactante, preescolar, escolar, adolescente, adulto y tercera edad, por encima del 80%, lo que permite inferir que hubo aceptación de la comunidad por esta nueva forma de atención en salud: Modelo de Atención Integral, donde se atiende a la familia en conjunto y no fraccionado como antes, donde existían horarios estrictos por ejemplo: la madre venía el lunes a la consulta de planificación familiar, el martes a traer el hijo a la consulta de lactantes o preescolar y si necesitaba un certificado de salud debía venir el día miércoles. Actualmente acude y en un solo día puede darle solución a todas sus necesidades de consulta. Además recibieron actualización en los temas de salud con las charlas continuas de la promotora social, las enfermeras y médicos de los diferentes programas, así como también de los pasantes de enfermería, medicina y odontología.

El aumento en las coberturas fue en los lactantes de un 7,7%, en la atención del preescolar fue de 9,2%, el de los escolares de un 3%, en los adolescentes fue de un 1,5%, en los adultos 2,4% y los adultos de la tercera edad el aumento fue de 9,5%. Siendo ésta, seguida de la atención al preescolar y a los lactantes, los tres primeros con mayor aumento de cobertura una vez que se implementó la Atención Integral en los Servicios de Salud del Municipio Roscio.

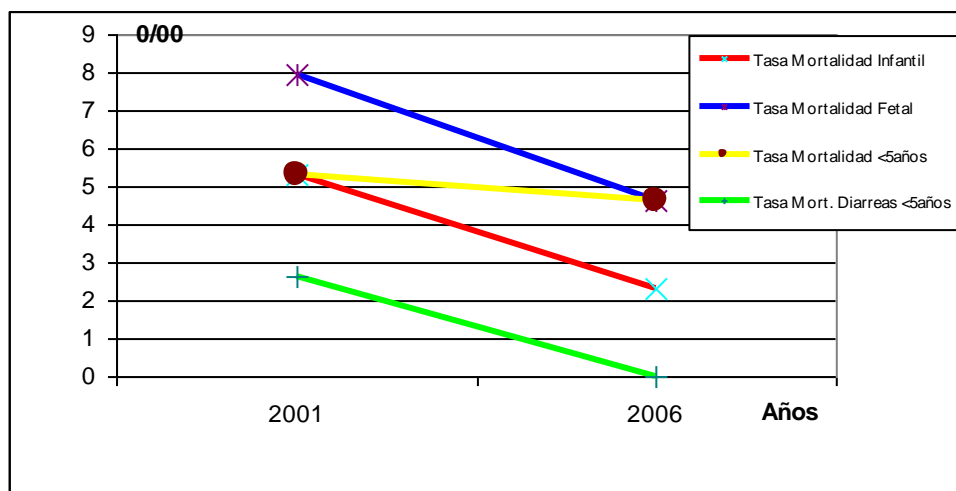
GRAFICO N°. 3
COBERTURA DE CONSULTAS PREVENTIVAS POR PROGRAMAS.
MUNICIPIO ROSCIO. ESTADO BOLIVAR.
AÑOS 2001 Y 2006.



Fuente: Registros de Epidemiología Distrito N°. IV.

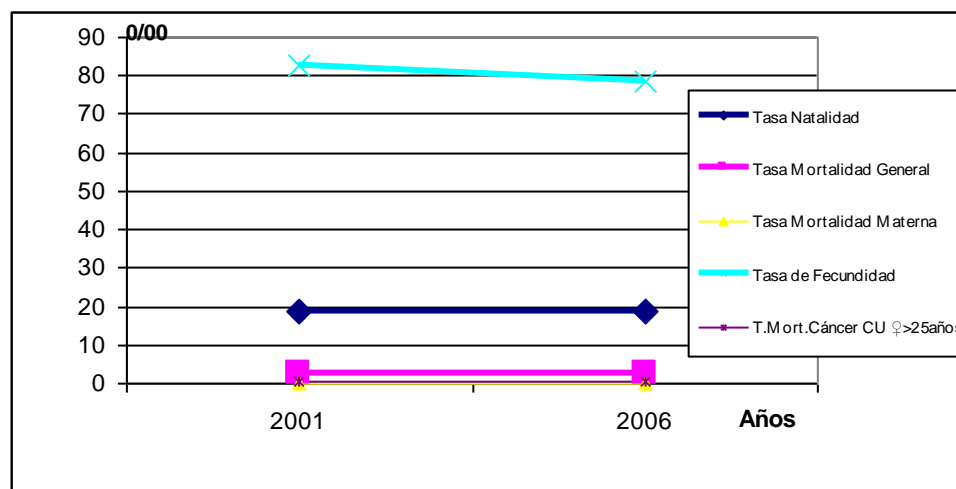
En el Cuadro N°. 3 (Ver anexo D) y gráfico N°. 3 en lo referente a los programas ejecutados y estudiados, se pudo ver que los resultados fueron positivos en el año 2006 con la atención integral, siendo el programa de Atención a las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH / SIDA el que ocupa el primer lugar en cobertura cuyo aumento fue en un 6,8% (en el año 2006) con respecto al 2001, seguido en segundo lugar por el programa de Planificación Familiar con un aumento de 6,5% y en el tercer lugar el programa prenatal que aumentó en un 4,5% con respecto al año 2001, lo cual reafirma que se están logrando los diferentes objetivos de este modelo y con ello la captación de la comunidad para usar los servicios de los ambulatorios del municipio y donde el equipo de salud se acercó más a la comunidad por intermedio de los comités de salud y consejos comunales de cada sector. También se pudo apreciar que en el año 2006 a pesar de existir los consultorios populares de Barrio Adentro y un Centro Diagnóstico Integral en Roscio, las consultas aumentaron sustancialmente en los ambulatorios del Municipio.

GRAFICO N° 4
INDICADORES DE SALUD DEL MUNICIPIO ROSCIO. ESTADO BOLIVAR.
AÑOS 2001 Y 2006



FUENTE: Registros de Epidemiología Distrito N° IV.

GRAFICO N° 5
INDICADORES DE SALUD DEL MUNICIPIO ROSCIO. ESTADO BOLIVAR.
AÑOS 2001 Y 2006



FUENTE: Registros de Epidemiología Distrito N° IV.

En el cuadro N°. 4 (Ver anexo E) y gráficos 4 y 5 muestran los resultados de los indicadores de salud del Municipio Roscio para los años estudiados: la tasa de natalidad se mantuvo igual, la tasa de fecundidad disminuyó en 4,26; es decir que disminuyeron el número de hijos por cada mujer en edad reproductiva, lo cual se ratifica por el aumento del porcentaje de cobertura del programa de planificación familiar. No se registraron muertes maternas, ni neonatales. La tasa de mortalidad fetal, la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad en menores de 5 años y la tasa de mortalidad por diarreas en menores de 5 años disminuyeron en 3,33%; 3,0%; 0,68% y 2,65% respectivamente, los cuales son cambios positivos obtenidos una vez implementado el Modelo de Atención Integral, esto esta ratificado con el aumento de la consulta prenatal, higiene infantil y pre-escolar que se

evidenció en los resultados de esta investigación; en cuanto a la tasa de mortalidad general se mantuvo igual y la única que aumentó fue la tasa de mortalidad por cáncer cervico-uterino en mujeres mayores de 25 años en 0,09% con respecto al año 2001.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se exponen las conclusiones de la investigación mediante el análisis de los datos y con el estudio de la teoría legal para dar respuesta a los objetivos que se plantearon en la investigación y las recomendaciones que surgen del estudio.

Conclusiones

1. Con la implementación del M.A.I. se logró el aumento de la promoción, prevención y atención al usuario en forma oportuna, también se respondió a los grupos específicos de la población en base al perfil epidemiológico de cada uno de ellos y además se alcanzó la participación de los sectores del municipio, garantizando así, la calidad en los servicios a los usuarios y usuarias del mismo.
2. La cobertura de inmunizaciones en la población de < 1 año y en 1 año en todas las vacunas fue mayor en el año 2006.

3. A pesar de que las metas se realizaron con los nacidos vivos de los años anteriores, existe un problema porque el porcentaje de cumplimiento está por encima de 100%. Investigando las causas de este fenómeno se encontró que existe un aumento no cuantificado de la población del municipio. Por ejemplo en el año 2005 existían 38 sectores urbanos y 10 sectores rurales y en el 2006 hay 39 sectores urbanos y 28 sectores rurales, esto se debe a que hubo una alta índice de invasiones en el municipio, los cuales no fueron incluidos en las metas del 2006 y por ello pareciera que está por encima del 100% en las coberturas de inmunización, pero esto no es real.

4. El porcentaje de cobertura por ciclo de vida y por programas fue mayor en el año 2006 en todos los ciclos de vida y en los cuatro programas estudiados, lo cual indica que hubo aceptación del Modelo de Atención Integral por los ciudadanos del municipio Roscio. Pero existe una dificultad que es la falta de unificación de las morbilidades de los ambulatorios del municipio con respecto a las nuevas instituciones de la Misión Barrio Adentro, las cuales se envían al Instituto de Salud Pública en Ciudad Bolívar y las de los consultorios populares y el Centro Diagnóstico Integral de la Misión Barrio Adentro que son enviadas por el coordinador directamente a sus superiores a nivel regional.

5. Se incumplió con el llenado de los formatos DSP-01, DSP-02 y DSP-03 en: estado nutricional, Riesgos biológicos, riesgos Psicosocial, riesgo ambiental, examen de mamas y nivel escolar.

6. Las tasas de natalidad, fecundidad, mortalidad fetal, mortalidad infantil, mortalidad en menores de 5 años y la mortalidad por diarreas en menores de 5 años,

disminuyeron en el año 2006. La tasa de mortalidad general se mantuvo igual en ambos años, la tasa de mortalidad por cáncer cervico-uterino en mujeres mayores de 25 años aumentó en una pequeña proporción y no se registraron muertes maternas, ni neonatales.

7. La efectividad de la implementación del Modelo de Atención Integral en las consultas preventivas de los servicios de salud del Municipio Roscio fue buena ya que se cumplieron los objetivos propuestos y disminuyeron los indicadores negativos y la letalidad de las enfermedades de los programas estudiados.

Recomendaciones

1. Incentivar al personal de salud para efectuar el llenado correcto de los formularios DSP-01, DSP-02 y DSP-03 demostrando la importancia del llenado de esta información para mejorar la salud del individuo, familia y comunidad del municipio Roscio.

2. Integrar las morbilidades de los ambulatorios del municipio con las de los consultorios populares y el Centro Diagnóstico Integral de la Misión Barrio Adentro.

3. Involucrar a los comités de salud formados en la solución de los problemas de salud de la comunidad.

4. Realizar junto con el personal de la Misión Barrio Adentro, estudiantes de medicina y enfermería integral comunitaria, la alcaldía de Roscio y la comunidad un censo para conocer la población real del municipio y con esto poder elaborar un plan de metas que se ajusten a la realidad.

5. Corregir el registro de Nacidos Vivos en el Municipio por residencia para programar metas de acuerdo a la realidad existente en el Municipio Roscio.

6. Contratar más personal especializado para optimizar la atención a los ciudadanos y ciudadanas del municipio, por que a pesar de la inclusión de la Misión Barrio Adentro, no ha sido suficiente para atender a toda la población.

LISTA DE REFERENCIAS

Hernández, Sampieri (1996) Metodología de la Investigación. México.
Editorial Mc Graw Hill 2ª edición.

Kinicki, A. Y Kreitner, R. (2003). *Comportamiento organizacional: conceptos, problemas y prácticas*. México: McGraw Hill Interamericana.

Pineda, E. Alvarado, E. L. y Canales, F., (1994). Metodología de la Investigación. Organización Panamericana de la Salud. Organización

Mundial de la Salud. Washington, D.C. E.U.A.

Polit, Denice (1991). Investigación en ciencias de la salud. 5° Edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. México.

Tamayo y Tamayo, Mario. (2001). El Proceso de la Investigación Científica 4ta. Edición. Editorial Limusa. México.

Documento de Base Sobre el Modelo de Atención Integral en Venezuela. 7 ma. Versión. Coord. del Centro de Investigaciones. GEL.

Revista Cubana de Salud Publica. ISSN 0868-3466. 26. Versión on – line. Editorial ciencias medicas 2006 – 1999. (ecimed@infomed.sld.cu).

Validación de un Sistema de Indicadores para Medir el desempeño en la empresa de mat... de la pagina de monografía. com
.http://monografias.com/trabajos 15/valoración valoración. shtml.

Indicadores de salud y ASIS OPS 2.004
<http://www.paho.org/Spanish/SHA/glossary.htm>

Sabino, Carlos. (1.992). El Proceso de Investigación. Editorial Panapo. Caracas.

Robbins, S. (2.004) Comportamiento Organizacional (10^a ed). México: Pearson Educación. Aportado por: Daniel Romero Pernalette (romeropernalette@yahoo.es).

Brito, J. (1998). ¿Cómo realizar una tesis? Cendespoth. Caracas – Venezuela.

Guía de Investigación de sistemas y servicios de salud ISSS.
Internet .WWW. Monografía.com.

Organización Mundial de la Salud (1978). Alma Ata Atención primaria en salud. Ginebra

Rangel, M. (2001). Dinámica del proceso de Investigación. Ediciones de la Universidad Ezequiel Zamora. Colección Docencia Universitaria

Revista Cubana en Medicina General Integral. ISSN 0864-2125. versión Online Editorial ciencias medicas 2006 – 1999. (ecimed@infomed.sldcu).

OPS., OMS. 38.a sesión del subcomité de planificación y programación del Comité ejecutivo. Washinton. D.C. EUA 24 al 26 de marzo de 2004. Punto de orden del día provisional SPP3814. (Esp.) 18 de febrero 2.004. Los Objetivos del Desarrollo del Milenio y las Metas de Salud.

ANEXOS

ANEXO A

Objetivo General del Modelo de Atención Integral

Producir un cambio del modelo de atención existente hasta ahora, por un nuevo Modelo de Atención Integral, a fin de garantizar a la población un

verdadero acceso a los servicios donde se brinde atención en salud de calidad, y que por otra parte se base también en una intensa participación comunitaria por una salud integral.

Objetivos específicos del Modelo de Atención Integral

(a) Asegurar servicios de promoción, protección específica, prevención, atención y rehabilitación, oportunas y adecuados en cantidad y calidad suficientes para toda la población a través de la red de servicios que permitan extender la cobertura y fortalecer la capacidad resolutive local

(b) Responder a las necesidades de salud de los grupos específicos de población que atiende definiendo los servicios en base al perfil epidemiológico de cada uno de ellos.

(c) Establecer normas para todos los subsectores que participan para garantizar calidad, equidad y estándares mínimos de servicio.

Necesidades Prioritarias de Salud

(a) Prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas (EDA).

(b) Prevención y tratamiento de las enfermedades respiratorias agudas (IRA).

- (c) Cuidado del embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones.
- (d) Cuidados neonatales.
- (e) Inmunizaciones.
- (f) Acceso al agua potable.
- (g) Prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ITS) y SIDA.
- (h) Prevención y tratamiento TBC.
- (i) Prevención y atención de accidentes de tránsito.
- (j) Prevención y tratamiento de la desnutrición proteico-calórica.
- (k) Prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles por vectores (dengue-malaria).
- (l) Prevención y atención de la violencia.
- (m) Anticoncepción y planificación familiar.
- (n) Prevención y tratamiento de la HTA y la enfermedad isquémica cardiaca.
- (o) Cuidado y estímulo del crecimiento y desarrollo infantil, pre-escolar, escolar y adolescente.
- (p) Prevención y atención de las adicciones.
- (q) Prevención y tratamiento de la diabetes.
- (r) Enfoque de riesgo individual, familiar y comunitario.

El Nuevo Modelo en el Primer Nivel de Atención

Dentro de la propuesta planteada establece la necesidad de organizar la oferta y la capacidad resolutive de la red de servicios en tres niveles.

Bases organizativas y funcionales del nuevo modelo en el primer nivel de atención, según los siguientes variables

- (a) Oferta básica de servicios.
- (b) Conformación del equipo de salud.
- (c) Responsabilidades y funciones generales del equipo de salud.
- (d) Esquema general de trabajo.
- (e) Descripción de la red de establecimientos.
- (f) Sistema de referencia y contrareferencia de pacientes.
- (g) Participación social.
- (h) Coordinación e integración de servicios.
- (i) Establecimiento de los compromisos de resultados.

La oferta básica de servicios está constituida por un conjunto de actividades e intervenciones de promoción de la salud, prevención de daños, enfermedades y situaciones de vulnerabilidad, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación, reinserción social de acciones en el campo ambiental y de vigilancia de salud, planificación estratégica y gestión tendentes a mejorar los niveles de salud y bienestar social de la población.

Ofertas Básicas de Servicios:

- (a) Promoción de la salud.
- (b) Atención prenatal y postnatal.
- (c) Atención del parto y aborto.
- (d) Cuidados neonatales.
- (e) Control y estímulo del crecimiento y desarrollo.
- (f) Vacunación.
- (g) Detección temprana del cáncer de cervix, mama, próstata y colon.
- (h) Anticoncepción y protección sexual.
- (i) Cuidados de la nutrición y sus trastornos.
- (j) Atención ambulatoria de la morbilidad.
- (k) Atención de emergencias.
- (l) Salud oral.
- (m) Rehabilitación y reinserción social.
- (n) Vigilancia epidemiológica y zoonótica.
- (o) Identificación y clasificación de riesgos ambientales.
- (p) Vacunación de animales domésticos.
- (q) Control y/o eliminación de insectos y roedores.
- (r) Vigilancia y control de calidad de agua, alimentos y sustancias peligrosas.
- (s) Vigilancia y control de desechos sólidos.
- (t) Coordinación intra e intersectorial.

(u) Evaluación y garantía de la calidad.

(v) Registro de información.

(w) Planificación local estratégica.

(x) Investigación en salud.

Actividades Específicas.

(a) Educación individual.

(b) Educación familiar.

(c) Educación a grupos.

(d) Educación colectiva.

(e) Visita al hogar.

(f) Visita a centros infantiles y educativos.

(g) Visitas a centros de producción.

(h) Visitas a instituciones.

(i) Organización y asesoría de grupos sociales y de auto apoyo y comités de salud.

ANEXO B

Evaluación de la Efectividad

La efectividad está dada por la relación entre los objetivos alcanzados y los objetivos propuestos. Es decir, un programa ha sido más o menos efectivo en función del cumplimiento cabal de los objetivos propuestos.

$$\text{EFFECTIVIDAD} = \frac{\text{Objetivos alcanzados}}{\text{Objetivos propuestos}} = \frac{\text{OA}}{\text{OP}}$$

En cuanto al impacto y/o efectividad miden le propósito de atención integral como lo son: Disminuir los indicadores negativos de mortalidad y letalidad de las enfermedades sujetas a programas de salud pública.

Un indicador es una medida cualitativa o cuantitativa que expresa los resultados de una organización, por lo general se expresa numéricamente y en otras ocasiones se resalta una cualidad, tienen un estándar que permite evaluar. Los indicadores miden los productos terminales de una organización y al ser utilizado adquieren un valor social agregado. Los indicadores son componentes indispensables de un sistema de seguimiento, evaluación y control de Gestión, este tiene dos componentes activo (responsables) sujeto y pasivo (operaciones) objeto. Ambos componentes deben estar articulados.

Definición de tasa de natalidad. La tasa de cambio medio anual es el número de nacidos vivos en una población, para un determinado país,

territorio o área geográfica, durante un periodo específico. Expresa la razón entre el número de nacidos vivos en una población durante una año específico y la población total a mitad de año, para el mismo año, usualmente multiplicada por 1.000.

$$\text{Tasa cruda de natalidad} = \frac{\text{Nacidos vivos}}{\text{Población general}} \times 1.000$$

$$\text{Tasa cruda de natalidad (2001)} = \frac{377}{20.377} \times 1.000 = 18.50$$

$$\text{Tasa cruda de natalidad (2006)} = \frac{432}{23.365} \times 1.000 = 18.49$$

Definición de tasa de fecundidad. Número promedio esperado de hijos que habría de tener una mujer durante su vida, si en el transcurso de sus años reproductivos experimentase las tasas de fecundidad específica por edad prevalentes en un determinado año o periodo, para un determinado país, territorio o área geográfica.

$$\text{Tasa global de fecundidad} = \frac{\text{Nacidos vivos}}{\text{Población femenina 15-49 años}} \times 1.000$$

$$\text{Tasa global de fecundidad (2001)} = \frac{377}{82.66} \times 1.000 =$$

4.561

$$\begin{array}{r} \text{Tasa global de fecundidad (2006)} = \frac{432}{5.510} \times 1.000 = \\ 78.40 \end{array}$$

Definición de tasa cruda de mortalidad general. Tasa de cambio medio anual en el número de defunciones en una población, para un determinado país, territorio o área geográfica, durante un periodo específico. Expresa la razón entre el número de defunciones en una población durante un año específico y la población total a mitad de año, para el mismo año, usualmente multiplicada por 1.000.

$$\begin{array}{r} \text{Número defunciones} \\ \text{Tasa cruda de mortalidad general} = \frac{\text{Número defunciones}}{\text{Población general}} \times 1.000 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} \text{Tasa cruda de mortalidad general (2001)} = \frac{53}{20.377} \times 1.000 = \\ 2.60 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} \text{Tasa cruda de mortalidad general (2006)} = \frac{61}{23.365} \times 1.000 = \\ 2.61 \end{array}$$

Definición de tasa de mortalidad infantil. Cociente entre el número de muertes en niños menores de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos.

$$\begin{array}{l} \text{Número defunciones < 1 año} \\ \text{Tasa de mortalidad Infantil} = \frac{\text{-----}}{\text{Nacidos vivos}} \times 1.000 \end{array}$$

$$\text{Tasa de mortalidad Infantil (2001)} = \frac{2}{377} \times 1.000 = 5.31$$

$$\text{Tasa de mortalidad Infantil (2006)} = \frac{1}{432} \times 1.000 = 2.31$$

La tasa de mortalidad neonatal.(reportada) Se define como el cociente entre el número de muertes fetales en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos.

$$\begin{array}{l} \text{Número defunciones < 28 días} \\ \text{Tasa de mortalidad neonatal} = \frac{\text{-----}}{\text{Nacidos vivos}} \times 1.000 \end{array}$$

Tasa de mortalidad neonatal = no hubieron muertes neonatales en ninguno de los dos años (2001 – 2006).

La tasa de mortalidad fetal. Se define como el cociente entre el número de muertes fetales en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos.

$$\text{Tasa de mortalidad fetal} = \frac{\text{Número defunciones fetales}}{\text{Nacidos vivos}} \times 1.000$$

$$\text{Tasa de mortalidad fetal (2001)} = \frac{3}{377} \times 1.000 = 7.96$$

$$\text{Tasa de mortalidad fetal (2006)} = \frac{2}{432} \times 1.000 = 4.63$$

Definición de tasa de mortalidad materna. Se define como el cociente entre el número de muertes maternas en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos.

$$\text{Tasa de mortalidad materna} = \frac{\text{Número defunciones maternas}}{\text{Nacidos vivos}} \times 100.000$$

Tasa de mortalidad materna = no hubieron muertes maternas en ninguno de los dos años (2001 – 2006).

Definición de tasa de mortalidad < 5 años. Cociente entre el número de muertes en niños menores de 5 años de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos.

$$\begin{array}{l} \text{Número defunciones < 5 años} \\ \text{Tasa de mortalidad < 5 años} = \frac{\text{-----}}{\text{Nacidos vivos}} \times 1.000 \end{array}$$

$$\text{Tasa de mortalidad < 5 años (2001)} = \frac{2}{377} \times 1.000 = 5.31$$

$$\text{Tasa de mortalidad < 5 años (2006)} = \frac{2}{432} \times 1.000 = 4.63$$

$$\begin{array}{l} \text{Número def. diarreas < 5 años} \\ \text{Tasa de mortalidad Diarreas < 5 años} = \frac{\text{-----}}{\text{Nacidos vivos}} \times 1.000 \end{array}$$

$$\text{Tasa de mortalidad Diarreas < 5 años (2001)} = \frac{1}{377} \times 1.000 = 2.65$$

Tasa de mortalidad Diarreas < 5 años (2006) = No hubieron muertes por diarreas en menores de 5 años en este año.

$$\begin{array}{l} \text{N}^{\circ} \text{ defunciones mujeres} > 25 \text{ años} \\ \text{Tasa de mortalidad C\u00e1ncer cervico} = \frac{\text{-----}}{\text{Poblaci\u00f3n Fem. } > 25 \text{ a\u00f1os}} \times \\ 1.000 \\ \text{Uterino mujeres } > 25 \text{ a\u00f1os} \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{Tasa de mortalidad C\u00e1ncer cervico (2001)} = \frac{2}{\text{Uterino mujeres } > 25 \text{ a\u00f1os}} \times 1.000 = 0.53 \\ 3.762 \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{Tasa de mortalidad C\u00e1ncer cervico (2006)} = \frac{3}{\text{Uterino mujeres } > 25 \text{ a\u00f1os}} \times 1.000 = \\ 0.62 \\ 4.836 \end{array}$$

ANEXO C

Cuadro N° 1

**ACTIVIDADES PROGRAMADAS, REALIZADAS Y
COBERTURAS DE INMUNIZACION. MUNICIPIO ROSCIO
ESTADO BOLIVAR. AÑOS 2.001 Y 2.006**

| Vacunas | AÑO 2.001 | | | AÑO 2.006 | | |
|-------------|-----------|------------|------|-------------|------------|-------|
| | Prog. | Realizadas | % | Programadas | Realizadas | % |
| B.C.G. | 324 | 260 | 80,2 | 459 | 584 | 127,2 |
| Polio | 324 | 258 | 79,6 | 459 | 519 | 113,1 |
| Triple | 324 | 235 | 72,5 | 459 | 552 | 120,3 |
| Heptis. "B" | 324 | 219 | 67,6 | 459 | 552 | 120,3 |
| Antiamar. | 286 | 203 | 71,0 | 447 | 529 | 118,3 |

ANEXO D

.Cuadro N° 3

ACTIVIDADES PROGRAMADAS, REALIZADAS Y
COBERTURAS DE CONSULTAS POR PROGRAMAS
MUNICIPIO ROSCIO. ESTADO BOLIVAR. AÑOS 2.001 Y 2.006

| Programas | AÑO 2.001 | | | AÑO 2.006 | | |
|-------------------------------|-----------|--------|-----------|-----------|--------|-----------|
| | Prog. | Realz. | Cobertura | Prog. | Realz. | Cobertura |
| Pre-natal | 2.418 | 2.149 | 88,9 | 2.575 | 2.407 | 93,5 |
| I.T.S. | 3.108 | 2.663 | 85,7 | 3.407 | 3.152 | 92,5 |
| Planificación Familiar | 4.018 | 3.311 | 82,4 | 4.815 | 4.282 | 88,9 |

Fuente: Registros Epidemiología Distrito IV.

ANEXO E

.Cuadro Nº 4

**RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE SALUD DEL
MUNICIPIO ROSCIO. ESTADO BOLIVAR.**

| | AÑO 2.001 | AÑO 2.006 |
|--|------------------|------------------|
| POBLACION (habitantes) | 20.377 | 23.365 |
| NACIDOS VIVOS | 377 | 432 |
| TASA NATALIDAD | 18.50 o/oo | 18,49 o/oo |
| TASA FECUNDIDAD | 82.66 o/oo | 78,40 o/oo |
| TASA MORTALIDAD MATERNA | no hubo | no hubo |
| TASA MORTALIDAD FETAL | 7.96 o/oo | 4,63 o/oo |
| TASA MORTALIDAD NEONATAL | no hubo | no hubo |
| TASA MORTALIDAD INFANTIL | 5.31 o/oo | 2,31 o/oo |
| TASA MORTALIDAD < 5 AÑOS | 5.31 o/oo | 4,63 o/oo |
| TASA MORT. DIARREAS < 5 AÑOS | 2.65 o/oo | no hubo |
| T. MORT. CANCER CERVICO-UTERINO >25 años | 0.53 o/oo | 0,62 o/oo |
| TASA MORTALIDAD GENERAL | 2.60 o/oo | 2,61 o/oo |

Fuente: Registros Epidemiología Distrito IV.

ANEXO F

FOTO 1



DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES AMBULATORIO URBANO TIPO II "CARMEN NARCISA IRADI"

ANEXO G

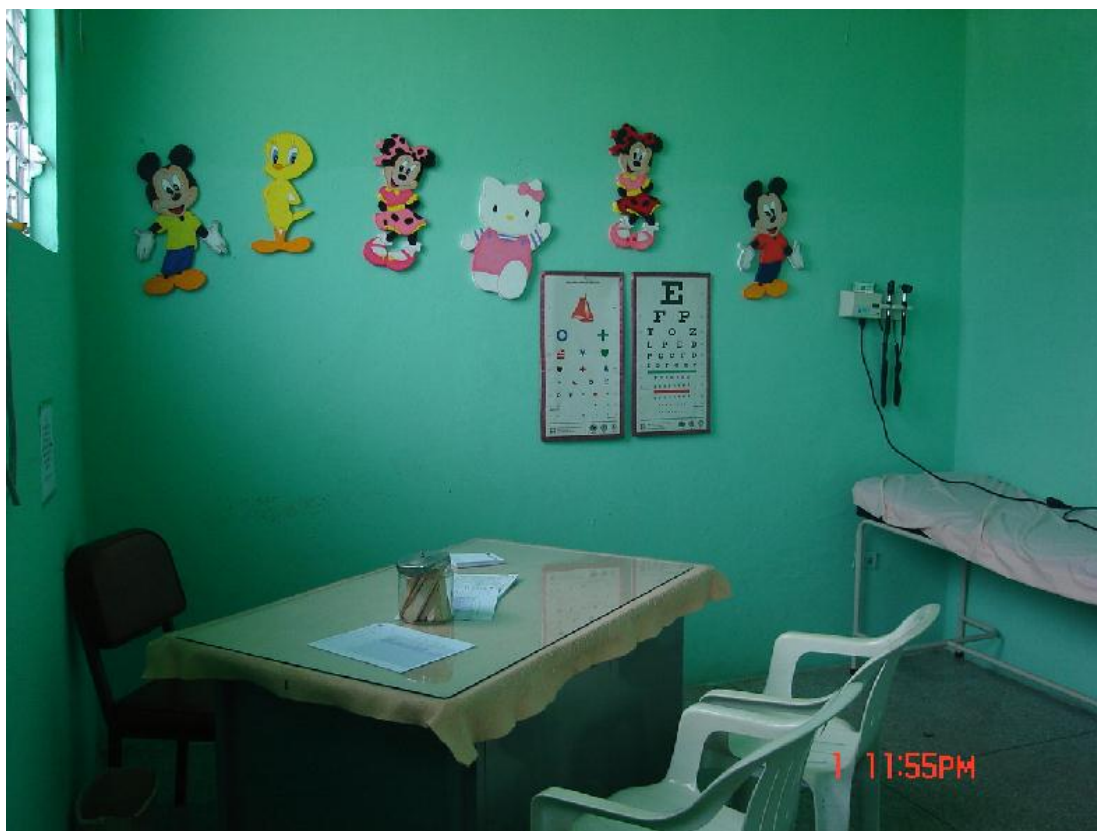
FOTO 2



CONSULTORIO DE ATENCIÓN INTEGRAL GENERAL AMBULATORIO
URBANO TIPO II "CARMEN NARCISA IRADI"

ANEXO H

FOTO 3



CONSULTORIO DE ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIDAD PEDIATRIA
AMBULATORIO URBANO TIPO II "CARMEN NARCISA IRADI"

ANEXO I

FOTO 4



CONSULTORIO DE ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIDAD GINECO-
OBSTETRICIA AMBULATORIO URBANO TIPO II "CARMEN NARCISA
IRADI"

ANEXO J

FOTO N°. 5



AMBULATORIO RURAL TIPO I DEL SECTOR CAMATURE DEL
DISTRITO N°, IV

ANEXO K

FOTO N°. 6



AMBULATORIO RURAL TIPO II SECTOR EL MIAMO DISTRITO N°. IV

ANEXO L

FOTO N°. 7



AMBULATORIO RURAL TIPO I DEL SECTOR CABEZA MALA DISTRITO

N°. IV

ANEXO M

FOTO N°. 8



AMBULATORIO RURAL TIPO I DEL SECTOR SANTA ROSA. DISTRITO

N°. IV

ANEXO N

FOTO N°. 9



AMBULATORIO RURAL TIPO I DEL SECTOR PALO BLANCAL.

DISTRITO N°. IV

ANEXO O

FOTO N°. 10



AMBULATORIO RURAL TIPO I DEL SECTOR EL CINTILLO. DISTRITO

N°. IV

