

**Universidad de Panamá  
Facultad de Medicina  
Escuela de Salud Pública**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LOS  
EQUIPOS DE SALUD QUE LABORAN EN EL  
MINISTERIO DE SALUD Y LA CAJA DE SEGURO  
SOCIAL ANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL NUEVO  
MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD EN EL DISTRITO  
DE SAN MIGUELITO**

**Autora: Griselda Isabel González**

**Tesis para aspirar al título de Maestro en Salud Pública**

**Junio, 2001**

57

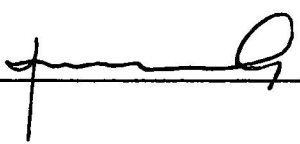
4 MAR 2009

Abegunio del Autor


16985


### APROBACIÓN

Aprobado por:

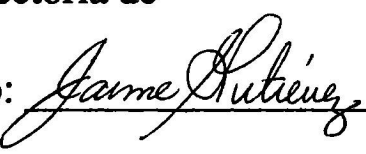
Director de tesis: \_\_\_\_\_ 

Licda. Ivonne González

Miembro del Jurado: \_\_\_\_\_ 

Miembro del Jurado: \_\_\_\_\_ 

Representante de la Vicerrectoría de

Investigación y Post Grado: \_\_\_\_\_ 

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: 28 de junio de 2001

## DEDICATORIA

A mi esposo, mis hijos, Aristides y Patsy que son la razón de mi existencia,

A mis hermanas y hermanos por su apoyo solidario.

Y como homenaje póstumo a mis queridos y recordados padres, a mi madre Genoveva

C. de González (q.e.p.d.) y mi padre Juan B González (q.e.p.d.) quienes en estos

momentos se encuentran con nuestro Divino Señor.

## AGRADECIMIENTO

Quiero dejar constancia de mi profundo agradecimiento a las siguientes personas: Licda. Melva Yee, Licda Lidia Sinisterra, Licda Euda de Sánchez, como se esforzaron y me apoyaron para que se me brindara la oportunidad de participar en este programa de Maestría de Salud Pública, para ellas mi más profundo agradecimiento. A la Licda Ivonne González, Directora de Tesis por su apoyo, interés, orientaciones y confianza depositada en este trabajo de investigación.

Al Dr. Guillermo Campos por su apoyo e interés en el tema de investigación y a todos los funcionarios de la Región de San Miguelito por las entrevistas concedidas, las que jugaron un papel importante en la realización de esta investigación.

A todos mis compañeros de la generación de la VIII Maestría de Salud Pública.

## TABLA DE CONTENIDO

APROBACIÓN.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
TABLA DE CONTENIDO.....	v
INDICE DE CUADROS.....	vi
INDICE DE FIGURAS.....	vii
INDICE DE ANEXOS.....	viii
ABREVIATURAS UTILIZADAS.....	ix
RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	1
INTRODUCCION .....	2
CAPÍTULO I	
MARCO CONCEPTUAL	
1. Planteamiento del Problema.....	5
1.2.Delimitación del Estudio. ....	7
2. Formulación del Problema.....	7
3. Justificación.....	8
4. Limitaciones del Estudio. ....	10

5. Objetivos.....	11
5.1.Objetivo General.....	11
5.2 Objetivos Específicos.....	11
6. Propósito .....	12
<b>CAPITULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO. ....</b>	<b>13</b>
1. Generalidades. ....	13
2. Reformas del Estado Panameño. ....	14
3. Reformas del Sector Salud. ....	14
4. Modelos de Atención. ....	22
5. Modelo de Atención de Salud Familiar, Comunitario y Ecológico..	25
5.1. Imagen Objetivo.....	26
5.2. Objetivo General del Modelo de Atención.....	28
5.3. Componentes del Modelo.....	29
5.3.1. Componente de Atención Familiar.....	29
5.3.2. Componente de Salud Comunitaria.....	31
5.3.3. Componente de Salud Ambiental.....	33
5.4. Organización de los Servicios de Salud.....	34
5.5. Fases del Nuevo Modelo de Atención.....	37
6. Proceso de Cambio. ....	40
6.1. Resistencia al Cambio.....	41
6.2. Actitudes en el trabajo.....	43

6.3. Desarrollo del Recurso Humano.....	45
6.4. Educación Permanente.....	48
6.4.1. Diseño de un Programa de Educación Permanente.....	52
6.4.1.1.Diagnóstico de las Necesidades de Educación.....	53
6.4.1.2.Diseño del Programa Educativo.....	53
a. Definición de objetivos.....	54
b. El establecimiento de Criterios y diseño de métodos para evaluar el logro de objetivos.....	54
c. Selección de los Métodos de aprendizaje.....	55
d. Organización de la experiencia de aprendizaje.....	56
e. Provisión de condiciones en las cuales pueda llevarse a cabo el aprendizaje activo.....	56
f. Desarrollo y utilización de los recursos de capacitación.....	57
g. Refuerzo del aprendizaje con la supervisión de apoyo.....	57
h. Evaluación.....	58
7. Variables del Estudio.....	58
7.1. Conocimiento.....	58
7.2. Actitudes.....	59
7.3. Prácticas.....	59
7.4. Implementación.....	59

### CAPITULO III

ASPECTOS METODOLOGÍCOS. ....	61
1. Descripción del área de estudio. ....	61
2. Tipo de estudio. ....	67
3. Universo y Muestra. ....	67
3.1 Cálculo de la Muestra. ....	68
4. Métodos e Instrumentos de Recolección de datos. ....	72
4.1 Método.....	72
4.2 Instrumento. ....	72
4.2 1 Confiabilidad y Validez de los Instrumentos. ....	75
5. Procedimiento para la recolección de la información.....	75
5.1.Tiempo.....	75
5.2.Recursos.....	75
5.3.Aspectos administrativos.....	76
6. Técnica Estadística.....	76

### CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	78
1. Características generales de los encuestados.....	78
2. Conocimientos, actitudes y prácticas.....	82
3. Análisis de factores multivariados.....	96

## CAPITULO V

### PROPUESTA DE EDUCACIÓN PERMANENTE A LOS EQUIPOS BÁSICOS, SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN

1. Introducción.....	110
2. Objetivo General del Programa Educativo.....	111
3. Metodología.....	112
4. Formación del Personal.....	113
5. Estrategia Educativa.....	113
6. Programa.....	114
6.1. Contenido del Programa Educativo.....	114
7. Evaluación del Programa de Educación Permanente.....	119
7.1. Indicadores de Proceso-.....	119
7.2 . Indicadores de Resultado.....	121
CONCLUSIONES.....	122
RECOMENDACIONES.....	125
BIBLIOGRAFÍA.....	127
ANEXOS.....	132

## INDICE DE CUADROS

Cuadro	pág.
I. Mortalidad Infantil en el Menor de un Año 1980-1998.....	16
II. Cinco Principales Causas de Mortalidad General. 1998.....	17
III. Estimación de la Esperanza de Vida al Nacer según sexo Panamá. 1980-1990, 1990-1995 y 1995-2000.....	18
IV. Clasificación del personal según Institución donde labora San Miguelito. 1999.....	66
V. Distribución de los profesionales y técnicos según Institución donde labora San Miguelito. 1999.. .. .	67
VI. Distribución del Personal Profesional y Técnico según Institución donde labora San Miguelito. 1999.....	70
VII. Clasificación de la población Muestral según Institución donde labora.San Miguelito.....	71
VIII. Distribución de los funcionarios del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, por sexo según grupo de Edad.....	79
IX. Distribución de los funcionarios del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, según tiempo de laborar en la Institución...	80

X.	Distribución de los funcionarios del Ministerio de Salud y la y la Caja de Seguro Social según han recibido información sobre el Modelo de Atención.....	81
XI.	Distribución de los funcionarios del Ministerio de Salud y la y la Caja de Seguro Social según nivel de conocimiento.....	82
XII.	Distribución de los funcionarios del Ministerio de Salud por cargo que desempeña según nivel de conocimiento.....	84
XIII.	Distribución de los funcionarios de la Caja de Seguro Social por cargo que desempeña, según nivel de conocimiento.....	87
XIV.	Distribución de los funcionarios de la Caja de Seguro Social y Ministerio de Salud de acuerdo si han recibido charlas sobre el Modelo, según nivel de conocimiento.....	89
XV.	Distribución de los funcionarios del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, de acuerdo a las prácticas en la Fase I.....	90
XVI.	Distribución de los funcionarios del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social de acuerdo a las prácticas en la Fase II..	92
XVII.	Distribución de los funcionarios del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social de acuerdo a las prácticas en la Fase III..	94
XVIII.	Distribución de los funcionarios del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social de acuerdo a las prácticas en la Fase IV....	95

<b>XIX. Distribución de los funcionario del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social de acuerdo a los aspectos del modelo en los que están completamente de acuerdo y en desacuerdo. ....</b>	<b>106</b>
<b>XX. Distribución de los funcionarios del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, de acuerdo a las recomendaciones al modelo.....</b>	<b>108</b>

## INDICE DE FIGURAS

Fig.	pág.
1. Mapa de la Pobreza.....	19
2. Modelos Campo de la Salud.....	24
3. Esquema sobre la Situación Actual y objetiva con el Nuevo Modelo de Atención.....	27
4. Fases del Proceso de Aplicación del Modelo de Atención De Salud familiar, Comunitaria y Ecológica.....	39
5. Proceso de Educación Permanente.....	51
6. Fases de la Educación Permanente.....	52
7. Esquema de las variables y sus indicadores.....	59
8. Diagrama de Relación de Variables: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en los equipos de salud que labora en el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social ante la implementación del Modelo de Atención.....	60
9. Instituciones estatales de la Región de San Miguelito.....	62
10. Vistas del centro de Salud de Chilibre y Amelia Denis De Icaza.....	63

11. Instituciones de la caja de Seguro Social. Unidades Local de Atención Primaria de Salud Ernesto Culiolis y San Cristóbal..	64
12. Hospital San Miguel Arcángel.....	65
13. Nivel de conocimiento de los funcionarios del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social.....	83
14. Nivel de conocimiento de los funcionarios del Ministerio de Salud por cargo.....	86
15. Nivel de conocimiento de los funcionarios de la Caja de Seguro Social por cargo.....	88
16. Funcionarios de la Caja de Seguro Social, según conocimiento y actitud hacia el Modelo.....	98
17. Funcionarios de la Caja de Seguro Social por cargo, según conocimiento, actitudes y prácticas hacia el modelo.....	100
18. Funcionarios del Ministerio de Salud, según nivel de conocimiento y actitud hacia el modelo.....	102
19. Funcionarios del Ministerio de Salud por cargo, según nivel de conocimiento, actitudes y prácticas hacia el modelo.....	104

## INDICE DE ANEXOS

Anexo 132.

1. Encuesta
2. Nota al Dr. Reynaldo Holder
3. Nota al Dr. Cosme Trujillo .
4. Nota al Dr. Jorge Gamboa

## ABREVIATURAS

<b>BID,</b>	<b>Banco Internacional para el Desarrollo</b>
<b>F1</b>	<b>Factor 1</b>
<b>F2</b>	<b>Factor 2</b>
<b>F3</b>	<b>Factor 3</b>
<b>F4</b>	<b>Factor 4</b>
<b>C.S</b>	<b>Centro de Salud</b>
<b>CSS</b>	<b>Caja de Seguro Social</b>
<b>MINSA</b>	<b>Ministerio de Salud</b>
<b>MIPPE</b>	<b>Ministerio de Planificación y Política Económica</b>
<b>Pol.</b>	<b>Policlínica</b>
<b>OPS</b>	<b>Organización Panamericana de la Salud</b>
<b>OMS</b>	<b>Organización Mundial de la Salud</b>
<b>ULAPS</b>	<b>Unidades Local de Atención Primaria de Salud</b>

## RESUMEN

Este es un estudio descriptivo realizado a los integrantes de los equipos básicos que laboran en los Centros de Salud del Ministerio de Salud y Unidades de Atención Primaria de la Caja de Seguro Social, ubicados en el Distrito de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre, área donde se inicia un Nuevo Modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ambiental, en el año 1996. La investigación busca determinar si los conocimientos, actitudes y prácticas, varían en los funcionarios que laboran en el MINSA y la CSS ante la implementación del Nuevo Modelo de Atención. Se aplicó un cuestionario a los integrantes de los equipos básicos de la Región, cuyos resultados, después de aplicadas las pruebas estadísticas correspondiente, nos indican que no existe variación marcada en los conocimientos, actitudes y prácticas en los funcionarios que laboran en el MINSA y la CSS. Los resultados muestran que los médicos tienen un nivel de conocimiento regular y una actitud negativa hacia el modelo; mas sin embargo hay enfermeras de ambas instituciones que tienen conocimiento regular; una actitud positiva hacia los factores que componen el modelo y realizan prácticas de la fase I y II; las auxiliares de enfermería tienen un conocimiento pobre, una actitud positiva hacia la comunidad y poca o ninguna práctica en la implementación del Modelo. Ante esta situación se propone el diseño de un Programa de Educación Permanente basado en los componentes del nuevo Modelo de Atención.

## SUMMARY

This is a descriptive study carried out for members of the basic teams who work in Health Centers of the Ministry of Health and Units of Primary Care located in the District of San Miguelito, Las Cumbres and Chilibre areas where a new model of Family, Community and Environmental Care was begun in 1996. The investigation aims to determine the knowledge, attitudes and practice of those who work in the Ministry of Health and the Social Security Organization in the face of the implementation of the new model of care. A questionnaire was applied to members of the basic teams of the Region, and results, after applying the statistical corresponding tests, indicate that there were marked variations in knowledge, attitudes and practice between personnel of the Ministry of Health and the Social Security Organization. Results show that doctors have adequate knowledge but a negative attitude toward the model. There are nurses in both institutions who showed acceptable knowledge, have a positive attitude concerning the factors that compose the model and carry on the practice of phase I and phase II. Nurses aides had poor knowledge, a positive attitude towards the community and little or no practice on the implementation of the model. In face of there results we propose the design of a Program of Permanent Education of the components of the new model of care.

## INTRODUCCIÓN

Las reformas para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, marcan las pautas en el desempeño de nuevos roles por parte del recurso humano lo que hace necesario asegurar un personal preparado con la cualificación requerida, para enfrentar los retos que demanda el fomento de líderes en salud, y permitir así ejecutar los objetivos institucionales trazados.

Es preciso que el recurso humano este dotado de los conocimientos científicos y habilidades técnicas que le permita participar con responsabilidad y en forma efectiva en las funciones asignadas. Al cumplir con este rol le corresponde, sentir plena satisfacción de la labor que realiza dentro de la institución donde labora.

Este trabajo enfoca un estudio entre dos instituciones estatales de salud que juegan un papel importante en la población panameña y en los cambios organizacionales del país, por lo que nos preguntamos si ¿varían los conocimientos, actitudes y prácticas de los funcionarios que laboran en el MINSA y la CSS ante la implantación del nuevo Modelo de Atención de San Miguelito?. Ante esta situación se estructuró nuestra investigación en cuatro capítulos: el primero se refiere al marco conceptual donde se plantea el problema a estudiar, se delimita las áreas de estudio y se establecen las razones globales y particulares que nos motivan a realizar este estudio. En este mismo capítulo se estructuran los objetivos y propósitos que esbozan los puntos a desarrollar dentro de la investigación y nuestra contribución al Sistema de Salud.

En el segundo capítulo se desarrolla al texto central donde se describe y se sustenta científicamente las variables que intervienen como son: las generalidades del proceso de globalización a Nivel Internacional y Nacional que inducen a la modernización del Estado a generar nuevos modelos de atención, y el establecimiento de estrategias en Educación Permanente, con la finalidad de vencer las resistencias al cambio y facilitar el proceso de implementación de las nuevas reformas.

El tercer capítulo establece la metodología, donde se describe el tipo de estudio; se establece el universo y muestra a investigar en la Región de San Miguelito, así como se define los instrumentos de medición de las variables: Conocimientos, actitudes y prácticas de los integrantes de los equipos de salud ante la implementación del nuevo Modelo de Atención, al igual que se describe las técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de los datos.

EL análisis e interpretación de los datos, corresponde al cuarto capítulo donde se analizan los hallazgos encontrados a través del programa de EPI - INFO y el análisis de factores multivariados. La información se presenta en cuadros y gráficas que permiten observar el comportamiento de los individuos en los aspectos a investigar. Seguidamente se presenta el diseño de un programa de Educación Permanente, que surge de los hallazgos encontrados en el análisis e interpretación de datos.

En la parte final se presentan las conclusiones y recomendaciones encontradas después de analizados los resultados, y revisada la bibliografía que consideramos de interés en el desarrollo de esta investigación.

Consideramos que los resultados que se obtengan serán de gran utilidad al Sistema de Salud, ya que permitirán conocer las debilidades y fortalezas del recurso humano existente en las instalaciones del MINSA y la CSS ante la implementación del nuevo Modelo de Atención de San Miguelito, y además servirá como referencia para realizar futuros estudios en el área de Educación Permanente en Salud, versus Modelos de Atención.

# **CAPITULO I**

## **MARCO CONCEPTUAL**

### **1. Planteamiento del Problema**

El proceso de globalización contempla una serie de realidades, tendencias y reformas encaminadas a la modernización de los Estados, entre las reformas fundamentales predomina la concepción social en las acciones de salud, en la misma se destaca la salud como parte del desarrollo, concebida como el mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar, vista como un hecho social, integral y sostenible para dinamizar el proceso de desarrollo del país. Dentro de este contexto está la necesidad de reorganizar las estructuras administrativas, técnicas y de provisión de servicios de salud, donde es necesario revisar, reorientar y establecer servicios acordes con la realidad existente en el país, con la finalidad de hacerlos más eficaces, eficientes, equitativos y de calidad.

A partir del año 1994 se dan las primeras directrices que justifican las reformas de modernización que han sido desarrolladas en las diferentes áreas del sector salud y entre ellos está el Modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ambiental en la Región de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre que requiere una pronta evaluación para identificar aquellos aspectos que lo conforman, con relación a la recepción y aceptabilidad por parte de los equipos básicos que permitan correcciones o modificaciones.

Para Octubre de 1997 realizamos un sondeo a funcionarios que laboran en el Centro de Salud Torrijos Carter y la Policlínica Generoso de la Guardia, con la finalidad de identificar algunos indicadores que dieran luces sobre el desarrollo del modelo y las repercusiones en el cambio de conocimiento y actitudes en los funcionarios de salud, entre los que destacamos los siguientes aspectos, el 100% recibió orientación sobre el modelo de atención. En la Policlínica Generoso de la Guardia, se encontró que el 16% representado por cuatro unidades, están de acuerdo con los aspectos que persigue el mismo, y el 84% representado por 21 personas no están de acuerdo con los lineamientos del modelo, estos señalan entre otras cosas: “ es una utopía, es muy ambicioso, no sabemos cómo lo van hacer”.

En el Centro de Salud Torrijos - Cárter nos encontramos con los siguientes resultados: el 76% representado por 19 personas, se mostraron de acuerdo con la metodología y contenido del Modelo de Atención, el 24% representado por seis personas, que no están de acuerdo con el Modelo y el 4% representado por una persona, manifestó indiferencia ante el mismo. Como podrá observarse, las respuestas entre los funcionarios del MINSA y los de la Caja de Seguro Social, en la Región son prácticamente opuestos.

A partir de noviembre de 1997 se crea en la Región de Salud de San Miguelito el Departamento de Desarrollo Integral de los Recursos Humanos, que tiene contemplado un proceso de capacitación del recurso humano que labora en la Región de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre, mas no establece un sistema de evaluación periódico que

permita determinar oportunamente cuáles son los conocimientos, las actitudes y prácticas del personal ante el modelo.

### **1.2. Delimitación del Estudio:**

Ante el establecimiento del modelo de atención biosicosocial en el que se fundamentan los aspectos familiares, comunitarios y ambientales, es esencial el análisis y la investigación de diversos factores que generan resistencia al cambio, como lo es, el nivel de conocimiento, de aceptación y de prácticas que tienen los integrantes de los equipos básicos sobre el Modelo de Atención, que laboran en los Centros de Salud del Ministerio de Salud y en las Unidades Locales de Atención Primaria de Salud de la Caja de Seguro Social, ubicadas en la Región de Salud de San Miguelito. Esta investigación busca conocer y delimitar la variación que existe entre las variables investigadas.

### **2. Formulación del Problema:**

Ante la situación planteada consideramos importante conocer :¿ **Cuales son los conocimientos, actitudes y prácticas en el equipo de salud, que condicionan el éxito en este compromiso tan importante del Estado con la población panameña?** , y si

**¿Varían los conocimientos, actitudes y prácticas de los funcionarios del MINSA y CSS en la implementación del nuevo Modelo de Atención de San Miguelito?**

### **3. Justificación**

Esta investigación se justifica sobre la base que la educación es una actividad que se realiza en toda organización, que tiene como objetivo mejorar los servicios brindados así como también aumentar los conocimientos, cambiar las habilidades y actitudes de los trabajadores, en este sentido la educación permanente, la capacitación y el desarrollo del recurso humano, juega un papel importante para el logro de las estrategias a implementar a través de los empleados, así como también permite mantenerlos actualizados en cuanto a nuevas informaciones y tecnologías. Por lo tanto consideramos que la educación permanente es necesaria para disminuir la resistencia al cambio y logra así los cambios organizacionales que se pretende con el Modelo de Atención de Salud Familiar, Comunitario y Ecológico en el distrito de San Miguelito.

El Modelo de Atención de San Miguelito se diseñó e implementó en sus primeras fases con apoyado financiero de organismos internacionales y constituyó una de las reformas del sector salud más importante, para satisfacer las demandas en salud de la población panameña, de tal forma que a través de los componentes, se brinde una atención de calidad, con calidez y de forma eficaz, eficiente y equitativa.

Una vez implementado exitosamente en el Distrito de San Miguelito, sería el

Modelo de Atención de salud a implemetnar en otras áreas del país. Ante esta situación el Modelo encierra una serie de procesos que deben ser evaluados para retroalimentar el sistema, de tal forma que permita hacer los correctivos pertinente, sobre todo en la capacitación del recurso humano, el cual es el motor o eje central para que el mismo sea una realidad.

Según análisis realizado por la Región de Salud de San Miguelito en su fase de planificación del proyecto, se identifican puntos críticos que justifican la realización de este trabajo de investigación, tales como:

- "- Un nivel de incertidumbre que predetermina situaciones de inestabilidad e imprevisibilidad de los procesos,**
  - La cultura que prevalece en el sistema y los sujetos sociales creados por un modelo sustentado en una dimensión biológica - curativa y,**
  - La insuficiencia de esquemas conceptuales y metodológicos tradicionales de la administración de las organizaciones de salud".**
- MINSA( 1997).**

Aspectos que no han sido considerados a trabajar a través de un programa de educación permanente, por lo que desconocemos si las acciones realizadas hasta el momento tienen algún impacto sobre los puntos antes mencionados o alguna relación con los conocimientos, actitudes y prácticas del equipo de salud ante la implementación del modelo.

Además se encontraron limitaciones en el recurso humano para la implementación del modelo, éstas se establecen en el documento que plantea el Modelo de Atención, entre las que sobresalen:

- "- Falta de capacitación permanente.**
  - Desmotivación del personal.**
  - Existe incertidumbre sobre el nuevo modelo de atención por lo que el personal se resiste al cambio".**
- MINSA (1997)**

Sobre la base de los puntos antes mencionados desconocemos si existe algún estudio o evaluación que permita conocer a detalle estos aspectos en los integrantes de los equipos de salud y si existen acciones específicas para corregir estas limitaciones.

#### **4 Limitantes del Estudio:**

Las limitaciones que se encontraron para la realización de la investigación fueron las siguientes:

- Desconocimiento de todos los factores que intervienen en el desarrollo del recurso humano, específicamente en la capacitación y las actitudes en los equipos básicos.
- De los 100 funcionarios que conforma la población muestral, solo contestaron el cuestionario 94 individuos.

## **5. Objetivos**

### **5.1 Objetivos Generales:**

- Determinar la variación de los conocimientos, actitudes y prácticas del equipo de salud que labora en el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social ante la implantación del nuevo Modelo de Atención.
- Proponer un programa educativo orientado a los equipos básicos, que contribuya a mejorar los conocimientos, favorecer actitudes positivas y poner en práctica, los lineamientos establecidos en el Modelo.

### **5.2. Objetivos Específicos:**

- Identificar el nivel de conocimiento, las actitudes y prácticas que poseen los equipos básicos que laboran en la Caja de Seguro Social y el MINSA sobre el Modelo de Atención.
- Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas de los equipos básicos del MINSA y la Caja del Seguro Social.
- Diseñar un programa de educación permanente a los equipos básicos, sobre los componentes del Modelo de Atención de San Miguelito.

## **6. Propósito**

El estudio propuesto contribuirá a:

- **Orientar hacia líneas de acción, en el área de la capacitación del personal en el conocimiento del Modelo de Atención que permitirá facilitar la implementación del Modelo de Atención de Salud, que busca incrementar el bienestar y la calidad de vida de todos y cada uno de los habitantes sin ningún distingo (etnia, edad, sexo, religión, nivel social, partido político o discapacidad), y movilizar a todos los actores sociales hacia un desarrollo humano sostenible.**
- **Resaltar la importancia del desarrollo del Recurso Humano en los procesos de cambio organizacional en el sector salud.**

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1. Generalidades:**

A fines del siglo XX e inicios del siglo XXI, han ocurrido una serie de cambios, dentro de la macroeconomía Mundial conocida como el proceso de globalización, que no es más que la liberación del mercado, de la inversión y formación de Bloques Económicos o Pactos Regionales. La misma se manifiesta a través de la información actualizada, el crecimiento del Comercio Internacional, la comunicación instantánea, el intercambio creciente de inversiones entre países, uniformidad de pautas de consumo y crecimiento del turismo, el transporte, la descentralización, la atención primordial a la población y otras tendencias, que busca ante todo el desarrollo sostenible de cada región o país.

La revolución de la tecnología en todos los campos, los cambios en el comercio, el transporte y otros aspectos, ya no es ignorado por la población, ni existe el aislamiento completo de un país, fuera del contexto del proceso de globalización, donde la modernización del Estado es una inversión necesaria de los países para insertarse en las corrientes mundiales de la competitividad y eficiencia de los recursos existente en un país.

## **2. Reformas del Estado Panameño**

Actualmente los países se encuentran inmersos dentro de una serie de cambios, como respuesta al proceso de reforma y modernización del Estado, con el objeto de hacer más eficiente y eficaces las instituciones estatales y lograr mayores beneficios en la sociedad. Estas transformaciones buscan disminuir los niveles de pobreza, la tasa de desempleo, el bajo poder adquisitivo, los limitados niveles de educación, de comunicación, transporte y salud en la población; como parte de los problemas económicos y sociales.

Panamá ha iniciado un proceso de revisión de sus estrategias de desarrollo con el fin de mejorar su economía dentro del mercado competitivo y tener mejores oportunidades de crecimiento y desarrollo social a corto, mediano y largo plazo.

Con los procesos de privatización y la disminución del papel de Estado, se dan los planteamientos sobre las reformas que tienen la finalidad de disminuir las disparidades en los activos de los pobres y por consiguiente se debe:

- **“Profundizar las reformas al código del trabajo y legislaciones relacionadas sobre despidos y disminuir el costo relativo de la mano de obra.**
- **Ampliar la cobertura de los títulos de propiedad mediante la modernización de la administración de las tierras y un programa**

**masivo de entregas de títulos de propiedad que se centre en las áreas periurbanas y rurales.**

- **Reformas comerciales y estimular la competencia en los mercados internos.**
- **Reducir las distorsiones en el transporte colectivo y de carga”. Informe del MIPPE(1999).**

### **3. Reformas del Sector Salud:**

Las Reformas en el Sector Salud se justifican, dadas las grandes iniquidades existentes en el país; lo que requiere de profundos cambios que tiendan a lograr una cobertura total de atención a la población.

La Propuesta de Reforma del Sector Salud plantea cuatro razones que la justifican:

- **“El fuerte incremento en la calidad y cantidad de la demanda por servicios de salud poblacional y ambiental debido a las transiciones propias de cada país.**
- **La crisis económica mundial y sus repercusiones en las economías nacionales de los países en desarrollo, han producido el alza de los costos de la atención sanitaria y una reducción de los presupuestos nacionales en salud debido a la recesión económica.**
- **La racionalización de los gastos sociales, debida a las severas dificultades económicas y a las medidas económicas adoptadas, lleva al recorte de gastos en los servicios públicos de salud, lo que hace necesaria la optimización de los recursos existentes y la realización de estudios dirigidos a una mayor liberación del sistema de salud para promover el desarrollo de nuevas formas de financiamiento público y privado.**

- **El sistema actualmente existente, carece de capacidad para atender el problema prioritario de reducir las desigualdades sociales existentes en materia de salud poblacional y ambiental en el país". MINSA (1997)**

Panamá, ante estas razones que justifican las reformas se enfrenta a una serie de cambios demográficos, epidemiológicos, culturales, educativos, políticos, económicos y tecnológicos, donde los indicadores de salud son una muestra genuina en la iniquidad en la prestación de los servicios de salud.

**CUADRO I. MORTALIDAD INFANTIL EN EL MENOR DE UN AÑO. REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑO 1980-1998**

año	Total	Tasa	año	total	Tasa
1980	1144	21.7	1990	1133	18.9
1981	1199	22.3	1991	1079	18.0
1982	1090	20.0	1992	1032	17.2
1983	1128	20.4	1993	1134	19.2
1984	1134	20.0	1994	1080	18.0
1985	1264	21.8	1995	1029	16.6
1986	1117	19.4	1996	1023	16.1
1987	1121	19.4	1997	1170	17.2
1988	1088	18.6	1998	1100	16.7
1989	1047	17.7			

Fuente: Contraloría General de la República. Estadísticas Vitales. Mayo 1999

En las estadísticas vitales de la Dirección de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de Panamá, 1999, la mortalidad infantil no ha variado en gran

medida en las últimas década, (Cuadro I), y según el Informe Estudio sobre la Pobreza, Prioridades y Estrategias la tasa de mortalidad existente demuestra que:

**"Las enfermedades intestinales, desnutrición y enfermedades respiratorias todavía son la causa de una parte importante de fallecimientos en provincias como Bocas del Toro y la Comarca de San Blas; el nivel de enfermos de tuberculosis también es alto en Bocas del toro; y la malaria es habitual en Bocas del Toro, Darién y Veraguas y en todas estas regiones hay una alta concentración de personas pobres e indígenas. Por otra parte la desnutrición es más frecuente entre los pobres e indígenas que entre los no pobres. Otros problemas sociales que los pobres mencionaron con cierta frecuencia son la violencia, el alcoholismo y los embarazos en adolescente( más de la mitad de las adolescentes embarazadas son pobres y la cuarta parte de todos los embarazos entre los pobres se producen durante la adolescencia)" Informe del MIPPE ( 1999).**

Mientras que el informe estadístico del Ministerio de Salud indica que la tasa de mortalidad general por 1000 habitantes es de 5.1, siendo las cinco primeras causas de mortalidad relacionadas con problemas de la biología humana, los estilos de vida y los factores sociales del medio ambiente, en su orden respectivo. ( Cuadro II)

**CUADRO II. CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, PANAMÁ, 1998**

1. Tumores Malignos
2. Infarto Agudo del Miocardio
3. Accidentes, Suicidios, Homicidios y otras Violencias
4 Septicemias
5 SIDA

Fuente: Estadísticas, Ministerio de Salud, noviembre 1999.

Ahora bien, hay algunos datos estadísticos como la esperanza de vida que está muy asociada con la mortalidad infantil, en donde se observa un aumento en la expectativa de vida al nacer en ambos sexo, sobre todo en el último quinquenio; estos cambios tienen una relación con el nivel de pobreza en cada región de país (Cuadro III).

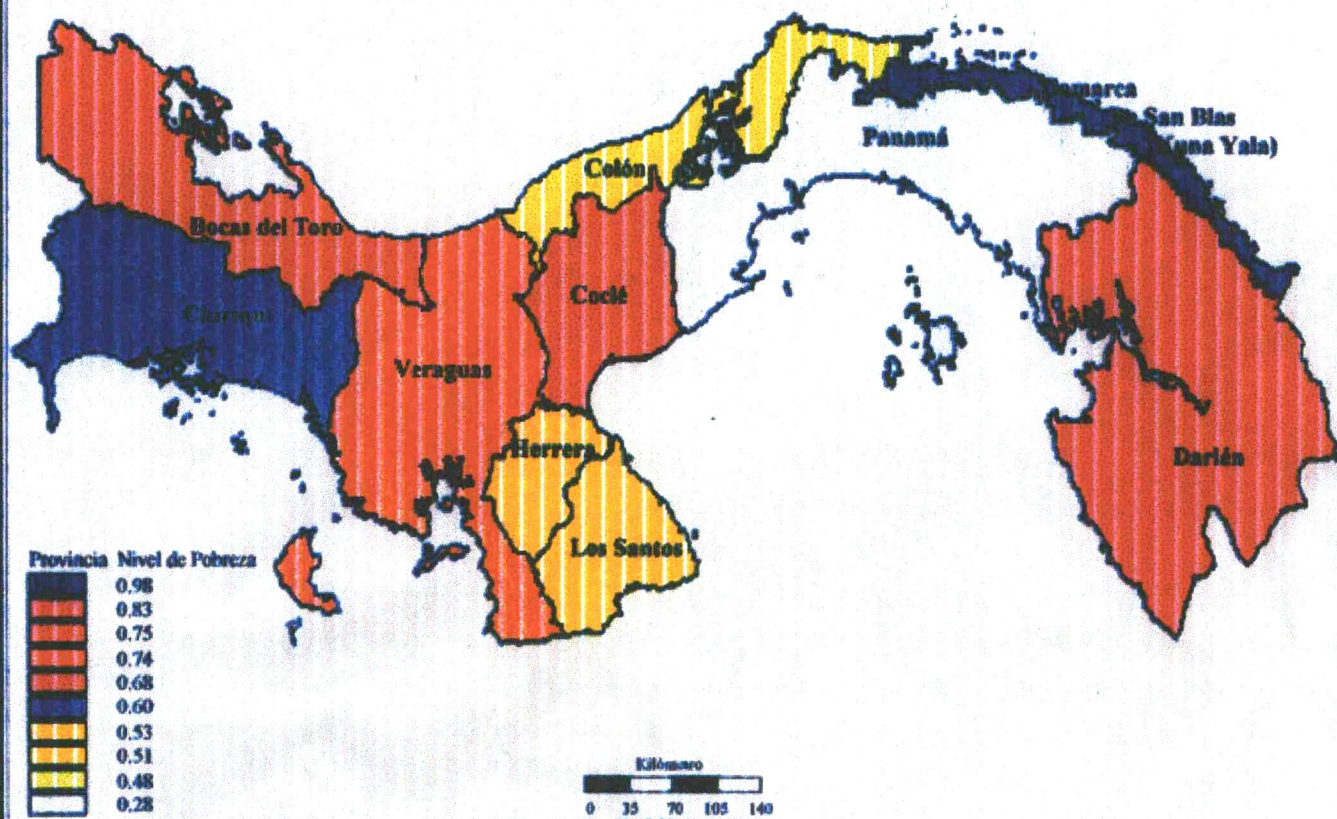
**CUADRO III. ESTIMACIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER, SEGÚN SEXO. PANAMA 1980- 1990 , 1990-1995,1995- 2000**

SEXO	1980	1990	1990-1995	1995-2000
Ambos sexo	70.4	72.2	72.9	74.0
Hombre	68.3	69.8	70.9	71.8
Mujer	72.6	74.7	75.0	76.4

Fuente: Contraloría General de la República. Estadísticas Vitales. Mayo 1999.

REPUBLICA DE PANAMA  
MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS  
DIRECCION DE POLITICAS SOCIALES

### Mapa de Pobreza por Provincia



Fuente: Encuesta de Niveles de Vida 1997 y los Censos Nacionales de Población y Vivienda de 1990. Elaborado en la Dirección de Políticas Sociales del Ministerio de Economía y Finanzas. Junio de 1999.

Fig. 1. Mapa de la Pobreza. Panamá.

En los últimos 10 años, América Latina ha experimentado un aumento en su expectativa de vida de 12.6 años, el Caribe 15.3 y América del Norte 7.1 años. Sin embargo, estas cifras globales ocultan la iniquidad al acceso de los servicios básicos de salud, hay iniquidad en términos de la distribución rural - urbano y en términos del estado social y económico.

Por otro lado, hay que considerar que en América Latina, una de las restricciones más significativas la constituye la deuda externa de los países, lo que ha afectado su desarrollo socioeconómico, y por otra parte, el aumento de las áreas de pobreza, según estudio realizado por el BID y el Ministerio de Economía y Finanzas (1997) se puede notar claramente en el mapa de la pobreza ( Fig. 1 ) que la Comarca de San Blas ocupa en el orden de pobreza el número uno con una probabilidad de ser pobre en un 0.98, seguida por Darién, Bocas del Toro y Veraguas. Este mapa facilita la focalización de las áreas marginadas permitiendo así la canalización de los recursos en función de los niveles de pobreza de la población.

En el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 " Invertir en Salud" se identifican problemas de salud que en la mayoría de los países justifican el esfuerzo integral de reforma y modernización:

- **" Asignación equivocada de recursos: los fondos públicos se gastan en inversiones de salud de escasa eficiencia en función de costos.**

- **Desigualdad: los pobres carecen de acceso a los servicios de salud y la atención que reciben es de mala calidad.**
- **Ineficiencia: despilfarro de las inversiones en salud.**
- **Explosión de costos: los gastos en asistencia aumentan con mucho más rapidez que los ingresos y por último, desequilibrios en materia de recursos humanos; insuficientes recursos humanos para la Atención Primaria" Informe, Banco Mundial ( 1993).**

La situación socioeconómica y de salud en Panamá ha logrado significativas mejoras que lo ubican dentro de los países de mayor avance en América y el Caribe. Este logro se debe a que el sistema sanitario ocupa un lugar importante entre los servicios sociales que brinda el Estado, prueba de ello son los datos que brinda el MIPPE en donde se invierte en salud el 6.9 % del Producto Interno Bruto y junto con otros sectores el 14.5% del PIB Nacional. Aun así se encuentran situaciones marcadas de iniquidad, poca eficiencia global en la atención, pérdida de control de las personas sobre su propia salud, insatisfacción de los ciudadanos, deshumanización de la atención, lo que nos indica la poca capacidad de las organizaciones de adaptarse a los cambios que ocurren en nuestra sociedad (Violencia intrafamiliar, drogadicción, suicidios, desintegración familiar, pérdidas de valores, urbanización, crecimiento demográfico, contaminación, industrialización) que afecta a la población panameña.

En general, la situación de los países de la Región, confirma lo dicho anteriormente, sobre las desigualdades sociales, de lo que se infiere que el sector salud, requiere urgentemente de una profunda transformación que le permita interactuar en los diferentes escenarios políticos, en los procesos de modernización, en los campos

sociales y económicos, la descentralización y la participación social, así como asegurar los servicios de promoción, prevención y atención.

#### **4. Modelos de Atención:**

Antes de iniciar el desarrollo del tema, es conveniente definir el término modelo, el cual es concebido como **“...Un esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja, que se elabora para facilitar su comprensión y estudiar su comportamiento”** Diccionario de la Lengua Española ( 1999 ).

Es así como en cada país donde se establecen nuevos modelos de atención se conjugan una serie de procesos con la finalidad de establecer el Sistema de Atención de Salud que tiene como objetivo un producto final, el Ministerio de Salud define Modelo de Atención como la forma en que se **“... responden a la necesidad de actualizar los conceptos e instrumentos que determinan la acción de salud que las entidades de salud deben realizar”**. MINSA ( 1997 ).

A partir de esta definición se pretende aclarar los aspectos estructurales que componen un modelo, el cual es considerado como la entrada de una serie de factores o componentes dentro del sistema de salud, los que tienen que responder a la solución de los problemas y necesidades del país, con la finalidad de producir salud y por consiguiente un desarrollo humano sostenible.

En los Modelos de atención subyace una gran complejidad, junto con los valores sociales, cuyo estudio constituye un verdadero reto, donde interactúan otros elementos de tipo técnico, político, cultural y administrativo que lo convierten en un nuevo esquema de atención, caracterizado por un proceso de constantes adecuaciones de contenidos, para asegurar la reproducción de los principios y mecanismos que hacen funcionar al sistema.

Varios han sido los modelos utilizados para explicar algunos factores determinantes en la salud, que han tenido un gran impacto en la estructuración de los modelos de atención y políticas de salud. Algunos de ellos proponen que la salud de la población es producto de la integración de múltiples factores, donde Carol Buck nos dice que **"... la gente tiene preocupaciones muy específicas en el campo de la salud, no puede comprender los estrechos lazos que existen entre la salud y sus inquietudes. Mientras no se establezca esta relación, no se tomarán las medidas necesarias para la creación de la salud"** (Suaréz En:OPS/OMS c , 1996).

El modelo de Factores de Campos de la Salud y la Integración de los Paradigmas de Bienestar, considera que la salud es producto del bienestar social, somático y psíquico los que están relacionados con otros aspectos de satisfacción tanto internos como externos, además del estado de salud y los comportamientos sociales y ecológico; pero entre los que más han influido sobre los modelos actuales tenemos el modelo de Campos de la Salud ( Fig. 2 ) propuesto por Marc Lalonde en 1974, el cual define cuatro grandes

elementos que son: **“biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud”**(Suaréz En: OPS/OMS c,1996).

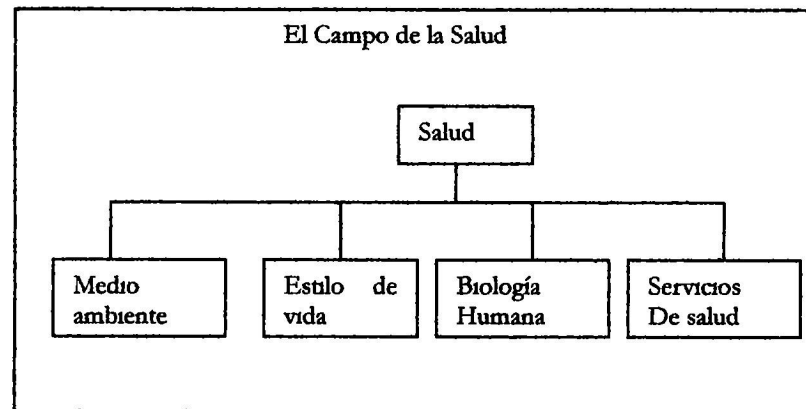


Fig. 2 El Modelo de Campo de la Salud. New Perspective on the Health of Canadias, Lalonde, 1974.

Los modelos nos explican claramente que el proceso de salud - enfermedad, está influido por varios factores que a su vez contribuyen en la elaboración, implementación y evaluación del modelo de atención, el que requiere de la intervención de un grupo interdisciplinario capacitado que coordine sus acciones con todas las instituciones gubernamentales y no gubernamentales del país.

El modelo de San Miguelito según nuestro parecer, acoge dentro de su seno el modelo de Campos de la Salud, ya que el trabajo tanto de atención como administrativo retoma los factores enumerados en el modelo de Marc Lalonde, como son los factores del medio ambiente, los estilos de vida, la biología humana y la organización de los servicios de salud.

## **5. Modelo de Atención de Salud Familiar Comunitario y Ecológico.**

Ante la situación socioeconómica del país, se propone en 1994 el Programa de Desarrollo Social con Eficiencia Económica, donde el Modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ecológico aunado a un modelo de gestión y financiación pretende lograr **"...la visión estratégica de salud como un componente vital en el desarrollo social y plantea a la promoción de la salud como la vía principal para realizar acciones y mantener el estado de salud de la gente y del ambiente"** (Watson En: OPS/ OMS c, 1996). Esta estrategia busca ante todo, **"... las transformaciones que conllevan el propósito de reformar y modernizar el sector salud con el desarrollo gradual de la descentralización institucional, a la búsqueda de mayores niveles de eficiencia y la determinación más clara del rol y la responsabilidad de la sociedad civil en la producción social de la salud"** (Watson En: OPS/ OMS c, 1996).

El Modelo de Atención de Salud Familiar, Comunitario y Ecológico se implementa en sus primeras fases en el Distrito de San Miguelito en 1996, cuyo fundamento principal es el desarrollo social, basado en acciones integradas de atención a la familia, la comunidad y al ambiente. Este modelo está centrado en la promoción de la salud, con el propósito de brindar una atención integral, participativa, eficaz, eficiente, equitativa y de calidad. Además, busca una mayor descentralización y democratización del proceso de toma de decisiones y una acentuada desconcentración de los recursos para lograr una mejor atención y nuevas alternativas de gestión de forma conjunta entre el

Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, con el objetivo de reorganizar los servicios de salud y aminorar los costos.

### **5.1. Imagen Objetivo**

La imagen objetivo enmarca la participación activa de la sociedad de forma tal que los servicios de salud se brinden de forma eficiente, eficaz y equitativa a toda la población asignada al área o sector de responsabilidad de los equipos básicos, de tal manera que se den las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación entre los sectores del MINSA y CSS, señalando como imagen objetivo:

**"Desarrollar un modelo participativo, equitativo, eficaz y eficiente de salud familiar, comunitario y ecológico, que facilite el incremento del nivel de salud de los corregimientos que integran la Región de Salud de San Miguelito". MINSA (1997).**

El modelo tiene como visión disminuir los problemas de salud e incrementar la salud en toda la población a través de una serie de acciones planificadas y organizadas a través de las acciones de participación social, a la comunidad y su medio ambiente, busca de esta manera que el individuo se responsabilice de su propia salud y se logre un desarrollo humano integral y sostenible.

Para plantear la relación de la situación actual y la situación o imagen objetivo que se pretende lograr con el Modelo de Atención, se confeccionó el siguiente esquema:

<b>Situación Actual</b>	<b>Situación Objetivo</b>
Modelo de atención centrado en la enfermedad	➔ Modelo de atención integral, fundamentado en lo social
Limitado desarrollo de la participación de la comunidad y ONG en las acciones de salud	➔ Participación social capaz de solucionar los problemas de la población
Intervenciones normadas por programas y disciplinas	➔ Intervenciones definidas según las necesidades y problemas de las zonas sanitarias
Oferta de servicios estandarizados, alejados de las necesidades de salud de la población	➔ Oferta de servicios a través de Acuerdos de gestión que contiene la cartera de servicios necesarias
Cultura de trabajo individualizado	➔ Cultura de trabajo en equipo
Evaluación del desempeño individual	➔ Evaluación del desempeño de equipos
Fragmentación del trabajo	➔ Integración del proceso de trabajo
Gestión centralizada	➔ Gestión local descentralizada
Estructura piramidal centrada en el conocimiento médico	➔ Estructura flexible de poder de acuerdo a la situación atendida
Prioridad en la formación del recurso humano orientado en la capacitación fragmentada, sin responder a un diagnóstico de necesidades reales	➔ Prioridad en la formación del recurso humano para el desarrollo del modelo de atención familiar comunitaria y ambiental

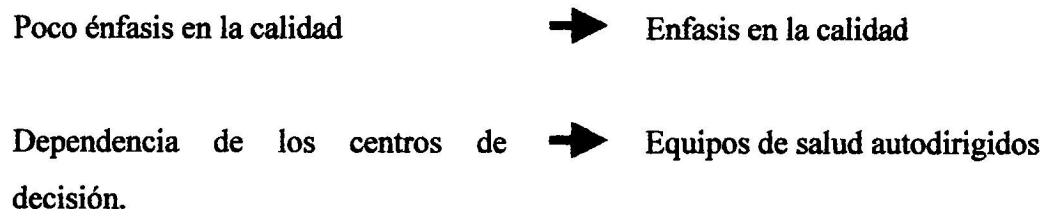


Fig. 3 Esquema sobre la situación actual y situación objetivo con el Nuevo Modelo de Atención

## 5.2. Objetivo General del Modelo de Atención:

El objetivo general del modelo busca:

**"Incrementar el nivel de salud de la población y el ambiente en la Región de San Miguelito." MINSA ( 1997).**

El mismo se logrará mediante la implementación de acciones y estrategias de Atención Primaria, teniendo como eje central la familia y el entorno socioeconómico donde se desarrollan los objetivos específicos que persiguen:

- **"Eleva el nivel de salud de la familia e individuos mediante actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, en el marco de un ambiente natural y socio - cultural saludable.**
- **Desarrollar comunidades saludables que contribuyan al mejoramiento sostenible de las condiciones de vida de la población del Distrito de San Miguelito, mediante acción concertada entre el estado y la sociedad civil.**
- **Eleva el nivel de salud de los grupos humanos postergados y su inserción como actor social en los procesos de producción social de la salud local.**

- **Desarrollar la capacidad de trabajo conjunto de los funcionarios de salud y la comunidad para solucionar los problemas que puedan afectar la salud de la población y del ambiente, así como para darle seguimiento a los programas de salud existentes.**
- **Establecer los mecanismos técnicos y administrativos que propicien el mejoramiento del medio ambiente que influye en la salud familiar, comunitaria y ecológica." MINSA( 1997).**

Vale resaltar, que el modelo de atención concibe la salud en su dimensión integral caracterizada como un proceso social, dinámico y variable de bienestar biopsicosocial, donde relaciona el proceso de salud - enfermedad con las condiciones de vida del individuo.

### **5.3. Componentes del Modelo:**

El Modelo esta conformado por tres componentes básicos que busca solucionar la problemática dentro de estas áreas específicas.

#### **5.3.1. Componente de Atención Familiar:**

La familia es la unidad fundamental del Estado, juega un papel importante en la reproducción, conservación y desarrollo de los seres humanos. Es en ella donde se adquieren los conocimientos básicos que permiten al individuo interactuar y relacionarse con otros individuo, es el ámbito donde mayor cantidad de problemas sociales repercuten sobre la salud de cada individuo que integra la familia, la misma es definida como "... la **unidad biosicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por**

**vínculos de consanguinidad, matrimonio y/ o unión estable y que viven en un mismo hogar" Zurro et al. (1999).**

Con el establecimiento del nuevo modelo de atención, cada instalación se responsabiliza del cuidado de la salud de las familias y de cada uno de sus integrantes, mediante una serie de acciones necesarias para resolver los problemas de salud más frecuentes, demandados por la población.

**Este modelo tendrá como base de intervención la familia y " ...reconoce a la familia como una organización social, sujeta a riesgo, necesidades y problemas que potencian espacios de salud y enfermedad entre sus miembros, por lo tanto plantea la necesidad de incorporarla como socio esencial en la gestión local de la salud, con plena representación de sus intereses como actor social." MINSA (1997).**

Se reconoce que la familia actúa como una unidad social básica porque es:

- **"Determinante, condicionante y o causante de los problemas de salud.**
- **Vinculo transmisor de ciertas enfermedades por vía genética o como difusor de un agente infeccioso,**
- **Determinante de las actitudes y comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad**
- **Mediadora entre los individuos que la integran y la red social institucional y comunitaria en la búsqueda de soluciones.**
- **Sistema de solidaridad y apoyo mutuo**
- **Potencializadora o freno del desarrollo de las potencialidades integrales de sus miembros. "MINSA (1997).**

Y además es el ente que influye directamente en el uso de los servicios de salud.

El equipo de salud realiza en ella una serie de actividades y acciones integrales como visita domiciliaria, inmunizaciones, educación para la salud, vigilancia epidemiológica, participación comunitaria y otros, con el fin de detectar los factores

predisponentes a la enfermedad o mantener la salud dentro del seno de la familia, de tal forma que la misma reasuma un papel protagónico en el desarrollo social de la nación.

### **5.3.2. Componente de Salud Comunitaria:**

Otro de los componentes del nuevo modelo de atención es la salud comunitaria comprendida como el espacio estratégico de desarrollo del modelo, conformada por los actores sociales, donde se desarrolla la participación social y comunitaria y **"...el conjunto de programas de salud pública local, planificados sobre la base de los problemas y necesidades específicas de cada comunidad y ejecutados con la participación de la comunidad" MINSA (1997).**

Para efectos de aclaración es importante distinguir el concepto de participación comunitaria de la participación social:

**"Participación comunitaria en salud: se refiere a las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance... Se caracteriza por el conocimiento interno de los problema, la identificación de las necesidades percibidas para satisfacer las necesidades y resolverlos problemas"(Roux En:Paganini, 1990).**

Por otro lado la participación social se define como:

**"la participación de grupos organizados, entre ellos la comunidad, en las deliberaciones, la toma de decisiones, el control y la responsabilidad con respecto a la atención en salud. Es una forma democrática de ejercer el poder..." (Roux En: Paganini, 1990)**

Como podemos observar, el término participación social es más amplio y abarcador que la participación comunitaria. En el Modelo de San Miguelito se hace

énfasis en la participación comunitaria, que es evidente en el planteamiento de la conformación de los Consejos Familiares en algunas áreas de la región.

Los Consejos Familiares, son concebidos como una forma de participación comunitaria que favorezca la concertación entre las instituciones de salud, sectores políticos y la sociedad civil, permite la toma de decisiones y la adquisición de compromisos para mejorar las condiciones de bienestar y calidad de vida de la población. Estos consejos tienen como objetivo promover la participación de los integrantes de la comunidad para el trabajo en conjunto, entre los equipos básicos de salud y las comunidades de la Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.

El Consejo de Salud Familiar es un nivel básico de participación comunitaria que está conformado por una representación de las familias residentes en cada manzana y estructurado por tres comisiones: organización, promoción y prevención, y vigilancia epidemiológica, todas dirigidas por un coordinador.

La participación comunitaria tiene como objetivo la formación de líderes responsables, organizados, democráticos, con credibilidad y madurez política, que actúen como facilitadores en los procesos de organización y toma de decisiones de los grupos, así como en la construcción de una visión integral de desarrollo de la comunidad a través de la priorización de los problemas, con la finalidad de hacer uso racional de los recursos; de tal forma que se dé la equidad en salud a toda la población.

### 5.3.3. Componente de Salud Ambiental:

El nuevo modelo ha establecido el componente de salud ambiental, para minimizar el problema ambiental existente, el cual influye directamente en la salud de cada individuo en la región.

El documento emitido por el MINSA/OPS en 1995 señala que:

**"Los problemas ambientales que enfrenta la población panameña y que afecta su calidad de vida guarda relación con el deterioro de la calidad de los cuerpos de agua, la contaminación del aire, el manejo y la disposición inadecuada de los desechos sólidos, el agotamiento de los recursos naturales y la falta de un programa de vigilancia y control en materia ambiental".**

Es por ello que se hace necesario establecer criterios que regulen los factores externos al cuerpo humano e influyan grandemente en el estado de la salud del individuo ya que:

**" la salud de la población depende de un entorno salubre en el que, entre otro aspecto, existan fuentes de agua pura, eliminación adecuada de desechos y un correcto abastecimiento de alimentos sanos. Se ha de atender tanto la salud de la población como la salubridad del medio ambiente".**  
(Cumbre para la tierra, Programa 21, 1992 En: MINSA, 1995).

En este sentido, la Región de San Miguelito tiene una gran desventaja en el establecimiento del componente ambiental, ya que tiene como punto de partida un gran reto y a la vez grandes limitantes en la solución de los problemas del medio ambiente, ya que en estos momentos el Estado no posee la infraestructura en los niveles locales y regionales para el desempeño de estas funciones. Igualmente ocurre en otros países como Argentina, Bolivia, Costa Rica y México en donde:

**"se ha encontrado que existe una debilidad en las infraestructuras de salud ambiental y están poco integradas al sector salud; no hay uniformidad en la terminología utilizada para analizar los problemas de salud ambiental; continúa la tendencia a dar mayor atención al área de agua potable dentro de la salud ambiental; no se observan progresos hacia el fortalecimiento institucional de la infraestructura de salud ambiental y en el desarrollo de los sistemas locales de salud no se advierte la presencia de acciones coordinadas de salud ambiental." Paganini (1992).**

El modelo ha trabajado poco este aspecto, tanto en el ámbito interno como externo, siendo los factores ambientales un elemento importante dentro de la salud comunitaria e individual. Al señalar este punto de vista en el estudio preliminar, se establece que la mayoría de los problemas de salud diagnosticados en el área están directamente relacionados con los factores ambientales.

#### **5.4. Organización de los Servicios de Salud**

La reforma y modernización del sector salud en la Región de San Miguelito, trae consigo cambios en la organización y funcionamiento, encaminados a reorientar sus roles y alcanzar nuevas formas de relación y equilibrio entre las distintas instancias que lo conforman. Esta organización se basa en:

- a) El desarrollo de niveles de atención proporcionales a las necesidades de la población que puedan ser resueltas a ese nivel y a
- b) La dispersión y distribución geográfica de las unidades de servicios

Sobre la base de esta premisa, las instituciones de salud de la Región de San Miguelito se han organizado según el nivel de complejidad, dirigida por una unidad de gestión técnico - administrativa conocida como Sistema Regional de San Miguelito, en

donde se pretende integrar los servicios de salud del Ministerio de Salud de la Región y la Caja de Seguro Social del área de San Miguelito, el cual tiene los siguientes niveles:

**"Según nivel de complejidad, en una red ambulatoria del nivel I y II - constituidos por Centros de Salud, Policentros y una red hospitalaria integrada por un hospital general de II nivel, y los Hospitales especializados de referencia Nacional del III nivel." MINSA ( 1997).**

El modelo se organiza de tal manera que cubre a toda la población, tanto asegurada como no asegurada, propone la delimitación sanitaria por zonas de responsabilidad, usando como referencia las zonas censales de la Contraloría General de la República, que son conocidas dentro de la región como sectores. Cada instalación de salud de acuerdo a su nivel de complejidad será responsable de un número de sectores, los cuales están constituidos por 5000 personas que corresponden a 1000 viviendas aproximadamente. La prestación de los servicios de salud a estos sectores está bajo la responsabilidad de los grupos básicos de salud o equipos básicos, constituido por:

- un médico
- una enfermera
- un auxiliar de enfermería
- un vigilante de la salud o un inspector polifuncional de salud ambiental
- personal de apoyo

Los equipos básicos están involucrados en la consecución de los objetivos comunes dentro de la comunidad, donde se reúnen regularmente para desarrollar actividades conjuntas de planeamiento, organización, ejecución, monitoreo y acción correctiva para

enfrentar un problema común, trabajando o ínter actuando abierta y eficazmente con los actores sociales de la comunidad, así pues **“... el equipo de salud ejercerá sus funciones en el centro de salud, comunidad y en las unidades familiares, de acuerdo a las situaciones a intervenir. Según el problema que se identifique, el miembro más capacitado del equipo asumirá el rol de facilitador en los procesos de intervención. Será apoyado por el equipo técnico - administrativo del centro del salud, policentro y hospital.”** MINSA (1997).

Cada trabajador de la salud tendrá sus funciones definidas dentro de la instalación de salud ( ULAPS, Centro de Salud, Policlínica), en la comunidad y en la familia, según lo establece las Normas Integrales de Atención de Salud de la Gente y el Ambiente, el mismo fue elaborado de forma conjunta entre el MINSA y la Caja del Seguro Social, con el objetivo de alcanzar mayores niveles de calidad, eficiencia, eficacia y equidad del Sistema Nacional de Salud. Las normas son consideradas como un instrumento importante para la planificación local, así como para el monitoreo y evaluación de las acciones de salud de los distintos actores que participan en este proceso.

Los equipos de salud son responsables de la organización de las diferentes comunidades que componen el sector, de forma conjunta con las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, de manera que se dé la participación social y el reconocimiento de la planificación, ejecución y evaluación participativa de las acciones de salud, para la solución de los problemas y necesidades de la comunidad.

### **5.5. Fases del Nuevo Modelo de Atención**

Para implementar el Modelo de Atención de San Miguelito se establecieron etapas, que consistían en una serie de estrategias, las mismas permitieron confeccionar el instrumento de valoración de las prácticas o actividades realizadas en cada una de las etapas de implementación del modelo, todas estas fases se esquematizan en la figura 4 y se describen de la siguiente manera:

❖ Fase I. Divulgación de la propuesta y sensibilización del equipo de salud:

En esta fase se capacita al funcionario a través de los equipos conductores, quienes se encargan de retroinformar a los integrantes de los equipos básicos y al resto del personal en cada una de las instalaciones de la Región, a diferencia de la Caja del Seguro Social que no utilizó equipos conductores, sino simplemente capacitó a sus funcionarios sin ningún programa de capacitación u orientación sobre cada uno de los aspectos que componen el modelo. Se notó que aun ejecutando la fase I, se continuaba hacia la siguiente fase sin retroalimentar el sistema.

❖ Fase II. Apropiación de la propuesta por el equipo de salud:

Esta fase comprende el compromiso con el modelo, ya sea en la ejecución de acciones de planeación local participativa como de organización del espacio poblacional por el equipo de salud.

❖ **Fase III: Organización del proceso de trabajo de los equipos básicos:**

Corresponde en esta fase capacitar a los equipos y organizar el proceso de trabajo con la comunidad.

❖ **Fase IV: Aplicación de la Propuesta:**

Es la ejecución de forma permanente de las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación por parte del equipo básico a la comunidad, de tal forma que se evalúan las acciones realizadas a través del impacto o cambios logrados en el ámbito familiar, comunitario y ambiental.

Las fases del modelo, tal como se puede observar en la figura 4, describen una serie de actividades o prácticas implementadas para la ejecución del Modelo de Atención y señalan la metodología educativa utilizada en la implementación del Modelo de Atención.

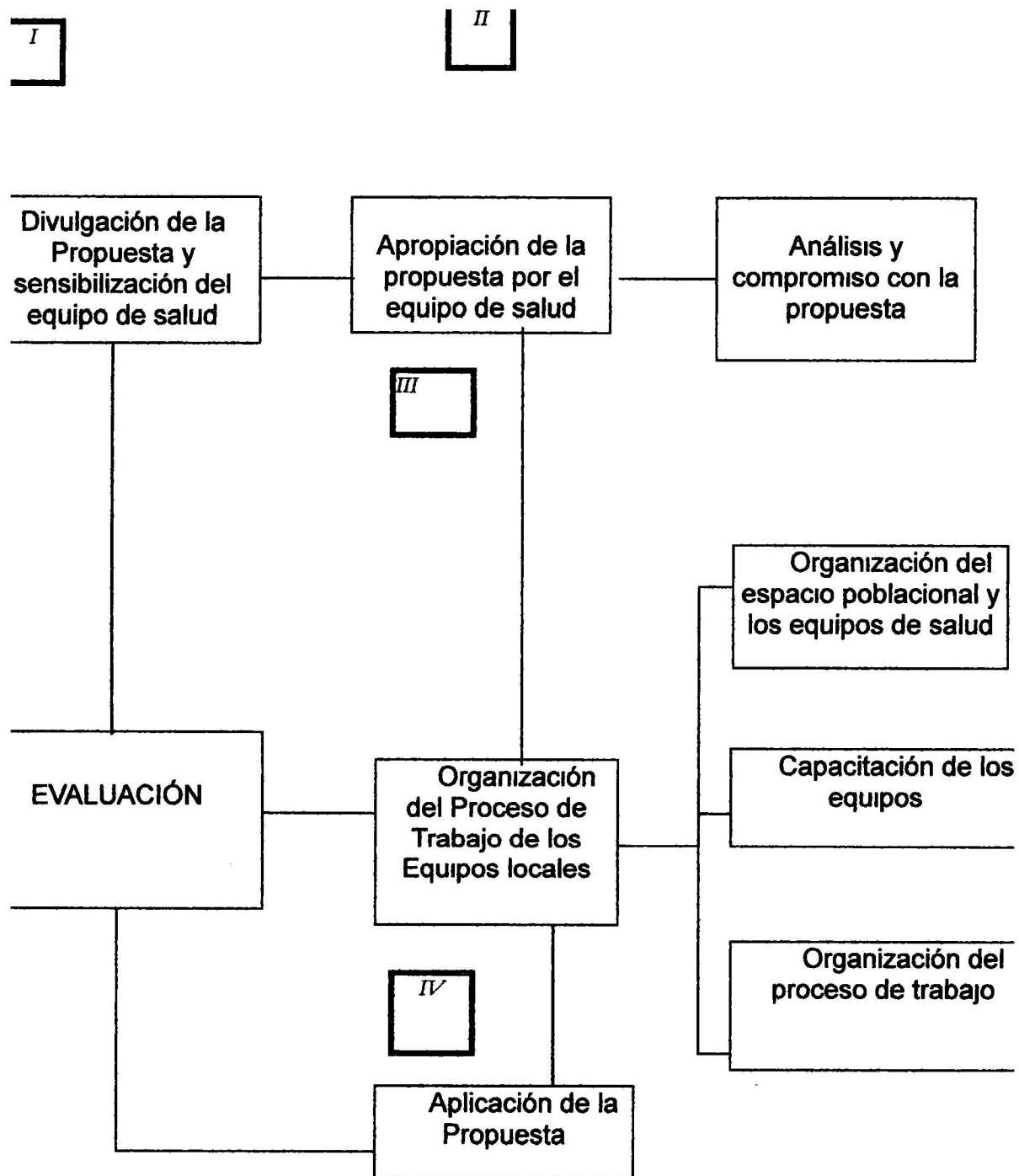


Fig. 4 . Fases del proceso de aplicación del Modelo de Atención de Salud Familiar, Comunitario y Ambiental

Para el establecimiento de este nuevo Modelo en la Región de San Miguelito se hace necesaria una reestructuración del Sistema de Salud del área, desde las unidades de atención familiares y entidades gubernamentales, no gubernamentales, en donde se tienen que coordinar acciones con metas y objetivos claros, viables, y realizar al mismo tiempo monitoreos y evaluaciones periódicas.

#### **6. Proceso de cambio:**

Desde 1996, la Región de San Miguelito se encuentra en proceso de reforma, orientado a desarrollar una gestión descentralizada e integrada (MINSA-CSS) para la provisión y la vigilancia de la Salud Pública, el establecimiento de un nuevo modelo de gestión, financiación y de atención que integre los recursos del sector público, privado y de la comunidad.

Este modelo constituye una nueva respuesta de forma y contenido en los servicios de salud que se han brindado a la población y el ambiente, con una concepción de la salud que rompe con el paradigma biologista que impera desde los inicios de la medicina, y con la forma en que se han organizado y prestado los servicios de salud.

La nueva visión que enmarca el modelo, genera un cambio de cultura organizacional y de demanda de la población, lo que obliga a realizar ajustes para producir una nueva gestión colectiva que transforme el proceso de trabajo para lograr

resultados coherentes con los objetivos del modelo. Para ello se constituyen equipos de trabajo que serán denominados Equipos Básicos de Salud, **"...quienes mantendrán una interacción técnica y social para dar cuenta en conjunto de un determinado objetivo de trabajo o bien para resolver un determinado problema". MINSA (1997).**

Por otro lado, se crean los equipos conductores en el MINSA que son responsables de retransmitir información y facilitar las reformas a nivel local, a los mismos se le brinda capacitación permanente y luego ellos reproducen la información a nivel local.

Ante la insistencia de un modelo curativo con índices considerables de enfermedades emergentes y problemas del medio ambiente, se implementa el Modelo de Atención de San Miguelito como proceso de cambio en la atención de la salud, centrado en la familia y la comunidad.

#### **6.1. Resistencia al cambio:**

La implementación del Modelo de San Miguelito trae inmerso una serie de cambios, alteraciones que ocurren en el ambiente de trabajo, influidas por los escasos conocimientos, poca información, capacitación, orientación, nuevas formas de trabajo, percepciones de ajustes laborales, pérdida de ingresos, ausencias de privilegios y otros, los cuales influyen directamente sobre la actitud de cada individuo, lo que afecta directamente a los funcionarios frente a nuevas innovaciones de trabajo.

Las actitudes de los trabajadores afectan el medio laboral, y si son manejados inadecuadamente, puede afectar los cambios organizacionales que se desean realizar, y traer consigo problemas como huelgas, ausentismo, poca productividad o estancamiento de las nuevas reformas, esta posición la señalan diferentes autores del área administrativa y consideran que: ....

**"la resistencia al cambio son los comportamientos del empleado tendientes a desacreditar, retardar o impedir la realización de un cambio en el trabajo. Los empleados se oponen al cambio porque constituyen una amenaza contra sus necesidades de seguridad, de interacción social, de status o de autoestima. La percepción de la amenaza proveniente del cambio puede ser real o imaginaria, deliberada o espontánea, grande o pequeña. Cualquiera que sea su naturaleza, los empleados tratarán de protegerse contra los efectos del cambio. Sus acciones pueden incluir desde queja, morosidad intencional y resistencia pasiva hasta ausentismo, sabotaje y lentitud en la realización del trabajo". Davis et al. ( 1997).**

En este sentido, pues, Kotter y Shlesinger ofrecen seis maneras de vencer las resistencias al cambio:

- **"Educación y comunicación a través de la información al personal desde un principio, respecto al cambio propuesto.**
- **Participación y compromiso para el logro de un cambio que se obtiene al comprometer a las personas en el diseño y ejecución del cambio.**
- **Facilitación y apoyo: ofrecer comprensión y apoyo emocional para facilitar el proceso.**
- **Negociación y concertación.**
- **Manipulación y nombramiento sumario: táctica donde se da a conocer información selectiva o son científicamente estructurados la sucesión de hechos.**
- **Coacción explícita e implícita, al personal se le obliga aceptar un cambio mediante amenazas explícitas o implícitas". Stoner (1996 )**

La Región de San Miguelito ha realizado una serie de estrategias con la finalidad de vender el Nuevo Modelo de Atención y vencer de alguna manera la resistencia a este cambio. Estas acciones han sido planificadas en cierto grado e implementadas de manera

continua, mas no monitoreadas, ni evaluadas cada cierto tiempo con la finalidad de retroalimentar el sistema.

## **6.2. Actitudes en el trabajo:**

Las reformas establecidas en el distrito de San Miguelito deben ser conocidas por los funcionarios, ya que es un componente básico para que se formen una idea o perciban qué es lo que se pretende con el Modelo, aunado a los conocimientos y prácticas que deben ser proporcionados y monitoreados por las autoridades e instituciones competentes para tal fin.

La educación y la comunicación, la facilitación, la participación de los funcionarios en los cambios, negociación y concertación son la base que determinan los sentimientos, ideas, convicciones y compromisos, que a su vez están determinadas por la formación del individuo, el temperamento y otros factores internos y externos que hacen que las personas manifiesten sus posiciones a través de las actitudes, entendiéndolas como.....

**"los sentimientos y creencias que determina en gran medida la manera en que los empleados percibirán su ambiente de trabajo. Las actitudes son un conjunto mental que afecta la forma en que una persona verá lo que le rodea de la misma manera en que una ventana nos permite ver algunas cosas, pero el tamaño y forma del marco nos impide observar otros elementos" Davis et. al. (1997)**

La psicología es la rama de la ciencia que estudia la conducta, considera las actitudes como el punto clave de la socialización y el comportamiento humano, y la define de las siguientes formas:

**"Grado de afecto positivo o negativo que se asocia a un objetivo psicológico". Kyes et. Al.(1984).**

**"Las actitudes son predisposiciones aprendidas para responder de manera favorable o adversa ante una persona u objeto determinado." Feldeman (1995).**

**"Constituye la predisposición a reaccionar favorablemente o desfavorablemente hacia la información que proporciona el medio; un esquema interno básicamente emotivo que nos inclina a responder positivamente ante los estímulos. "Arias Galicia (1991).**

En síntesis tenemos que en estas definiciones se plantean elementos como predisposición, afecto, emoción, tendencia a lo favorable o adverso, influenciado por los aspectos aprendidos, hacia la información proporcionada. Podemos decir que las actitudes están fuertemente influenciadas por la educación o capacitación y otros factores internos y externos del individuo, así como los métodos para manejar la resistencia al cambio.

Teniendo como referencia las anteriores definiciones, y para los efectos de nuestro estudio, consideramos las actitudes como un grado de acuerdo o desacuerdo que puede tener un individuo o funcionario hacia la implementación del Modelo de Atención de San Miguelito.

Algunos autores indican que la actitud es un fenómeno difícil de medir, puesto que no son tangibles, ni se puede observar directamente por sí misma, sino a través de sus manifestaciones externas constituidas, a nivel verbal por las opiniones y a nivel no verbal en las organizaciones, por los índices de producción, puntualidad, asistencia y otros. Para

la medición de la misma en nuestra investigación utilizamos la escala de Likert que no es más que la:

**" medición compuesta de actividades en que se suman las calificaciones de un conjunto de preguntas ( afirmaciones) con las que el entrevistado indicó su grado de acuerdo o desacuerdo". Polit (1991).**

Una actitud no es susceptible de estudio por sí misma, basta con un método adecuado que brinde la metodología estadística requerida para medirla, en nuestra situación tratamos de hacer una relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas que pueda tener un individuo, integrante del equipo de salud, hacia la implementación del Nuevo Modelo de Atención.

### **6.3. Desarrollo del Recurso Humano**

Dado que la organización está en constante proceso de cambio, el desarrollo del recurso humano tiene un carácter permanente, el sistema debe preparar a los individuos para promoverlos en el futuro hacia el desempeño de nuevas funciones y /o cumplir responsabilidades más complejas.

Podríamos decir entonces que el desarrollo del recurso humano lo.....

**" constituye entonces el resultado mismo de la evolución de una serie de métodos y técnicas de las ciencias sociales, para facilitar la adecuación de las personas al medio organizacional o institucional, pero no es una fuerza unilateral de despersonalización, o de asimilación a la organización, sino de modificación conjunta de la misma, adaptándose también a los deseos u objetivos de los individuos que la han conformado." Arias Galicia ( 1991).**

Se constituye además en un medio para evitar la obsolescencia del conocimiento ante los acelerados y variados cambios sociales, técnicos, económicos y organizativos que contribuyen a su vez a disminuir la tasa de rotación de los empleados en la organización. Su importancia radica en que reduce la dependencia respecto al mercado externo de trabajo.

El desarrollo del recurso humano en salud, implica la identificación de las destrezas, conductas y actitudes que poseen los trabajadores ante las necesidades estratégicas de la organización para la administración de las nuevas acciones en salud, de tal forma que se realicen programas en el desarrollo y la capacitación del recurso humano, encaminadas a mejorar la productividad, la eficiencia, eficacia y calidad del producto. Por lo tanto la gerencia **"... busca habilidades o desempeño, no solamente en los integrantes del equipo que saben en teoría como se alcanza una meta. Por esta razón, la capacitación como medio de resolver problemas de salud, debe estar estrechamente relacionada con el trabajo en el campo y con la gestión o solución de problemas de salud prioritarios". MacMohan et.al.(1997)**

En este campo Purcallas manifiesta una reflexión metodológica a considerar en el desarrollo del recurso humano en salud:

**" El área de desarrollo en recursos humanos aparece como un objeto de transformación social e históricamente determinado, cuya construcción como campo de intervención y conocimiento es apenas incipiente, en la medida en que se visualiza a través de problemas puntuales y aislados y se desarrolla mediante intervenciones limitadas y descontextualizadas. Desde esta perspectiva, la gran área planteada es la construcción del área de recursos humanos, con un campo de intervención y conocimiento integral y estructural en salud, dirigido a**

**orientar el proceso global y cada una de las acciones en este campo hacia el mejoramiento creciente de la salud de la población." Purcallas (1993)**

Los procesos de desarrollo de recursos humanos, tienden a mejorar la calidad de vida del trabajador en donde las instituciones preparan su personal para el futuro para adecuarlos a las nuevas prácticas y técnicas de trabajo, utilizando los mecanismos de motivación y realización personal. Para lograr esto se requiere la ejecución de políticas y programas permanentes establecidos en los lineamientos políticos del estado y de las instituciones de salud.

Ante las nuevas reformas del sector salud se contempla **"...el desarrollo integral de los Recursos Humanos en salud, en las áreas requeridas para el logro de los objetivos de las políticas Públicas de Salud". Constitución de la Rep. de Panamá (1972).**

Al establecer el Modelo de Atención, el Estado se siente comprometido con las premisas mencionadas anteriormente, sobre todo con el recurso humano existente para dar a la población las prestaciones que requiere y lograr salud para todos en el siglo XXI. Es así como la gestión de los recursos humanos debe adecuarse al proceso de cambios en virtud de que ello le da un nuevo alcance y contenido.

Para el logro de este cometido, la Educación Permanente es uno de los medios que facilita los cambios y da sostenibilidad a los mismos, por lo tanto se constituye en una necesidad de carácter permanente en la organización y una de las mejores inversiones en capital humano, siendo a su vez una de las principales fuentes de bienestar para el personal.

#### **6.4. Educación Permanente:**

Para continuar, es prudente definir algunos términos, con el objeto de tener un panorama conceptual más claro sobre las acciones que se desarrollan para el recurso humano en aras de lograr la potenciación de sus conocimientos, habilidades y actitudes dirigidos a mejorar la eficacia, eficiencia y calidad del trabajo en equipo.

Algunos consideran la educación como “... **una forma de inversión en los seres humano; es decir, en la formación del capital humano**” Arias Galicia (1991). Sobre la base de los conocimientos adquiridos en esta materia, podemos decir que la educación es la adquisición intelectual de bienes culturales a través del proceso de enseñanza y aprendizaje con la finalidad de proporcionar habilidades específicas y actitudes aceptables dentro de una organización

Capacitación Permanente es un concepto que debemos ampliar, ya que es un aspecto de la educación permanente, mediante el cual se desarrollan habilidades, destrezas, actitudes y conocimientos requeridos para el cumplimiento de las necesidades del puesto que desempeña, lo que a su vez contribuye al logro de los objetivos y funciones institucionales. Arias Galicia lo define simplemente como “...**adquisición de conocimiento, principalmente de carácter técnico, científico administrativo.**” Arias Galicia (1991).

En el área de la salud, la educación permanente es considerada por la Organización Panamericana para la Salud, como una estrategia para lograr los nuevos cambios en el desarrollo del recurso humano, la cual es considerada como **"...una herramienta privilegiada de cambio organizacional que impacta sobre el proceso de trabajo"** Haddad et. al. (1994), y también como **"...Una propuesta educativa realizada en los ámbitos laborales, destinada a reflexionar e intervenir sobre el trabajo direccionado a mejorar la calidad de los servicios y las mismas condiciones laborales"** Haddad et. al. (1994), además **"... es la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo en los diferentes servicios, quien tiene como finalidad mejorar la salud de la población"** Haddad et. al. (1994).

Vemos pues el cometido de la educación permanente dentro del sector, que es sustentada como una estrategia de intervención en el desarrollo del recurso humano, como una forma de brindar calidad en los servicios de salud a la población.

El mejoramiento de los servicios y el desarrollo integral de los equipos de salud, presentan como primera necesidad incorporar la educación permanente con intervención pedagógica - institucional, que a la vez se **"...convierta en una herramienta de intervención estratégica, capaz de colaborar para generar nuevos modelos y procesos de trabajo en las instituciones de salud a través de la transformación de las prácticas técnicas y sociales"** Matamoros (1995).

La educación permanente agrega a los servicios nuevas dimensiones, orientadas a:

- **"Mantener y mejorar la competencia ( esto es, la combinación de conocimientos, habilidades y actitudes) del equipo de salud en todos los aspectos de su trabajo.**
- **Permitir que los integrantes del equipo deriven satisfacción de su trabajo, y por lo tanto mantengan una actitud positiva hacia su trabajo**
- **Reducir ansiedades o cualquier sentimiento de inadaptación que pudiera sentir los integrantes del equipo cuando se enfrentan problemas difíciles o extraños.**
- **Asegurar que el equipo de salud y los individuos que lo componen sepan lo que deben lograr y tengan las habilidades para lograrlo.**
- **Asegurar que la comunidad obtenga el nivel de servicios especializados de salud que permitirá a la gente llevar una vida social y económicamente productiva". McMohan et. al (1997)**

Por otro lado, la educación permanente se integra como una de las estrategias de capacitación y desarrollo de los recursos humanos para cumplir con las siguientes premisas:

- **"Mejorar y mantener la calidad de la atención de salud**
- **Extender el ámbito de la atención de salud**
- **Aplicar las políticas de salud y las reformas políticas**
- **Resolver o reducir los problemas de salud de la comunidad". McMohan et. al.(1997)**

Es fundamental que los miembros del equipo reciban información complementaria y sincronizada, para evitar estímulos cruzados o contradictorios que disocien los equipos de salud.

En realidad la educación permanente, como es descrita por algunos autores dentro del área de salud, tiene delimitada su participación y profundidad dentro de la situación de salud como se puede observar en la figura siguiente.

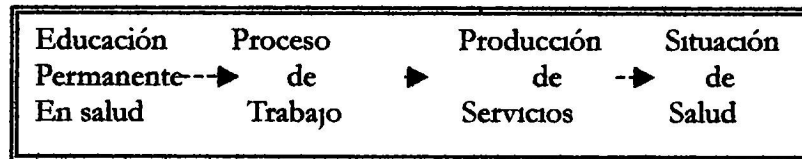


Fig. 5 Proceso de la Educación Permanente. Educación Permanente, OPS Haddad, 1994.

En este sentido, la educación permanente acoge una metodología constructivista, ya que lo aprendido se basa en el trabajo, las que son aplicadas una vez adquiridas a través de la práctica, viendo los resultados directamente ante la situación de salud del área asignada.

Es así como la educación dentro de un área delimitada debe:

**" .....integrarse estrechamente con las actividades de servicio. La función del sistema o subsistema de capacitación es apoyar los servicios, proporcionándoles la fuerza de trabajo especializada y motivada que necesitan, con el fin de atender las necesidades de desarrollo de la salud de la comunidad. Parte de esta función es el desarrollo profesional de los trabajadores de la salud, lo que da como resultado que sientan satisfacción y orgullo en el trabajo, y por consiguiente, un mejor servicio a la comunidad. Otra parte de esta función es convertir a los trabajadores de salud en hábiles y eficientes aprendices independientes y apoyar estos esfuerzos de autoaprendizaje." Mc Mohan et al. ( 1997).**

#### 6.4.1. Diseño de un Programa de Educación Permanente:

Ahora bien, para el cumplimiento de las premisas antes señaladas es prudente Diseñar un Programa de Educación Permanente coherente con las necesidades identificadas y acorde con las políticas demarcadas dentro de las reformas del sector salud. Nuestra investigación propone el diseño de un Programa de Educación Permanente a los equipos básicos de salud sobre el nuevo Modelo de Atención, que cumple con las cuatro fases para la estructuración de un programa educativo.

El modelo consta de cuatro fases a saber:

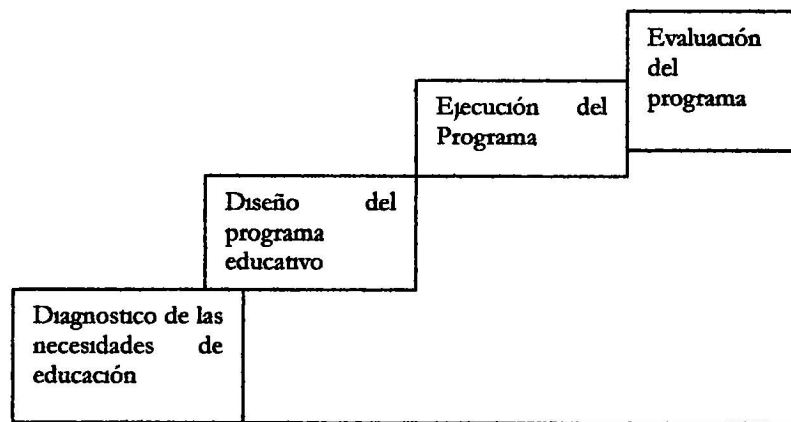


Fig. 6 Fases de la Educación Permanente.

#### **6.4.1.1. Diagnóstico de las Necesidades de Educación:**

Esta etapa es fundamental, en ella nos cuestionamos ciertos aspectos que se deben establecer dentro del programa educativo como conocimientos, actitudes, destrezas y habilidades. Sin conocer las necesidades educativas, se carece de los elementos necesarios para armar un programa, ya que adolece de bases científicas para la estructuración del mismo. Este diagnóstico ayudará a responder preguntas tales como:

- ¿"Qué problemas de desempeño existen en la organización?**
- ¿Qué causa esos problemas?**
- ¿Es el entrenamiento, la respuesta más apropiada?**
- ¿Quién podrá recibir el entrenamiento y por cuanto tiempo?**
- ¿Cuál es el contenido de la capacitación?" Castillero (1997)**

Esta se realiza basándose en encuestas pre - elaboradas y validadas, al igual que la observación o a través de grupos focales dentro del área de trabajo.

#### **6.4.1.2. Diseño del Programa Educativo**

McMohan establece una serie de pasos en el diseño de un programa educativo dentro de un área específica, en nuestro caso, el Distrito de San Miguelito:

- **"Definición de los objetivos**
- **Establecimiento de criterios y diseño de métodos para evaluar el logro de los objetivos**
- **Selección de los métodos de aprendizaje**
- **Organización de las experiencias de aprendizaje**
- **Provisión de condiciones en las cuales puede llevarse el aprendizaje activo**
- **Desarrollo y utilización de los recursos de capacitación**

- **Refuerzo de aprendizaje con la supervisión de apoyo**
- **Evaluación". MacMahon et. al. (1997).**

**a. Definición de objetivos:**

La definición de objetivos dentro del proceso de enseñanza - aprendizaje es básico y fundamental, previo a un diagnóstico de necesidades de capacitación del recurso humano y basado en las políticas y lineamientos de la institución.

Los objetivos básicamente **"...enuncian lo que el aprendiz, debe ser capaz de hacer como resultado de la experiencia de aprendizaje. La capacitación en el servicio destinada a dar como resultado la reducción de los problemas de salud o los problemas dentro del servicio de salud, los objetivos del aprendizaje son las soluciones que se han propuesto" MacMahon et. al. (1997).**

Es así como los objetivos de aprendizaje son la base fundamental del planeamiento educativo que permite valorar la solución de las necesidades educativas a través de todo el proceso educativo.

**b. El establecimiento de criterios y diseño de métodos para evaluar el logro de los objetivos:**

Este punto es esencial, ya que los mismos enmarcan el éxito o fracaso en los resultados y por ende se debe establecer la metodología para evaluarlos. Es así como:

**"Una vez definidos los objetivos del aprendizaje, la administración decide el nivel de destrezas que se ha de adquirir y los criterios y métodos que se aplicarán para evaluar el grado de habilidad logrado. Los criterios pueden enumerarse**

**en una lista de verificación es que se especifican los diferentes componentes de las destrezas complejas y los niveles requeridos de desempeño. La lista de verificación en la que se especifican los diferentes componentes de las destrezas complejas y los niveles requeridos de desempeño. La lista de verificación le revela al aprendiz y al instructor los efectos de la habilidad o desempeño que ha de adquirirse." Mc Mahon et. al. (1997)**

La planificación de la educación permanente en el recurso humano es básica y esencial, cuando la misma se realiza de forma desordenada, sin una orientación definida, los objetivos propuestos, las políticas y metas programadas no se llegan a concretar, es por eso que la planificación de la educación permanente cobra un valor preponderante en la implementación de nuevas estrategias de atención en salud.

### **c. Selección de los métodos de aprendizaje**

La metodología de enseñanza es básica, ya que a través de ella es la forma como los conocimientos podrán ser significativos o no en cada individuo, por ello **"...Cuando se ha determinado los objetivos del aprendizaje y los métodos de evaluación del grado en que se han alcanzado, se decide el método de capacitación y la forma de lograr cada objetivo o grupo de objetivo. El método siempre debe ajustarse a los objetivos". McMohan et. al. (1997).**

En el proceso de enseñanza - aprendizaje propuesto se hace énfasis en el método constructivista, muy de boga en nuestro Sistema Educativo Nacional, en donde

se introduce los aspectos cognoscitivos, actitudinales y operativos. Es en el proceso de aprendizaje donde el individuo aprende haciendo.

**d. Organización de las experiencias de aprendizaje:**

Bajo la metodología constructivista el individuo:

- " - Descubre lo que cada uno debe hacer para resolver o reducir el problema ( esto es, que entiende completamente el objetivo)**
- se comprometen y están motivados para hacerlo.**
- Se vuelven capaces para hacerlo en las condiciones de la práctica real (que puede ser muy desfavorable)**
- Se vuelven capaces de aplicar sus nuevos o mayores conocimientos teóricos y prácticos en una variedad de problemas similares en otros lugares y momentos" Mc Mohan et.al. (1997)**

Es importante entonces establecer las experiencias de aprendizaje, de tal forma que la persona aplique los conocimientos adquiridos en el lugar y el momento adecuado.

**e. Provisión de condiciones en las cuales puede llevarse a cabo el aprendizaje activo:**

Lo que se pretende a través de esta metodología es que el individuo realice una serie de ejercicios de acuerdo al material brindado, para luego monitorear las acciones a través de la evaluación del desempeño y auditoría de expedientes, para brindar la guía, asesoría y orientación necesarias.

**f. Desarrollo y utilización de los recursos de capacitación**

Este punto demarca la utilización del recurso humano preparado para brindar la capacitación, el mismo debe tener la habilidad necesaria para:

**" Conocer los recursos de capacitación disponibles en el área y ser capaz de usarlos hábilmente, tener acceso y ser capaz de usar de manera inteligente una variedad de métodos de capacitación, material de aprendizaje como manuales, guías, libros de texto y medios auxiliares de enseñanza, transporte, locales y fondos; ser capaces de pedir y usar los recursos de un sistema de educación continua, utilizar y repartir el tiempo en forma que permita que se integre la capacitación con la atención de la salud o con las actividades de desarrollo de la atención de la salud." Mc Mohan et. al. (1997).**

La habilidad que se tenga en el proceso de enseñanza y aprendizaje, y la utilización adecuada del recurso, es esencial para lograr y mantener la confianza y la credibilidad de los participantes.

**g. Refuerzo de aprendizaje con la supervisión de apoyo:**

La supervisión es un aspecto muy importante en todo proceso educativo porque es la que refuerza el aprendizaje a través de sus acciones propias, como la asesoría, guía y orientación pertinente en el momento adecuado.

La supervisión es la clave del éxito del programa de capacitación, ya que permite la retroalimentación en cada individuo a través de la guía y orientación brindada.

#### **h. Evaluación:**

La evaluación consiste en "... **juzgar el resultado( en conocimientos, destrezas y actitudes nuevas o mejoradas) y el impacto ( en la solución de los problemas de salud y en una mejor salud de la comunidad) de la capacitación y del proceso por medio del cual se logró el resultado y el impacto". Mc Mohan et. al. (1997)**

El impacto de la educación se puede medir a través de indicadores, los que son una forma de medición del resultado de la capacitación brindada, por lo que optamos por establecer en nuestra propuesta, indicadores de resultados en el área de la Educación Permanente.

### **7. Variables Del Estudio**

Son múltiples los factores que intervienen en el proceso de enseñanza - aprendizaje, en las actitudes y prácticas en la implementación de nuevas formas de trabajo. En esta investigación nos consignaremos a estudiar las variables a definir:

#### **7.1. Conocimiento**

##### **❖ Definición Conceptual:**

Acción y efecto de conocer las cosas mediante las facultades intelectuales, la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

##### **❖ Definición operativa:**

Nivel de conocimiento que tiene los integrantes de los equipos de salud sobre los aspectos que componen el Modelo de Atención.

## 7.2. Actitudes:

### ❖ Definición Conceptual:

Conjunto de ideas que afectan la forma en que una persona verá lo que le rodea.

### ❖ Definición operacional:

Conjunto de ideas que determinan el grado de discrepancias entre las opiniones que se tenga sobre el modelo de atención de San Miguelito.

## 7.3. Prácticas:

### ❖ Definición Conceptual:

Ejecución de una acción aprendida

### ❖ Definición Operacional:

Número de veces que se realiza una actividad relacionada con la implementación del nuevo modelo.

<b>Variable independiente</b>	<b>Variable Dependiente</b>	<b>Indicadores</b>
Equipos básicos que laboran en las instalaciones de salud del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social	Conocimientos sobre el nuevo Modelo de Atención	Nivel de conocimientos
	Actitud hacia el modelo de atención	Aceptación y no aceptación del modelo de atención
	Prácticas en las diferentes fases de implementación del modelos	Realización y no – realización de las actividades

Fig. 7 Esquema de las variables y sus indicadores.

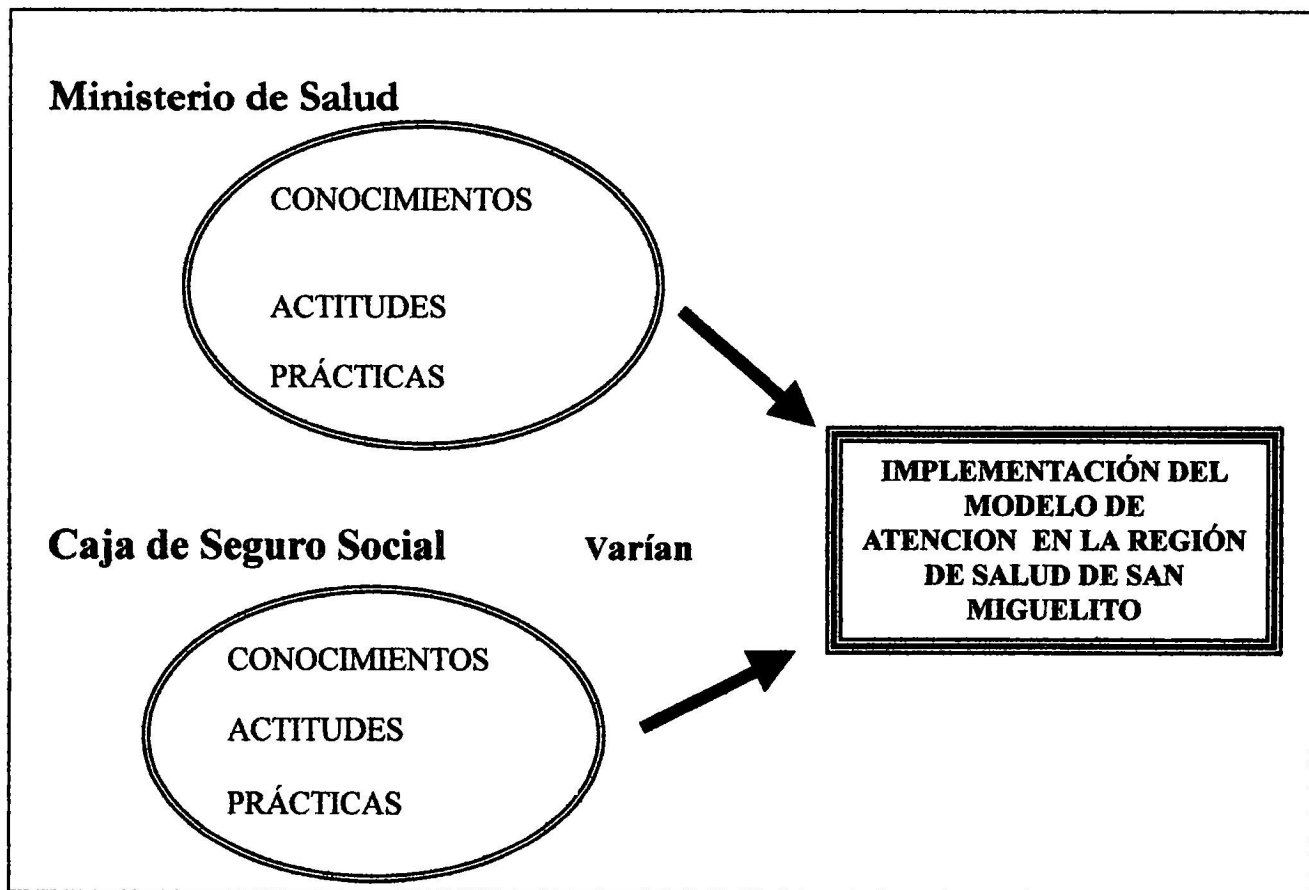


Fig. 8 Diagrama de Relación de Variables: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en los equipos de salud que labora en el MINSA y la C.S.S. ante la implementación del Modelo de Atención

## **CAPITULO III**

### **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

#### **1. Descripción del área de estudio:**

El área de trabajo corresponde a la Red de servicios de salud ubicada en el distrito de San Miguelito y los corregimientos de Las Cumbres y Chilibre. La cual está conformada por ocho Centros de Salud (Fig. 10) del Ministerio de Salud, dos Unidades Locales de Atención Primaria de Salud, (Fig. 11) dos Policlínicas de la Caja del Seguro Social y un Hospital de segundo nivel de atención, el cual es integrado ( Fig. 12). A continuación se detalla la distribución de las diferentes instituciones por corregimiento (Fig. 9):

Corregimiento Belisario Porras:

- C.S. Nuevo Veranillo
- C.S. Don Bosco
- C.S. Cerro Batea
- Pol. Generoso Guardia
- C.S. Torrijos-Carter
- C.S. San Isidro

Corregimiento Amelia D. de Icaza

- C.S. Amelia Denis de Icaza
- Corregimiento José Domingo Espinar

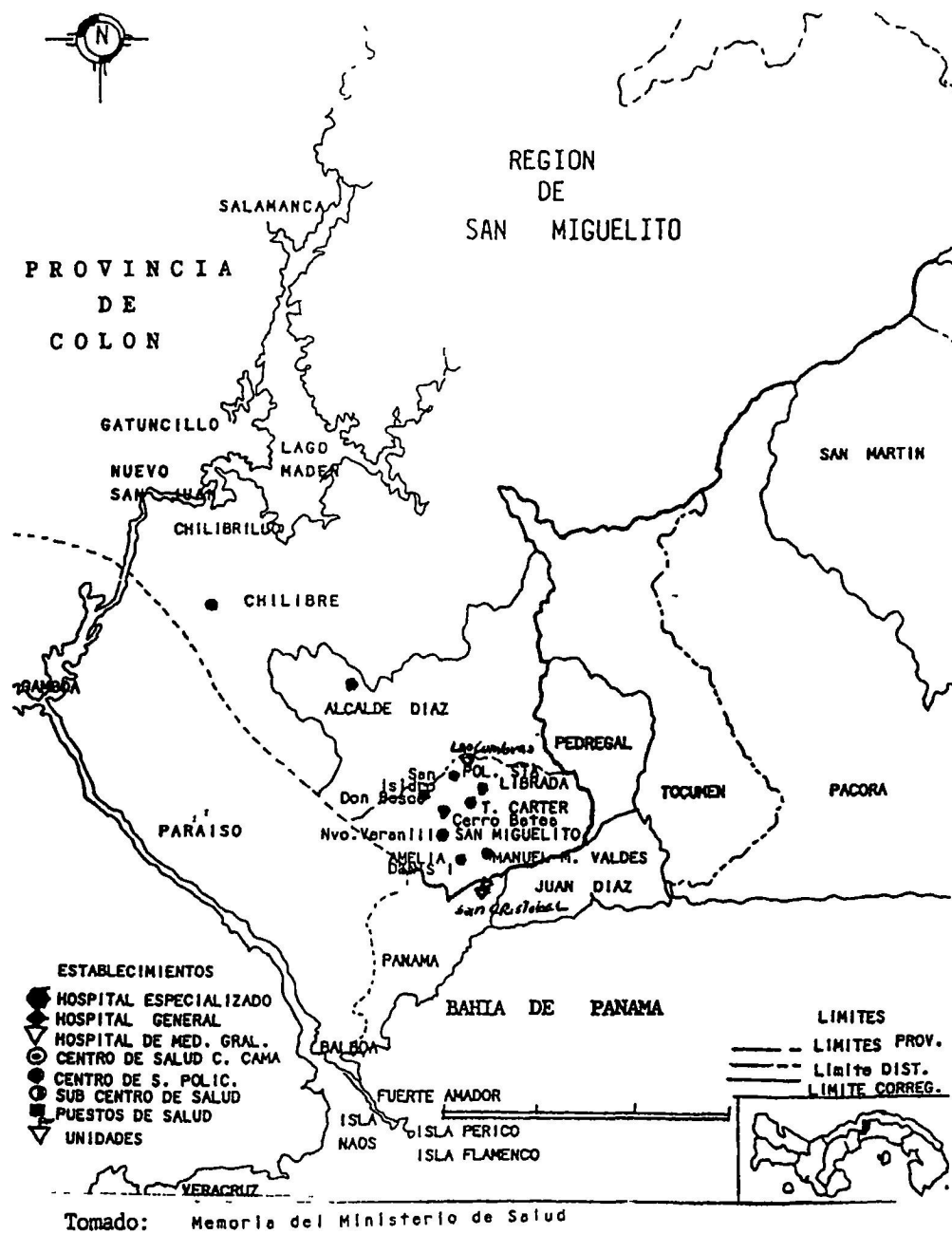


Fig. 9. Instituciones estatales de la Región de San Miguelito.



Fig. 10 . Vista del Centro de Salud de Chilibre y Amelia D. de Icaza ( Instalación del MINSA)



Fig. 11. Instituciones de la Caja de Seguro Social. Unidad de Atención Primaria, Ernesto Culiolis (Las Cumbres) foto superior y Unidad de Atención de San Cristóbal (Río Abajo) foto inferior.

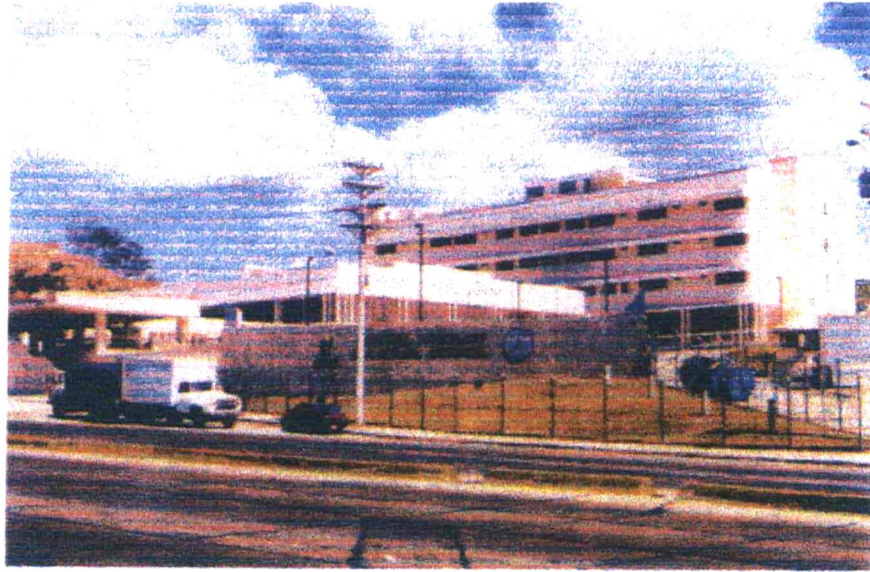


Fig. 12. Hospital San Miguel Arcángel ( Instalación integrada C.S.S. / MINSA)

- Unidad de Atención de San Cristóbal
- Hospital Integrado San Miguel Arcángel

Corregimiento Las Cumbres

- C.S. Mauricio Díaz Garcés
- Unidad Local de Atención Alberto Culiolis

Corregimiento de Chilibre

- C.S. Chilibre

La Red de los Servicios de Salud tiene alrededor de 1382 empleados, distribuidos según el área donde trabaja, de la siguiente manera:

CUADRO IV. CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL SEGÚN INSTITUCIÓN DONDE LABORA. SAN MIGUELITO, NOV. 1999

Clasificación	total		MINSA		C.S.S.	
	N	%	N	%	N	%
Total	1382	100	595	43.2	787	56.9
Administrativos	428	31	163	11.9	265	19.2
Profesionales y Técnicos	691	47	308	22.3	343	24.8
Médicos	303	22	124	9	179	12.9

Fuente: Dep. de Recursos Humanos de la Región de Salud de San Miguelito y el Dep. de Personal de la C.S.S.

## 2. Tipo de Estudio:

Se trata de una investigación comparativa que está enmarcada en los denominados diseños de investigación Ex Pos Facto del tipo de estudio de campo, de carácter descriptivo, que tiende a evaluar los niveles en que se manifiestan algunas variables de carácter psico-social. Este estudio se caracteriza fundamentalmente porque no hay manipulación por parte del investigador sobre las variables independientes y las mismas ya ocurrieron.

## 3. Universo y Muestra:

El universo de nuestra investigación estará constituido por todos los profesionales y técnicos que laboran en los Centros de Salud del MINSA y las dos Unidades Locales de Atención Primaria de la Caja de Seguro Social, ubicadas en el Distrito de San Miguelito y los corregimientos de Las Cumbres y Chilibre..

CUADRO V. DISTRIBUCIÓN DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS SEGÚN INSTITUCIÓN DONDE LABORAN. SAN MIGUELITO, NOV. 1999.

Profesionales y Técnicos	Total	MINSA	C.S.S.
Total	137	113	24
Médicos Generales	59	50	9
Enfermeras	32	25	7
Aux. de enfermería	46	38	8

Fuente: Dep. de Recursos Humanos de la Región de Salud de San Miguelito y del Dep. de Personal de la C.S.S.

### 3.1. Cálculo de la Muestra:

La muestra del estudio será de tipo probabilística. Con la finalidad de lograr la representatividad de todos los funcionarios profesionales y técnicos que laboran tanto en el MINSA y la C.S.S; se obtendrán muestras proporcionadas de acuerdo al tamaño de la población en estudio.

Para estimar la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{t^2_{\alpha} p q}{(\delta)^2}$$

Donde :

$\alpha$  = nivel de significancia

n = tamaño de la muestra

$\delta$  = error esperado, en este caso se espera un 5 % lo que es igual al .05.

$$t = 1.96$$

$$p = .50$$

$$q = .50$$

$$n_o = \frac{t^2_{\alpha} p q}{(\delta)^2}$$

$$n_o = \frac{0.9604}{2.5 \times 10^{-3}}$$

$$n_o = 384.16$$

$$n = \frac{N}{1 + N/n_0}$$

$$n = \frac{137}{1 + 137/384.16}$$

$$n = \frac{137}{1.3566}$$

$$n = 100$$

$$1.3566$$

Para la proporción de la población se utilizó la siguiente fórmula:

$$f_h = \frac{n}{N} = KSh$$

En esta fórmula:

$f_h$  = es la fracción del estrato

$n$  = es el tamaño de la muestra

$N$  = el tamaño de la población

$Sh$  = es la desviación estándar de cada elemento en el estrato  $h$

$K$  = es una proporción constante que dará como resultado una óptima para cada estrato.

Dando como resultado:

$$= \frac{100}{137} = .7299$$

$$137$$

Luego el total de la población se multiplica por esta fracción a fin de obtener los estratos

$N h x h = nh$

**MINSA**

$$113 \times .7299 = 82.47 \approx 82$$

**C.S.S.**

$$24 \times .7299 = 17.51 \approx 18$$

La población muestra seleccionada está constituida por el 89.8% de los profesionales y técnicos que laboran en el Ministerio de Salud y el 10.2% de los funcionarios que laboran en la Caja del Seguro Social.

**CUADRO VI. DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL TÉCNICO SEGÚN INSTITUCIÓN DONDE LABORA. SAN MIGUELITO, NOV. 1999.**

Institución	f	%
Total	137	100
Ministerio de Salud	113	82.4
Caja del Seguro Social	24	17.5

Fuente: Dep. de Rec. Humanos de la Región de Salud. de San Miguelito y el Dep. de personal de la C.S.S.

Una vez extraída la muestra del personal profesional por institución y para ser representativa en toda la población que labora en las instituciones del MINAS y C.S.S., se agrupó a los funcionarios según los puestos que desempeñan clasificándolos y definiéndolos de la siguiente manera:

- **Médicos:** Médicos generales con funciones en la comunidad
- **Enfermeras:** pertenecen a este grupo enfermeras generales y especialistas que realizan funciones en la comunidad
- **Auxiliar de enfermería:** Pertenecen a este grupo los auxiliares de enfermería que realizan funciones conjuntamente con el médico y la enfermera en la comunidad.

El total de las subpoblaciones clasificadas se multiplicaron por la fracción constante, a fin de obtener el tamaño de la muestra por subestrato, presentándose en el siguiente cuadro.

**CUADRO VII CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN MUESTRA SEGÚN INSTITUCIÓN DONDE LABORA. SAN MIGUELITO, 1999.**

Clasificación	Total		MINSA		C.S.S.	
	Población	Muestra	Población	Muestra	Población	Muestra
Total	137	100	113	82	24	18
Médicos	59	43	50	45	9	7
Enfermeras	32	23	25	18	7	5
Aux. de enfermería	46	34	38	28	8	6

Fuente: Dep. de Rec. Humanos de la Región de Salud de San Miguelito y el Dep. de personal de la C.S.S.

A los individuos que conforman la muestra se le aplicó los tres cuestionarios.

#### **4. Métodos e Instrumentos de Recolección de datos:**

##### **4.1. Método:**

El método a utilizar es mediante la aplicación de un cuestionario (Anexo). Este no se ha utilizado antes por lo que se realizaron ajustes y se le aplicaron los procedimientos necesarios para su validación y confiabilidad.

##### **4.2. Instrumento:**

El instrumento está dividido en cuatro secciones, a las tres secciones se les dio una puntuación y se definieron los términos calificativos, excepto a las tres preguntas ubicadas al final de la sección de actitudes que nos arrojará los aspectos en que el entrevistado está de acuerdo o en desacuerdo y las recomendaciones que propone al Nuevo Modelo de Atención

El cuestionario está conformado por lo siguientes aspectos:

##### **Aspectos Generales:**

Se obtendrá la información general del empleado que consta de seis preguntas.

**Aspectos de Conocimiento:**

Permite conocer el nivel de conocimiento mediante una escala valorativa que se detalla posteriormente. Estará constituida por 20 preguntas que tienen tres alternativas de respuestas (a, b ó c). ( anexo)

Cada respuesta correcta tiene un valor de cinco puntos y la respuesta incorrecta cero punto, lo que le da una valoración de 100 puntos a esta sección.

Se confeccionó la siguiente escala valorativa al cuestionario de conocimientos, según el puntaje de las respuestas dadas por los funcionarios, con la finalidad de valorar la respuesta al cuestionario; por lo que catalogamos el nivel de conocimiento con la siguiente escala:

De 100 a 81 puntos = Bueno

De 80 a 61 puntos = Regular

De 60 y menos = Pobre

Significado de la escala:

**Bueno:** El funcionario tiene conocimientos básicos y bastante completos sobre los aspectos que contempla el Modelo de Atención.

**Regular:** El funcionario posee conocimientos limitados sobre los aspectos relacionados con el Nuevo Modelo de Atención.

**Pobre:** Los funcionarios poseen escasos y confusos conocimientos sobre los aspectos relacionados con el Modelo de Atención.

**Actitudes hacia el modelo**

Esta sección permite determinar la actitud del funcionario hacia el nuevo Modelo, y consta de 10 criterios relacionados con la implementación del Nuevo Modelo de Atención, En esta escala se utiliza el método de puntuación sumadas de Rensis Likert, el cual consiste en una serie de aseveraciones a las que cada funcionario debe contestar una de las alternativas que se le presenta.

Para el análisis de las actitudes se utilizó el análisis de factores de correspondencia múltiple, los cuales se agruparon en tres, factores de funcionario, modelo de atención, y trabajo en la comunidad. La técnica de análisis se explica en el punto correspondiente.

Al final de esta sección se elaboraron tres preguntas con la finalidad de obtener información que nos permita determinar algunos factores favorables o desfavorables que influyen en la actitud de los empleados hacia el Modelo de Atención.

**Guía de Realización de Actividades.**

Este formato permite conocer la realización de actividades de cada funcionario en las diferentes fases que componen el Nuevo Modelo de Atención.

El formato consta de 16 criterios que están relacionados con las actividades que se realizan en las cuatro fases de implementación del Modelo de Atención, el mismo será llenado por el funcionario, el que colocará un gancho en la columna de la actividad que ha realizado en los últimos tres meses, si no la ha realizado durante el período, indicará su observación. Esta información se verificará con el gerente, director, jefe o supervisor de la institución.

#### **4.2.1.1. Confiabilidad y Validez de los instrumentos:**

Para determinar la validez y confiabilidad de los 71 ítems que componen el instrumento, el mismo se presentó a los Doctores Guillermo Campo y Reina Roa, profesores de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá, Dr. Reynaldo Holder, Director de la Región de San Miguelito; Licda Mayanin Rodríguez, a los Jefe del Departamento de Provisión y Servicios, Región de San Miguelito y a la Licda. Ivonne González, asesora de tesis, quienes han fungido como jueces y evaluaron la forma y el contenido de los ítems. (Método de Jueces)

A partir de esta revisión se corrigieron los ítems, y se eliminaron los poco exactos o imprecisos.

Luego se aplicó el cuestionario a un grupo de 50 personas que laboran en el área, para medir el índice de dificultad y determinar las preguntas que conformarán el cuestionario de la investigación.

### **5. Procedimientos para la recolección de la Información.**

#### **5.1. Tiempo:**

La aplicación del cuestionario se realizó junio - agosto de 1999.

#### **5.2. Recursos:**

La investigadora aplicó el cuestionario en ambas instituciones.

### **5.3. Aspectos administrativos:**

Para realizar la recolección de la información se solicitó autorización a las autoridades en las instituciones del MINSA y CSS.

Después de estructurar el cuestionario y obtener las autorizaciones necesarias para la aplicación del instrumento, se solicitó la cooperación a los funcionarios de las diferentes áreas para que llenaran el cuestionario, a quienes se les explicó la forma de llenado del mismo.

Una vez aplicado el instrumento a los funcionarios, los datos se procesaron electrónicamente con el programa EPI - INFO.

### **6. Técnica Estadística:**

Los primeros análisis estadísticos fueron de tipo descriptivo, los cuales son distribuciones en frecuencia simple y tablas de contingencias, así como gráficas comparativas del nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de los funcionarios del MINSA y CSS.

Otra técnica estadística utilizada para el análisis de los datos de la encuesta para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los equipos, fue el de correspondencia múltiple, el cual tiene como objeto principal analizar tablas de contingencia múltiple, donde el procedimiento general es tomar la respuesta de los encuestados para las respuestas de evaluación del Modelo de Atención. Se dividió el cuestionario general en

tres secciones, la correspondiente a conocimientos del funcionario, las actitudes y las prácticas; se pudo clasificar todas estas respuestas de acuerdo a las características generales de los encuestados. Este procedimiento estadístico genera un plano donde se representa las respuestas con sus niveles, de acuerdo a algunas variables de clasificación.

En relación a este análisis se pudo representar en un plano a los funcionarios de las dos instituciones de acuerdo a su conocimiento, actitud hacia el Nuevo Modelo y las actividades en cada fase I.

Otra de las técnicas utilizadas fue el de Análisis de Factores, cuyo objetivo principal es reducir el número de variable, además de identificar factores intrínsecos en un conjunto de variables o ítems estudiados. Esta técnica fue aplicada al cuestionario en la selección de actitudes de los funcionarios, a fin de reducir la dimensión de los datos y así dar una mejor interpretación a un problema complejo.

## **CAPITULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

En este capítulo se presenta los aspectos más relevantes de los hallazgos encontrados en el cuestionario aplicado. Los datos son acompañados de su análisis respectivo.

#### **1. Características generales de los encuestados:**

Entre las características generales se encuentran las variables que permiten determinar los rasgos de los funcionarios que laboran en las instalaciones del MINSA y la CSS.

**CUADRO VIII. DISTRIBUCION DE LOS FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA CAJA DE SEGURO SOCIAL POR SEXO, SEGÚN GRUPO DE EDAD. SAN MIGUELITO. 1999.**

Edad	Total		Institución donde laboran							
			C.S.S.				MINSA			
			Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
TOTAL	94	100	2	2.13	15	15.96	6	6.38	71	75.53
20-24	3	3.19	-	-	-	-	-	-	3	3.19
25-29	9	9.57	-	-	-	-	1	1.06	8	8.51
30-34	15	15.96	-	-	2	2.13	-	-	13	13.83
35-39	23	24.47	2	2.13	5	5.32	1	1.06	15	15.96
40-44	23	24.47	-	-	5	5.32	-	-	18	19.15
45-49	18	19.15	-	-	2	2.13	4	4.26	12	12.77
50-56	3	3.19	-	-	1	1.06	-	-	2	2.13

FUENTE: Encuesta a funcionarios que laboran en el MINSA y C.S.S.

En el Cuadro VIII se presenta la distribución de frecuencia de los funcionarios del MINSA y la CSS por sexo, según grupo de edad. Se observa que del total del estudio, el 2% de los funcionarios de la CSS son varones, mientras que el 16% son mujeres, el personal de la CSS oscila entre edades de 30 a 56 años de edad. Por otro lado el personal del MINSA el 6% son varones y el 75%, mujeres. En este personal encontramos personal joven hasta de 56 años, la edad promedio en estas instituciones es de 38 años con una desviación estándar de 7 años, por otro lado el 50% o menos de la población tiene 38 años de edad, lo que se interpreta que la población es joven en promedio.

**CUADRO IX. DISTRIBUCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA CAJA DE SEGURO SOCIAL. SEGÚN TIEMPO DE LABORAR EN LA INSTITUCIÓN. SAN MIGUELITO. 1999.**

Tiempo de Laborar	Total		Institución donde laboran			
			C.S.S.		MINSA	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	94	100	17	18	77	82
1-3	34	36	8	9	26	28
4-6	10	11	2	2	8	9
7-9	14	15	1	1	13	14
10-12	11	12	1	1	10	11
13-15	5	5	-	-	5	5
16-18	6	6	2	2	4	4
19 y más	14	15	3	3	11	12

FUENTE: Encuesta a funcionarios que laboran en el MINSA y C.S.S.

En el cuadro IX se presenta la distribución de los funcionarios del MINSA y la CSS de acuerdo al tiempo de laborar en estas instituciones. En este cuadro se puede observar que el 36% de los funcionarios tienen entre uno hasta tres años de laborar en las instituciones, de cuatro a nueve años, el 26%; más de diez años el 36%. Por otro lado, podemos señalar que el 9% de los funcionarios de la CSS tienen tres años o menos de laborar en la institución, mientras que el 28% del MINSA está en igual condición. La media del tiempo de trabajar en la institución es de 8 años con una desviación estándar de 7 años, lo cual nos indica que hay mucha variación entre los años de laborar en la

institución. Cabe destacar que el 3% de los funcionarios de la CSS tienen 19 años de laborar o más, mientras que el 12% del MINSA están en igual condición.

**CUADRO X. DISTRIBUCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS POR CARGO DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA CAJA DE SEGURO SOCIAL SEGÚN, HAN RECIBIDO ORIENTACIÓN SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN. SAN MIGUELITO. 1999.**

Cargo del funcionario	Ha recibido orientación	Total	CSS	MINSA
	TOTAL	<u>34</u>	<u>7</u>	<u>27</u>
Médico	Sí	29	5	24
	No	5	2	3
	TOTAL	<u>30</u>	<u>5</u>	<u>25</u>
Enfermera	Sí	23	5	18
	No	7	-	7
	TOTAL	<u>30</u>	<u>5</u>	<u>25</u>
Auxiliar	Sí	19	4	15
	No	11	1	10

FUENTE: Encuesta a funcionarios que laboran en el MINSA y C.S.S.

En el cuadro X se presenta la distribución de los funcionarios por cargo del MINSA y la CSS según la orientación recibida sobre el Modelo de Atención. Este cuadro muestra que de los 29 médicos entrevistados, cinco que laboran en la CSS han recibido orientación y 24 médicos del MINSA también han recibido orientación sobre el Modelo de Atención. Por otro lado, todas las enfermeras entrevistadas en la CSS dijeron

haber recibido orientación sobre este Modelo, en el caso del MINSA, 18 de los (as) enfermeras dijeron que sí recibieron orientación mientras que, 7 dijeron no haber recibido orientación. Finalmente las auxiliares que suman en total 30, entre las que trabajan en la CSS y el MINSA, 19 dijeron que sí han recibido orientación de las cuales cuatro son de la CSS y 15 del MINSA.

## 2. Conocimientos, Actitudes y Prácticas hacia el Nuevo Modelo de Atención.

CUADRO XI. DISTRIBUCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA CAJA DE SEGURO SOCIAL SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO. SAN MIGUELITO. 1999.

Nivel de Conocimiento	total		Institución donde laboran			
			C.S.S.		MINSA	
	No.	%	No.	%	No.	%
Total	94	100	17	18	77	82
Bueno	5	5	1	1	4	4
Regular	54	57	11	12	43	46
Pobre	35	37	5	5	30	32

FUENTE: Encuesta a funcionarios que laboran en el MINSA y C.S.S.

En el cuadro XI se presenta la distribución de los funcionarios del MINSA y la CSS, según su nivel de conocimiento sobre el nuevo modelo de atención. En este cuadro se observa que el 5% de los funcionarios encuestados presentaron un conocimiento bueno

mientras que el 57% tiene un conocimiento regular y el 37% pobre. Del personal de la Caja de Seguro Social, sólo el 1% presenta un conocimiento bueno, mientras que el 4% del personal del MINSA se le pudo clasificar así. Por otro lado es notable que el 32% del personal entrevistado del MINSA tiene conocimiento pobre y el 5% de la C.S.S también

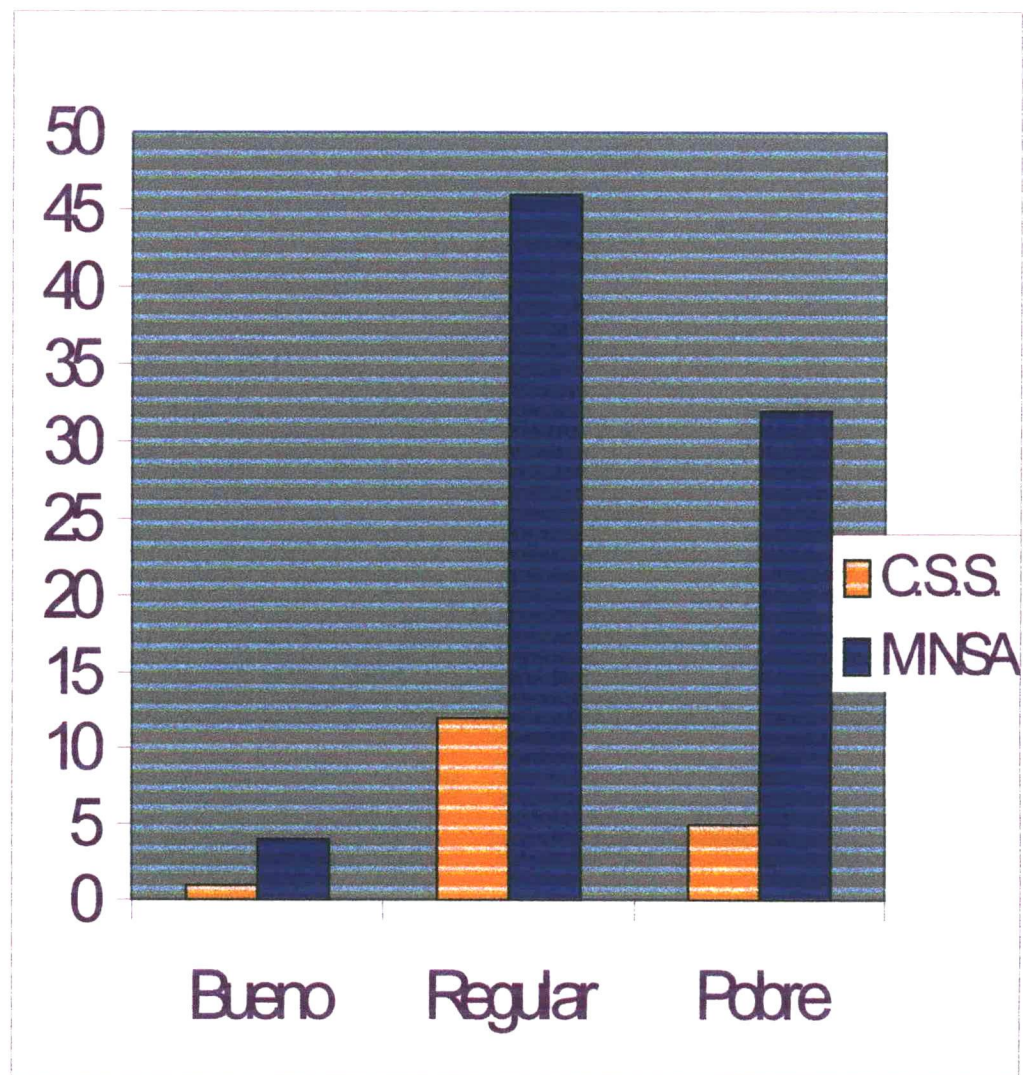


Fig. 13. Nivel de conocimiento de los funcionarios del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social de Seguro Social .San. Miguelito, 1999.

En general, el nivel de conocimiento de los funcionarios en ambas instituciones va de regular a pobre, a pesar de que un gran número de los funcionarios de ambas instituciones han recibido orientación sobre el nuevo modelo.

Para observar mejor los resultados en la figura 13, es notorio observar que pocos funcionarios del MINSA y la CSS tienen conocimiento bueno, la gran mayoría de los funcionarios de ambas instituciones tienen conocimiento regular.

**CUADRO XII DISTRIBUCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD POR CARGO QUE DESEMPEÑA, SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO. SAN MIGUELITO. 1999.**

Nivel de Conocimiento	Total		Cargo que desempeña					
			Médico		Enfermera		Auxiliar	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Total	77	100	27	35	25	32	25	32
Bueno	4	5	-	-	1	1	3	4
Regular	43	56	16	21	18	23	9	12
Pobre	30	39	11	14	6	8	13	17

FUENTE: Encuesta a funcionarios que laboran en el MINSA y C.S.S.

En el cuadro XII se presenta los resultados de conocimiento que tienen los funcionarios del MINSA del modelo de atención, según cargo que desempeña. En este cuadro se observa que sólo el 5% de los funcionarios del MINSA tienen conocimiento bueno; el 56%, regular y 39%, pobre. De aquellos que tienen conocimiento bueno, uno

es una enfermera y tres son auxiliares de enfermería. De médicos que constituyen el 35%, del total de entrevistados, 21% tienen conocimiento regular y el 14%, pobre. Las Enfermeras que constituyen el 32% del total, el 1% tiene conocimiento bueno, el 23%, regular y el 8% conocimiento pobre. Por otro lado, el 32% del total de entrevistados son auxiliares de enfermería, de los cuales el 4% tienen conocimiento bueno, el 12% regular y el 17%, pobre.

Los datos que se muestran en el cuadro XII, pueden observarse en la figura 14, donde los médicos y las enfermeras tienen conocimiento regular, mientras que la auxiliar tiene conocimiento pobre, nivel de conocimiento que está muy relacionado con las nociones recibidas sobre Atención Primaria, en las instituciones formadoras de estos profesionales y la orientación recibidas sobre los componentes del modelo de atención en el MINSA o CSS

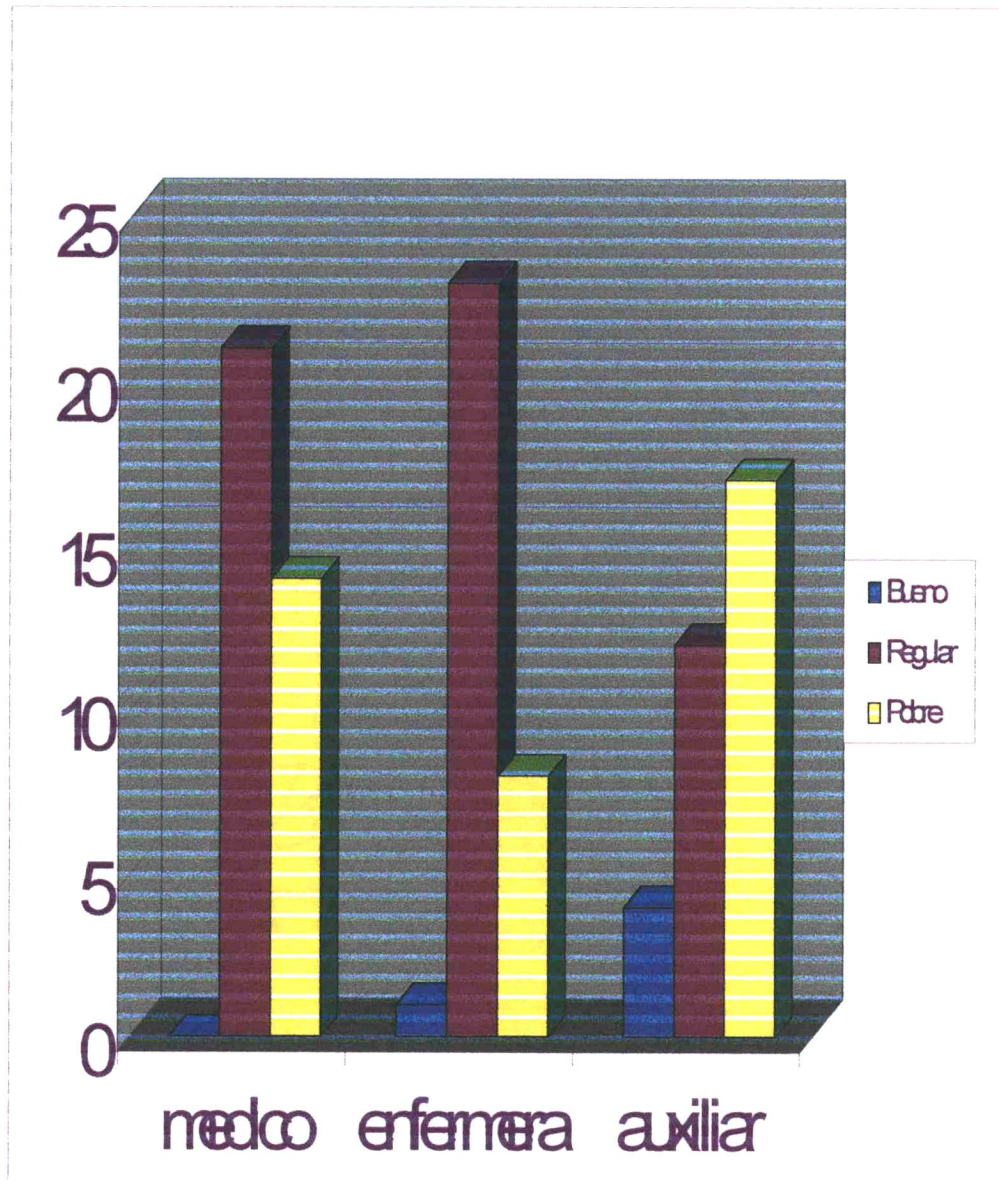


Fig. 14. Nivel de conocimiento de los funcionarios del Ministerio de Salud por cargo. San Miguelito, 1999.

**CUADRO XIII. DISTRIBUCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL POR CARGO QUE DESEMPEÑAN SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO. SAN MIGUELITO. 1999.**

Nivel de Conocimiento	Total		Cargo que desempeña					
			Médico		Enfermera		Auxiliar	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Total	17	100	7	41	5	29	5	29
Bueno	1	6	1	6	-	-	-	-
Regular	11	65	5	29	4	24	2	12
Pobre	5	29	1	6	1	1	3	18

FUENTE: Encuesta a funcionarios que laboran en el MINSA y C.S.S.

En el cuadro XIII se presenta el nivel de conocimiento sobre el nuevo modelo de

atención que tienen los funcionarios de la CSS por cargo que desempeñan. En este aspecto, el 6% de los encuestados tiene conocimiento bueno; el 65%, regular y el 29%, pobre. Los médicos representan el 41% del total, de los cuales el 6% tiene conocimiento bueno; el 29%, regular y el 6%, pobre. Por otro lado, de las enfermeras que constituyen el 29% del total, 24% tiene conocimiento regular y el 1%, pobre. Las auxiliares de enfermería, representan el 29%, de las cuales el 12% tiene conocimiento regular y el 18%, pobre.

En los cuadros anteriores se observa claramente que muy pocos funcionarios del MINSA y la CSS, alcanzaron un nivel de conocimiento en la categoría de bueno, realmente se ven distribuidos entre un conocimiento regular hasta pobre.

La figura 15 muestra el nivel de conocimiento de los funcionarios que laboran en la CSS, donde el médico y la enfermera tienen conocimiento regular, mientras que la auxiliar tiene conocimiento pobre.

Podemos decir que observando los cuadros y gráficas relacionadas con el nivel de conocimientos de los funcionarios del MINSA y la CSS, muy pocos alcanzan un nivel de conocimiento bueno, realmente se ve distribuido entre un nivel conocimiento regular a pobre.

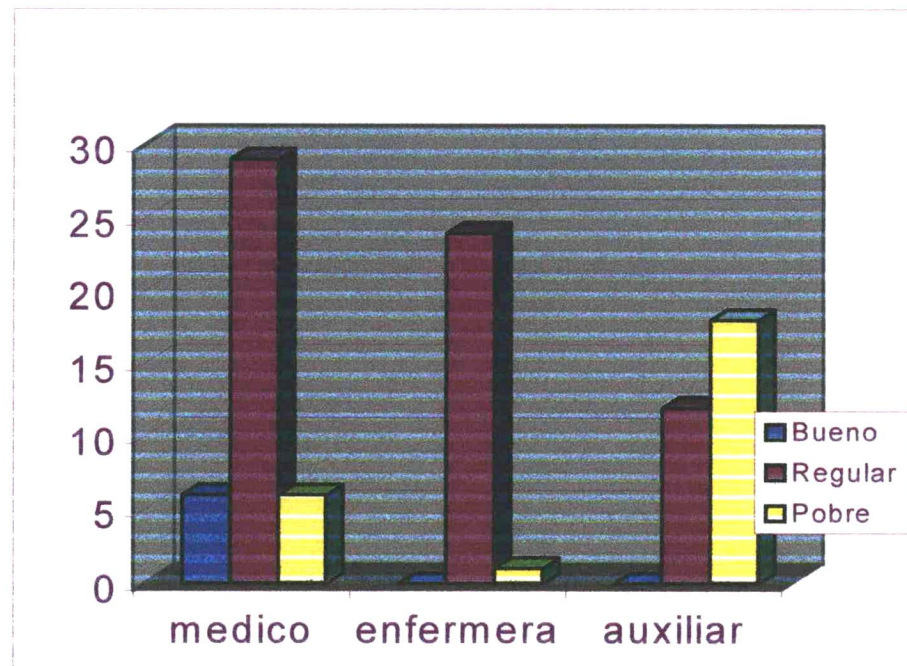


Fig. 15. Nivel de Conocimiento de los funcionarios de la Caja de Seguro Social por cargo. San Miguelito, 1999.

CUADRO XIV. DISTRIBUCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL Y DEL MINISTERIO DE SALUD DE ACUERDO SI HAN RECIBIDO CHARLAS SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN, SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO. SAN MIGUELITO. 1999.

Lugar de trabajo	Nivel de conocimiento	Total		
		Total	Sí	No
CSS	TOTAL	17	13	4
	Bueno	1	1	-
	Regular	11	8	3
	Pobre	5	4	1
MINSA	TOTAL	77	44	33
	Bueno	4	2	2
	Regular	43	28	15
	Pobre	30	14	16

FUENTE: Encuesta a funcionarios que laboran en el MINSA y CSS.

En el cuadro XIV se presentan a los funcionarios de la CSS y del MINSA, de acuerdo si han recibido capacitación a través de charlas. En particular los funcionarios de la CSS que tienen conocimiento bueno, sí han recibido charlas, de los que tienen conocimiento regular, ocho han recibido capacitación y de los que tienen conocimiento

pobre, cuatro de ellos han recibido capacitación a través de charlas. Por otro lado, los funcionarios del MINSA que tienen conocimiento bueno, dos de los cuatros entrevistados declararon haber recibido charlas, de los 43 funcionarios que tienen conocimiento regular, 28 recibieron capacitación, y de los que tienen conocimiento pobre que suman treinta, catorce habían mencionado que han recibido capacitación a través de charlas.

**CUADRO XV. DISTRIBUCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA CAJA DE SEGURO SOCIAL DE ACUERDO A LAS PRÁCTICAS EN LA FASE I. SAN MIGUELITO, 1999.**

<b>Fase I</b>	<b>Total</b>	<b>CSS</b>	<b>MINSA</b>
<b><u>Asiste a</u></b>	<b>94</b>	<b>17</b>	<b>77</b>
<b><u>Capacitación sobre el modelo</u></b>			
<b>Charlas</b>			
Sí	57	13	44
No	37	4	33
<b>Seminarios</b>			
Sí	48	10	38
No	46	7	39
<b>Seminarios taller</b>			
Sí	34	4	30
No	13	47	60
<b><u>Se documenta</u></b>			
<b>Lee el documento</b>			
Sí	34	5	29
No	60	12	48
<b>Escucha o ve programas</b>			
Sí	18	2	16
No	76	12	48

FUENTE: Encuesta a funcionarios que laboran en el MINSA y CSS.

En los cuadros XV, XVI, XVII y XVIII se presenta los resúmenes descriptivos realizados para los funcionarios del MINSA y la CSS en las fases programadas.

De manera general, en la fase I los funcionarios de la CSS sí han participado en charlas sobre el modelo, y seminarios, no así a seminarios taller; muy pocos han leído y visto programas sobre el nuevo modelo. Por otro lado, los funcionarios del MINSA, un poco más de la mitad han participado de charlas, alrededor del 50% han participado de seminarios, y muy pocos en seminarios taller. Muchos menos de la mitad han leído o escuchado programas sobre el modelo.

CUADRO XVI. DISTRIBUCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA DE CAJA DE SEGURO SOCIAL DE ACUERDO A LAS PRÁCTICAS EN LA FASE II. SAN MIGUELITO, 1999

Fase II	Total	CSS	MINSA
<u>Participa en los programas de capacitación y orienta a:</u>	94	17	77
Integrantes de equipo			
Sí	18	5	13
No	76	12	64
En otras Instituciones			
Sí	16	3	13
No	78	14	64
Comunidades			
Sí	32	3	29
No	62	14	48
<u>Participa conjuntamente con el equipo en:</u>			
Planeación y organización de la comunidad			
Sí	61	10	51
No	33	7	26

FUENTE: Encuesta a funcionarios que laboran en el MINSA y CSS.

Los funcionarios del MINSA presentan los siguientes resultados en la fase II; mucho menos de la mitad han participado en los programas de capacitación y orientación de equipos, casi en igual proporción con los que no han participado en otras instituciones, en la comunidad hay algo de participación, pero no muy significativa. Los funcionarios del MINSA se caracterizan en esta fase por participar conjuntamente con el equipo en la planeación y organización de la comunidad.

En la fase II los funcionarios de la CSS, se han integrado pero en muy poca cantidad a los programas de capacitación y orientación, así como en otras instituciones, y comunidades, por otro lado muchos han participado en la planeación y organización de la comunidad.

**CUADRO XVII. DISTRIBUCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA CAJA DE SEGURO SOCIAL DE ACUERDO A LAS PRÁCTICAS EN LA FASE III. SAN MIGUELITO, 1999.**

Fase III			
	Total	CSS	MINSA
<u>Participa conjuntamente con el equipo en:</u>	94	17	77
<b>Análisis de la situación de salud</b>			
Sí	51	6	45
No	43	11	32
<b>La formación de los Consejos de Familia</b>			
Sí	36	-	36
No	58	17	41
<b>La organización de la comunidad</b>			
Sí	39	2	37
No	55	15	40

FUENTE: Encuesta a funcionarios que laboran en el MINSA y CSS.

A continuación estudiaremos la fase III, en donde se observa que pocos de los funcionarios de la CSS participan conjuntamente con el equipo, en el análisis de la situación de la salud, ninguno en la formación de los consejos de familia, y al menos dos en la organización de la comunidad. Los funcionarios del MINSA en una proporción un poco mayor de la mitad, participan conjuntamente con el equipo en el análisis de la situación de la salud. En la formación de los consejos de familia en proporción menor de la mitad, así como en la organización de la comunidad.

**CUADRO XVIII. DISTRIBUCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, DE ACUERDO A LAS PRACTICAS EN LA FASE IV. SAN MIGUELITO, 1999.**

Fase IV	Total	CSS	MINSA
<u>Conjuntamente con su equipo ha organizado a todas sus comunidades</u>	94	17	77
Cada comunidad tiene un consejo de salud familiar			
Sí	17	3	14
No	77	14	63
Brinda asesoría a las comunidades organizadas			
Sí	33	2	31
No	61	15	46
<u>Logros obtenidos en la comunidad según el análisis de situación realizado</u>			
Familiar			
Sí	29	4	25
No	65	13	52
Comunitario			
Sí	30	2	28
No	64	15	49
Ambiental			
Sí	26	1	25
No	68	16	52

FUENTE: Encuesta a funcionarios que laboran en el MINSA y CSS.

Finalmente la fase IV presenta los funcionarios del MINSA y de la CSS en cuanto a sí participan conjuntamente con su equipo, a organizar sus comunidades en un consejo de salud familiar y en ambos casos se nota la poca participación de los funcionarios, así como en brindar asesorías a las comunidades organizadas.

En cuanto al trabajo realizado por los funcionarios tanto del MINSA como los de la CSS, en los aspectos familiares, comunitarios y ambientales se nota muy pocos logros en la comunidad bajo su responsabilidad.

### **3. Análisis de Factores multivariados**

En el estudio sobre la implementación del Nuevo Modelo de atención, se examinó la actitud o grado de acuerdo o desacuerdo en aspectos que contempla el Nuevo Modelo, basados en las diez preguntas que se realizaron se pudo efectuar análisis descriptivos, así como multivariados con lo son Análisis de Factores y Análisis de Correspondencia Múltiples.

En primera instancia, se utilizó la técnica estadística “Análisis de Factores”, a fin de detectar factores (actitudes) latentes en las respuestas de los entrevistados. Este análisis presenta las preguntas agrupadas de acuerdo a la correlación que presentaba con los factores encontrados. Después de analizado se encontraron tres actitudes intrínsecas en los entrevistados, las cuales se nombraron como: Actitud hacia el funcionario, hacia el modelo y hacia la salud comunitaria. El primer factor se nombró así porque presentaba

altas correlaciones con las preguntas tres, cuatro, seis y diez. El segundo factor toma el nombre, actitud hacia el modelo porque presentaba altas correlaciones con las preguntas, uno, cinco, ocho y nueve, y el tercer factor tomó el nombre de actitud hacia la salud comunitaria, por su correlación con las preguntas dos y siete.

Luego de detectado estos tres factores, clasificamos a cada individuo del MINSA y de la CSS de acuerdo a su grado de relación con cada una de estas actitudes, lo que determina que si un individuo presentaba promedios mayores o iguales a cuatro en las preguntas diez, tres, cuatro y seis, entonces se le clasificaba de acuerdo con el factor uno, así de la misma manera se promediaron las preguntas una, cinco, ocho y nueve y se tomaba la misma decisión si el promedio era mayor o igual a cuatro, en caso contrario, con promedios menores o iguales a tres se decide que tiene una posición negativa hacia la actitud estudiada. Finalmente, se promediaron las preguntas dos y siete en cada individuo para clasificarlo si tiene una actitud positiva o negativa hacia la salud comunitaria. Este procedimiento permitió clasificar a cada individuo de acuerdo a su posición positiva o negativa en cada factor, así un individuo con clasificación positiva en el factor uno tendrá una clasificación de F1. Por otro lado, si tiene promedio en dos factores; por ejemplo: promedios mayores de cuatro en el factor uno y en el factor tres, su clasificación será F1, 3. Finalmente si el individuo no presenta actitud positiva en ninguno de los factores se clasifica como F4.

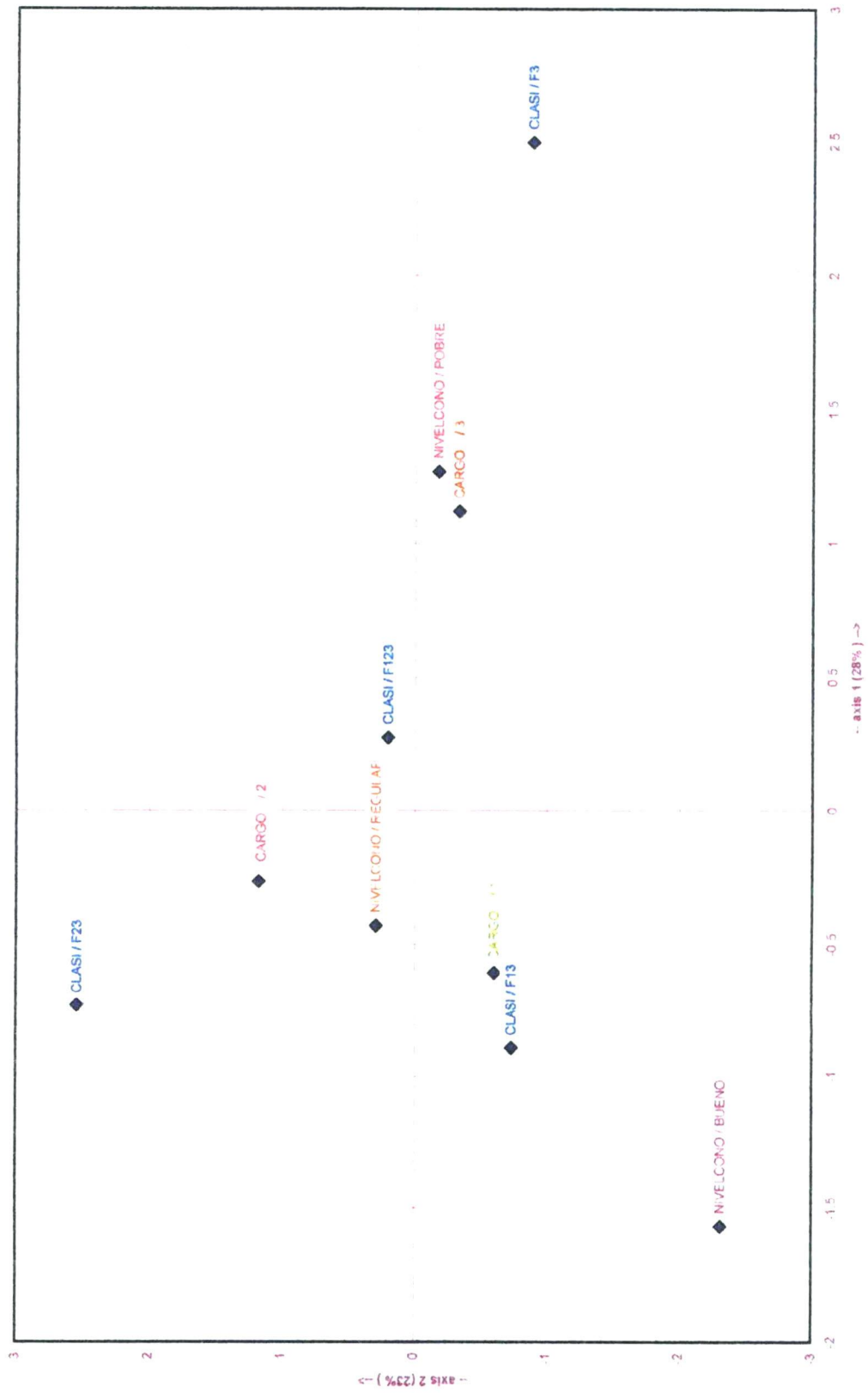


Fig. 16 . Funcionarios de la Caja de Seguro Social según nivel de conocimiento y actitud hacia el Modelo

Una vez clasificado, con cada individuo en cada factor y utilizando su cargo y nivel de conocimiento hacia el nuevo modelo, se realizó un análisis de correspondencia múltiple, encontrándose el siguiente resultado: en la Caja de Seguro Social se observó que los médicos presentan un conocimiento entre regular y bueno. Por otro lado, se identifican con las actitudes uno y tres de manera positiva y negativa hacia la actitud dos, lo que significa que los médicos aprueban trabajar con los individuos y con la comunidad, pero tienen una actitud negativa hacia el modelo de atención primaria (Fig. 16.). Las enfermeras, cuyo conocimiento es regular, tienen actitudes positivas hacia el modelo, hacia el servicio a los demás y a ayudar a la comunidad. Finalmente, las auxiliares las cuales tienen conocimiento pobre, sólo presentan actitud positiva hacia la salud comunitaria.



Utilizando la técnica estadística multivariada de Correspondencia Múltiple también se clasificó a los funcionarios de la Caja de Seguro Social, de acuerdo a su nivel de conocimiento, cargo, prácticas que realiza y su actitud; resultados que se presentan en la Fig. 17. En esta figura se observa que los médicos sí participan en los programas de capacitación y orientación a otras instituciones, en organizar la comunidad, si han tomado seminarios y brindan asesorías a las comunidades organizadas. Por otro lado, las enfermeras no han asistido a seminarios, han alcanzado logros en lo comunitario, ha escuchado programas del nuevo modelo, orientan a los integrantes de equipo. Las auxiliares, cuyo conocimiento es pobre, participan conjuntamente con el equipo en el análisis de la situación de salud, han leído el documento sobre el nuevo modelo, participan en programas de capacitación a la comunidad, han obtenido logros en lo familiar entre otros. Por otro lado, la figura muestra un aglomeración de los restos de las prácticas en el centro de los ejes, los cuales se interpreta que el individuo promedio no lee, no participa en actividades de la comunidad, en la formación de los consejos de familia, integrantes el equipo, no realiza logros comunitarios, con otras instituciones entre otras prácticas.

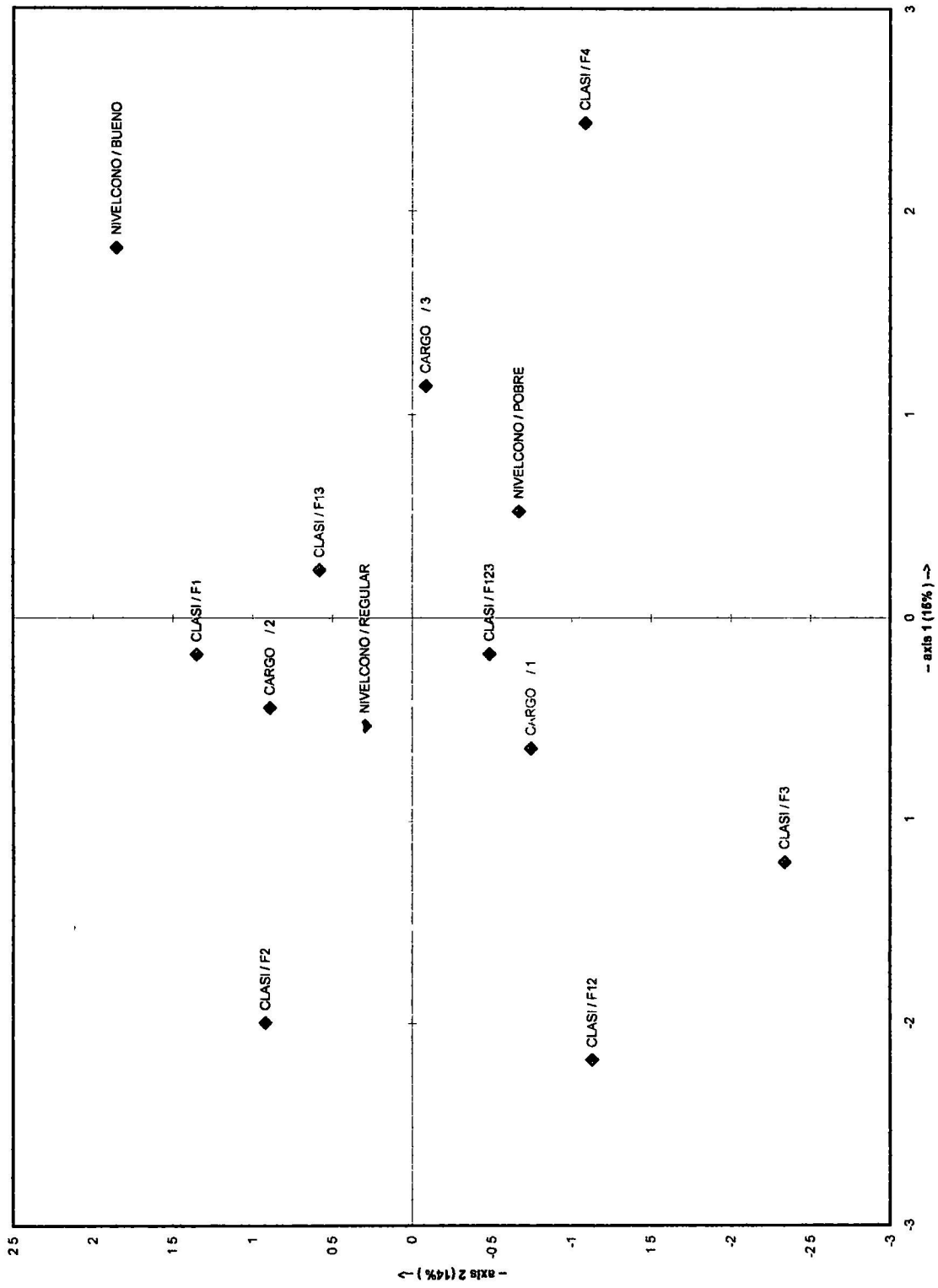


Fig. 18. Funcionarios del Ministerio de Salud según nivel de conocimiento y actitudes hacia el Modelo.

En el MINSA se realizaron los mismos análisis que en la CSS, observándose en primera instancia (Fig. 18 ) de la correspondencia múltiple, que los médicos tienen un nivel de conocimiento entre pobre y regular, cierto número de ellos presenta posiciones positivas hacia las actitudes una, dos y tres, cierto número hacia las actitudes uno y dos, y algunos a la tres. Por otro lado, las enfermeras presentan un conocimiento regular y una posición positiva a los factores uno y tres, algunas al factor dos y otras sólo al factor uno. Finalmente, las auxiliares, las cuales presentan un nivel de conocimiento pobre, presentan una posición negativa hacia las actitudes estudiadas, el nivel de conocimiento bueno está aislado porque muy pocos individuos presentan esta clasificación.

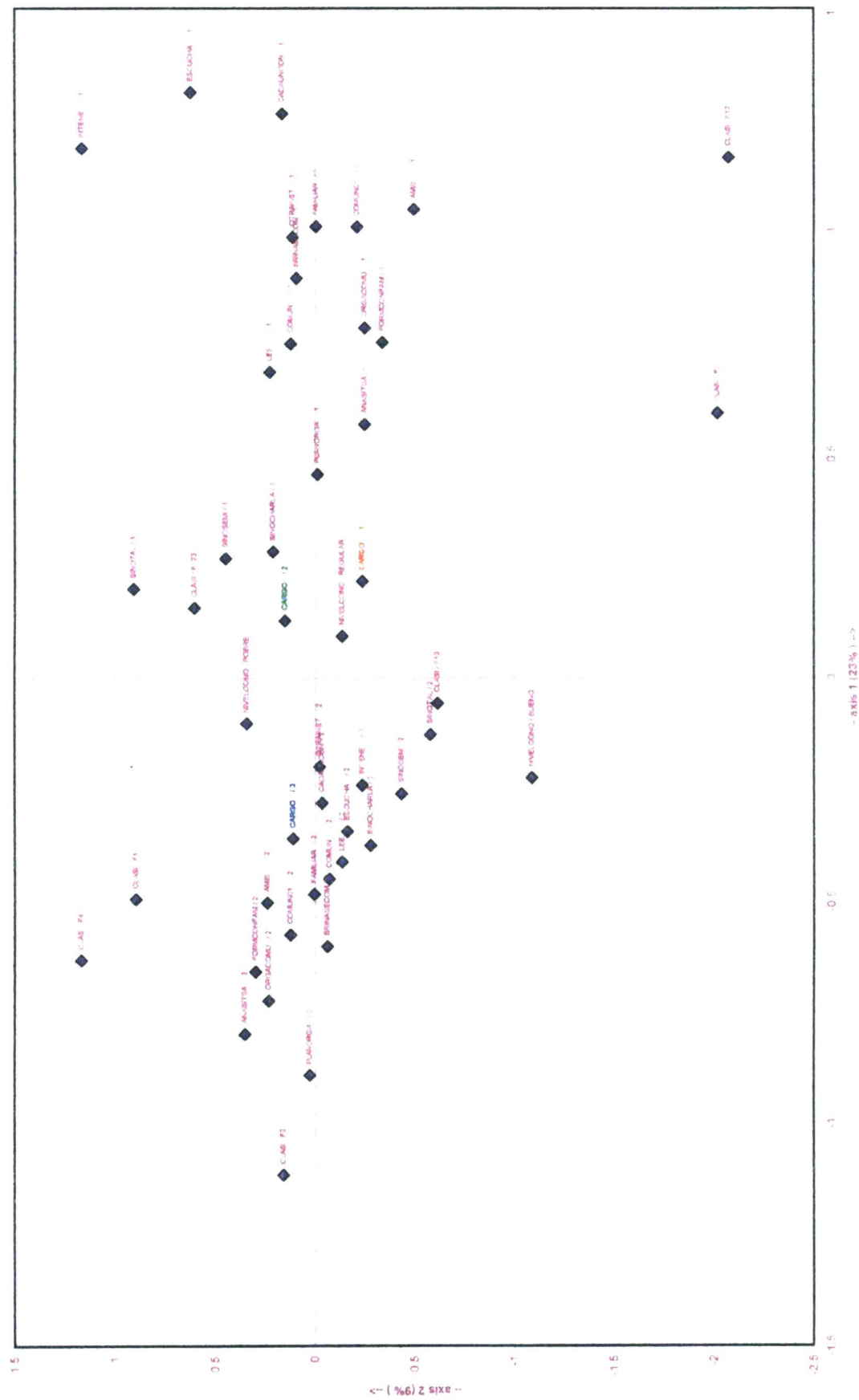


Fig. 19 Funcionarios del Ministerio de salud por cargo, según nivel de conocimiento, Actitudes y practicas hacia el Modelo.

En la figura 19, se presenta el análisis de correspondencia múltiple con los datos de los funcionarios del MINSA de acuerdo a las prácticas que realizan, el cargo, actitud y conocimiento. En esta figura se observa que los médicos planifican, organizan y participan conjuntamente con el equipo en el análisis de la situación de salud, participa conjuntamente en la organización de la comunidad, también en la formación de los consejos de familia de manera más significativa. Las enfermeras sí participan en charlas, en seminarios, seminarios - taller, entre otras actividades. Las auxiliares no realizan muchas de las prácticas examinadas en el cuestionario, por ejemplo: no participan con el equipo en el análisis de la situación de salud, no han logrado grandes objetivos en la comunidad.

CUADRO XIX. DISTRIBUCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA CAJA DE SEGURO SOCIAL DE ACUERDO A LOS ASPECTOS DEL MODELO EN LOS QUE ESTÁN COMPLETAMENTE DE ACUERDO Y EN DESACUERDO. SAN MIGUELITO 1999.

Aspectos del Modelo	Total	MINSA	CSS
<b><u>Completamente de acuerdo</u></b>			
• La sectorización	11	11	0
• Trabajo en equipo	39	23	16
• Los médicos visitan la comunidad	10	10	0
• Trabajar con la comunidad los problemas de salud	17	17	0
• Promover la salud	15	15	0
• Formación de consejos familiares	2	2	0
• Atención a la familia comunidad y ambiente	4	2	0
<b><u>Completamente en desacuerdo</u></b>			
• Número población asignada	39	24	15
• Ausencia de incentivos	26	14	12
• Equipos conductores	10	10	0
• Abandono de los programas de salud	4	4	0
• Normas integrales utópicas y abarcadoras	4	4	0

FUENTE: Encuesta a funcionarios que laboran en el MINSA y CSS.

En cuadro XIX se puede observar que los funcionarios están completamente de acuerdo con el trabajo en equipo, representado por un total de 39 funcionarios que trabajan en el MINSA Y CSS, seguido con el aspecto trabajar con la comunidad los problemas de salud, representado por 17, promover la salud representado por 15 opiniones de funcionarios que laboran únicamente en el MINSA.

Los funcionarios que laboran en la CSS y MINSA consideran que están en completo desacuerdo con el numero de población asignada representado por 39 opiniones, seguido por el aspecto ausencia de incentivos, representado por 26 funcionarios.

**CUADRO XX. DISTRIBUCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES BRINDADAS AL MODELO. SAN MIGUELITO, 1999.**

RECOMENDACIÓN	Total	MINSA	CSS
● Capacitar a los equipos básicos	39	27	12
● Menor cantidad de población asignada	35	15	20
● Asignar los recursos necesarios ( recursos Humanos y transporte)	37	13	24
● Asignar mayor tiempo a las acciones en la comunidad	22	10	12
● Divulgación del Modelo	23	15	8
● Implementación gradual	6	6	0
● Estabilidad del personal que pertenece a los equipos básicos	14	10	4
● Crear centros de promoción de la salud en la comunidad	6	6	0
● Monitoreo y evaluación periódica	10	10	0

FUENTE: Encuesta a funcionarios que laboran en el MINSA y CSS.

Entre las recomendaciones dadas por los funcionarios de ambas instituciones, se puede observar en el cuadro XX, 39 funcionarios de ambas instituciones consideran que se debe capacitar a los integrantes de los equipos, aspecto que está muy relacionado con el nivel de conocimiento, tanto al médico como a la enfermera que tienen un nivel de conocimiento regular y el auxiliar que es pobre.

Se puede observar que 35 funcionarios de ambas instituciones recomiendan que se debe disminuir la población asignada o de responsabilidad.

En cuanto a la cantidad de recursos físicos y humanos, 37 funcionarios consideran que se debe tener mejores instalaciones, equipo y personal.

Se recomienda la asignación de mayor cantidad de tiempo a las actividades en la comunidad representado, por 22 individuos y divulgación del modelo representado por 23 personas.

## **CAPITULO V**

### **PROPUESTA DE EDUCACIÓN PERMANENTE A LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD SOBRE EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN**

#### **1. Introducción:**

A través de los tiempos la educación al ser humano es lo que ha permitido que éste se encuentre preparado a enfrentar los avances científicos y tecnológicos.

Para que la operacionalización del Modelo de Atención, cobre gran importancia se debe capacitar al personal que forma parte de los equipos básicos, como del equipo de apoyo y del personal administrativo de la Región de San Miguelito.

El cambio en el modelo de atención de salud actual, ubica a las personas que durante años han trabajado bajo un esquema de atención con una alta orientación biológica, centralizada y con un enfoque individual, para que se desempeñen un modelo de atención descentralizado cuyo sujeto de atención es la familia, la comunidad y el medio ambiente.

A través de esta propuesta proponemos un programa de educación permanente sobre los aspectos que componen el modelo de atención, que de una u otra forma contribuirá a tomar en cuenta algunos aspectos iniciales en la educación permanente al personal que es sometido a este tipo de cambios.

## **2. Objetivo General del Programa Educativo:**

### **Objetivo General:**

Diseñar un programa de Educación permanente dirigido a facilitar la implementación del Nuevo Modelo de Atención de Salud Familiar, Comunitario y Ecológico.

Los objetivos de aprendizaje del programa son:

Están considerados en base a los aspectos fundamentales de la formación en salud

### **a) Conocimientos:**

- ❖ Aumentar los conocimientos sobre los componentes del Nuevo Modelo de Atención.
- ❖ Analizar las funciones dentro del equipo básico.
- ❖ Comprender la estructura organizacional del Nuevo Modelo.
- ❖ Conocer la forma de evaluación del trabajo ejecutado por el equipo de salud.

### **b) Actitudes:**

- ❖ Valorar los beneficios del Modelo de Atención.
- ❖ Aceptar las actividades a realizar a la familia, comunidad y medio ambiente.

### **c) Habilidades**

Estará en capacidad de realizar las funciones que le corresponden dentro del nuevo Modelo de Atención.

### **3. Metodología**

Se sugiere un modelo de educación permanente, mediante la cual la participante tenga un aprendizaje continuo y sistemático mediante módulos o unidades curriculares, basado en un cronograma de actividades mediante teorías y prácticas.

Esta modalidad requiere utilizar en concepto “ aprender haciendo” que permite integrar la teoría y la práctica del funcionario de su diario quehacer de trabajo a fin de que pueda reforzar los conocimientos teóricos y la aceptación de los componentes del modelo a través de la práctica.

El programa está diseñado para realizarse a través de siete módulos, cada uno se define con objetivos y áreas temáticas generales a desarrollar. En el mismo participarán médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería e integrantes de la comunidad.

Para efecto de cada módulo se seleccionó una estrategia metodológica donde se recomienda lo siguiente:

1. El trabajador de la salud deberá laborar por períodos cortos en actividades educativas presenciales
2. Contar con materiales induccionales.
3. Se sugiere la identificación de monitoreo institucional (médicos y enfermeras), quienes podrán supervisar el estudio en grupo, las discusiones y la realización de los trabajos prácticos.
4. Realizar trabajos prácticos diarios supervisados por médicos, enfermeras y capacitantes.

Realizar evaluaciones permanentes o de proceso y evaluación sumativa a las áreas temáticas que se han definido para la educación permanente, las que se consideraron como prioritarias en esta etapa del proyecto de capacitación, posteriormente se aplicará

nuevamente el cuestionario para verificar a través del análisis multivariado la correlación de los factores o componentes estudiados.

#### **4. Formación del Personal:**

Según los requerimientos de personal para operar el Modelo, se debe:

- ❖ Definir como número óptimo de participantes, 20 funcionarios, con el fin de que las técnicas de educación permanente propuestas, sean desarrolladas en forma adecuada y lograr los objetivos propuestos.
- ❖ Organizar por sector o área, dependiendo del número de personal que labore en cada zona.
- ❖ Plantear como básica la combinación de actividades presenciales con actividades prácticas, en los lugares de trabajo; lo que permitirá adaptar los conocimientos en forma más ágil y no alterar los servicios que se brindan por parte del personal de salud.

#### **5. Estrategia Educativa:**

Para el logro de esta imagen objetivo es necesario preparar a los equipos básicos través de un programa educativo.

Metas:

- ❖ El 80 % de los integrantes de los equipos básicos tendrán, en un término de seis meses, un nivel de conocimiento bueno con relación al nuevo modelo de atención
- ❖ El 80% de los integrantes de los equipos básicos que ejecutan funciones de atención directa en la comunidad tendrán una actitud de muy de acuerdo en un término de seis meses.
- ❖ El 80 % de los integrantes de los equipos básicos ejecutarán, en un término de seis meses, los procedimientos de acuerdo a las normas establecidas en el Modelo de Atención.

Estructura de los módulos :

1. Temas básicos
2. Objetivos que se pretenden lograr en los participantes con el desarrollo de cada modulo.
3. Metodología
4. Recursos didácticos

Además, se debe tomar en cuenta:

- ❖ Materiales didácticos que se utilizará como apoyo al aprendizaje para la exposición de los temas auxiliares en la exposición del tema.
  - ❖ Lecturas que servirán como medio de documentación y ampliación de los temas.
  - ❖ Glosario de términos técnicos.
5. Evaluación: se realizarán mediante trabajos de campo, pruebas escritas y exposiciones de temas por los participantes, que permitirán determinar hasta que punto los objetivos previstos fueron logrado.

## **6. Programa**

### **6.1 Contenido del Programa Educativo:**

#### **Módulo N° 1**

#### **Conceptualización del Modelo de Atención de Salud Familiar, Comunitario y Ecológico**

##### **Objetivo de aprendizaje:**

Al finalizar el módulo los participantes serán capaces de

- ❖ Conceptualizar el Modelo de Atención
- ❖ Comprender la Organización del Modelo

Contenido:

1. El del Modelo de Atención de Salud Familiar, Comunitario y Ecológico
  - 1.1. Conceptos

**1.2. Propósito del Modelo**

**1.3. Estructuración y operacionalización del Modelo**

- a. Técnica Educativa: Seminario Taller
- b. Dinámica: Grupos de discusión, elaboración de Modelos de Atención.
- c. Evaluación: Prueba sumativa
- d. Duración: 16 horas

**Módulo N° 2**

**Salud Familiar**

**Objetivo:**

Al finalizar los participantes estarán en capacidad de

- ❖ Describir los componentes de la Salud Familiar

**Contenido**

**2. Componente de Salud Familiar**

**2.1. Concepto**

**2.2. Objetivos**

**2.3. Problemática de la Salud familiar en la Región**

**2.4. Instrumentos de diagnostico familiar**

**2.5. Acciones del Equipo de salud y etapas del Ciclo familiar.**

**2. 5.1. Características de Cada etapa**

**2. 5.2. Actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación por el equipo de salud.**

**a. Técnica Educativa: Reflexión - Acción**

**b. Dinámica: grupos de discusión, diagnostico familiar de un área seleccionada**

**c. Evaluación: presentación de diagnostico familiar del área seleccionada, por grupo (3 personas).**

**c. Duración: 16 horas**

### **Módulo N° 3**

#### **Salud Comunitaria**

##### **Objetivo:**

Al finalizar los participantes estarán en capacidad de ::

- ❖ Identificar los componentes de la salud comunitaria y la participación social
- ❖ Describir sus funciones en la comunidad.

##### **Contenido**

#### **3. Componente de salud comunitaria**

##### **3. 1 Concepto**

##### **3.2. Objetivos**

##### **3.3.Situación de la salud comunitaria**

##### **3.4.Funciones del Equipo de salud**

a. Técnica educativa: Reflexión, Acción.

b. Dinámica: Discusión en grupo de lecturas escogidas

c. Evaluación: Analizar lectura escogida ( Individual)

d. Duración: 16 horas

### **Módulo N° 4**

#### **Participación Social**

##### **Objetivo:**

Al finalizar los participantes estarán en capacidad de :

- ❖ Definir la estrategia de participación social
- ❖ Describir la estructura organizativa de la participación social

##### **Contenido**

#### **4. Estrategia de participación social del Modelo**

##### **4.1 Problemática de la participación social**

##### **4. 2 Planeación y Conducción**

#### 4.3. Estructura organizativa

- a. Técnica Educativa. Charla, Socio drama
- b. Dinámica: Grupos de Discusión y lecturas escogidas
- c. Evaluación: Presentar numero de ONG publicas y privadas del sector bajo su responsabilidad ( trabajo grupal)
- d. Duración: 16 horas.

#### **Módulo N° 5**

##### **Salud Ecológica**

##### **Objetivo:**

Al finalizar los participantes estarán en capacidad de :

- ❖ Identificarán los componentes importantes de la salud ecológica

##### **Contenido**

#### 5. Componente de salud ecológica

##### 5.1. Concepto

##### 5.2 Problemática de la salud ecológica

##### 5.3 Situación Objetivo

##### 5.4. Funciones de las Instalaciones responsables.

- a. Técnica educativa: charla, demostración de láminas
- b. Dinámica: Grupos de Discusión, preguntas y demostración de láminas
- c. Evaluación: Analizar la problemática ecológica del área ( trabajo grupal)
- d. Duración: 16 horas

#### **Módulo N° 6**

##### **Organización de los Servicios de Salud**

##### **Objetivo**

Al finalizar el módulo los participantes estarán en capacidad de :

- ❖ Describir la organización de los servicios de salud
- ❖ Identificar las zonas sanitarias en la Región

## Contenido

### 6. Organización de los servicios

#### 6.1. Unidades de Atención Familiar

#### 6.2. Zonas sanitarias de desarrollo Integral

#### 6.3. Centros de Salud/ ULAPS

#### 6.4. Policentro

#### 6.5. Delimitación geográfica - poblacional

##### a. Técnica educativa: charla

##### b. Dinámica: Grupo de discusión, elaboración de Organización de los servicios de salud

##### c. Evaluación: Presentar la organización futura del sector de responsabilidad ( trabajo grupal)

##### d. Duración: 16 horas

## Módulo N° 7

### Sistema de Vigilancia de la Salud

#### Objetivo:

Al finalizar el módulo los participantes estarán en capacidad de :

- ❖ Identificar los elementos importantes de la organización de los recursos humanos y del Sistema de Vigilancia de la Salud

## Contenido

### 7. Organización de los recursos humanos

#### 7.1. Equipo básico de atención familiar y comunitaria

##### 7.1.1. Normas

##### 7.1.2. Procedimientos

##### 7.1.3. Funciones

### 8. Sistema de Vigilancia de la Salud

#### 8.1 Análisis de la situación de salud

#### 8.2. Evaluación

#### 8.3. Supervisión

- a. Técnica educativa: Charla
- b. Dinámica: Grupos de Discusión.
- c. Evaluación: elaboración del diagnóstico de área y presentación del mismo.
- d. Duración: 16 horas

### **7. Evaluación del Programa de Educación Permanente:**

Para la evaluación se considerarán las pruebas sumativas, la observación por cada módulo, que facilitará la medición del impacto de las acciones educativas; para la misma se construye los siguientes indicadores:

#### **7.1 Indicadores de Proceso:**

Número de horas utilizadas en la actividad x 100

Total de Horas programadas en la actividad

Número de veces que no se contó con el salón de conferencia x 100

Número de veces que se solicitó el salón de conferencia

Total de días utilizados para la realización del Programa x 100

Total de días programada según cronograma

Número de Participantes por módulo x100

Total de Personal que laboran en la Institución

Número de Participantes que completaron los siete módulos x100

Total de Personal que laboran en la Institución

Número de Auxiliares de enfermería que participaron en la actividad x 100

Total de Auxiliares de Enfermería que laboran en la Policlínica

Número de médicos que participaron en la actividad x100

Total de médicos que laboran en la Policlínica

Número de Enfermeras que asistieron a la actividad x 100

Total de enfermeras que laboran en la Policlínica

Numero de participantes con nivel de conocimiento Bueno x 100

Total de participantes

Número de participantes con nivel de conocimientos Regular x 100

Total de participantes

Numero total de participantes con nivel de conocimiento Pobre x 100

Total de Participantes

### 7.3. Indicadores de Resultado

Al terminar el proceso de educación de los primeros módulos, expuestos en este documento se deberá evaluar los resultados obtenidos en cuanto a los componentes del modelo así como, las funciones que desempeñan los funcionarios.

Numero de médicos, enfermeras y auxiliares de Enfermería, con evaluación excelente. X 100

---

Total de personal que participo en el programa educativo

Número de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería con evaluación regular x 100

Total de personal que participo en el programa educativo

Número de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería con evaluación pobre x 100

---

Total de personal que participo en el programa educativo

Los efectos del programa educativo se reflejarán en los indicadores de morbilidad y mortalidad debido a que los componente del modelo de atención, van encaminados a solucionar la problemática del área, entre los principales tenemos problemas de disfunción familiar, pobre salud comunitaria y del medio ambiente que se dan en la actualidad en Región de Salud de San Miguelito.

## **Conclusiones**

Al finalizar nuestro trabajo y de haber analizado los hallazgos del problema estudiado, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. Dentro de la información general, la edad promedio de los funcionarios que laboran tanto en el MINSA, como en la CSS, es de 38 años, con una desviación estándar de siete años y el mayor porcentaje del sexo femenino.
2. El estudio demuestra que los funcionarios que laboran en ambas instituciones tienen una media de tiempo de trabajar de 8 años con una desviación estándar de siete años, lo que indica que hay mucha variación en los años de laborar en estas instituciones.
3. La investigación muestra que los funcionarios que laboran en la CSS y el MINSA, y que desempeñan el cargo como: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, han recibido orientación sobre el Modelo de Atención.
4. Los resultados indican que el nivel de conocimiento de los funcionarios que laboran en ambas instituciones es de regular a pobre.
5. Los funcionarios de la CSS y del MINSA que desempeñan el cargo como médicos y enfermera, tienen un nivel de conocimiento de regular y el de la auxiliar de enfermería, pobre.
6. Los resultados de la investigación demuestran que la gran mayoría de los funcionarios que laboran en ambas instituciones del MINSA, recibieron orientación sobre el nuevo modelo de atención y obtuvieron un nivel de conocimiento de regular a pobre.

7. En las prácticas (fase I) los funcionarios de la CSS y el MINSA asistieron en su gran mayoría a charlas y seminarios, un menor número lee documentos, escucha o ven programas sobre el tema.
8. En la fase II menos de la mitad de los funcionarios que laboran en la CSS, han participado en programas de capacitación y orientación a grupos, a otras instituciones y comunidades; sin embargo un mayor número de funcionarios han participado conjuntamente con el grupo en la planeación y organización de la comunidad.
9. De acuerdo a los resultados de la fase III, más de la mitad de los funcionarios de la CSS, no participan conjuntamente con el equipo en el análisis de la situación de salud, formación de los Consejos de Familia y la organización de la comunidad, mientras que 45 funcionarios del MINSA, informaron que participan en el análisis de la situación de salud, sin embargo; un número mayor no participa en la formación de los Consejos de Familia y la organización de la comunidad.
10. En la última fase o fase IV, la mayoría de los funcionarios de la CSS y MINSA; conjuntamente con su equipo no han organizado su comunidad y no han obtenido logros de tipo familiar, comunitario y ambiental en la comunidad.
11. De acuerdo con el análisis de factores, los médicos de la CSS, tienen conocimiento regular, una actitud negativa hacia el factor modelo y realizan prácticas de la fase I y II. Las enfermeras tienen conocimiento regular, presentan actitudes favorables a los tres factores y han realizado prácticas de la fase I, II y IV. Las auxiliares de enfermería poseen conocimiento pobre, tienen actitud positiva al factor comunidad y realizan prácticas de la fase III y I.

12. El análisis de factores nos indica que de los funcionarios que laboran en el MINSA: los médicos tienen conocimiento regular, una actitud negativa al modelo y dentro de las prácticas realizan actividades de la fase III. Las enfermeras tienen un nivel de conocimiento regular y una actitud positiva a los tres factores; y las auxiliares de enfermería presentan un nivel de conocimiento pobre, una actitud negativa a los tres factores y no realizan prácticas de ninguna de las fases del modelo.
  
13. Los resultados de la investigación indican que no existe variación marcada en los conocimientos, actitudes y prácticas en los funcionarios que laboran en el MINSA y la CSS; más sin embargo hay enfermeras de ambas instituciones que tienen una actitud positiva hacia los factores que componen el modelo y realizan practicas de la fase I y II.
  
14. Los resultados indican que los funcionarios del MINSA están completamente de acuerdo en los siguientes aspectos: trabajo en equipo, trabajo con la comunidad los problemas y necesidades de la comunidad y promover la salud, mientras que los funcionarios de la CSS están de acuerdo solamente con el trabajo en equipo; sin embargo en ambas instituciones están completamente en desacuerdo con el número de población asignada y la ausencia de incentivos.
  
15. Dentro de las recomendaciones los funcionarios de ambas instituciones opinan que se capacite a los equipos básicos, se asigne los recursos necesarios para la implementación del modelo, menor número de población asignada, asignar mayor tiempo a las acciones, más divulgación y mercadeo del modelo en la comunidad.

## **Recomendaciones**

1. De acuerdo a los resultados que se han obtenido a través de la ejecución de la presente encuesta, se recomienda un estudio similar anualmente, a fin de hacer las comparaciones entre los resultados actuales y los que se obtendrán en dicha investigación.
2. Se debe aprovechar la existencia del instrumento de recolección de información que se ha utilizado en este estudio, el cual ha sido validado, para ser aplicado en otros periodos, considerando ciertas modificaciones de contenido, de acuerdo a los componentes del modelo que se desee evaluar.
3. La integración de la CSS y MINSA se hace necesario en los aspectos de capacitación al funcionario, para lograr un patrón similar en los conocimientos, actitudes y prácticas del modelo de atención y obtener una mayor eficiencia y eficacia de los programas educativos implementados.
4. Es importante tomar en cuenta los aspectos en los que están completamente de acuerdo, en desacuerdo y las recomendaciones, que sugieren los funcionarios hacia el nuevo modelo de atención.
5. Es necesario la medición periódica del impacto de los programas educativos y evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas, resultado de las acciones en la implementación del Nuevo Modelo de Atención, de manera que permita hacer los correctivos y adecuaciones necesaria al mismo, a corto plazo.
6. Consideramos que dentro de los aspectos más importante a trabajar, en la implementación del modelo es el aspecto educativo el que debe ser programada de acuerdo a las fases de ejecución.

7. Validar e implementar el Programa Educativo propuesto, el cual esta diseñado para incrementar y reforzar conocimientos, contribuir a cambiar creencias y actitudes ante la implementación del Nuevo Modelo de Atención.
8. Reactivar la evaluación del desempeño a todo el recurso humano, tanto a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, e institucionalizar una evaluación única que permita evaluar su desempeño y producción.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALVARADO, E.L., CANALES, F.H., y PINEDA, E.B., 1994. Metodología de la Investigación. Segunda Edición. OPS/OMS. Estados Unidos. 225 págs.
- ANGUERA, M. T. 1978. Metodología de la Observación en la Ciencias Humanas Segunda Edición. Ed. Cátedra. Madrid, España. 138 págs.
- ANONIMO. 1972. Constitución Política de la República de Panamá. Panamá. 155 págs
- ANONIMO. 1999. Estadísticas Vitales. Dirección de Estadísticas y Censo de la Contraloría de Panamá. 57 págs.
- ANONIMO. Ministerio de Salud, Región de Salud de San Miguelito. 1997. Propuesta de Modelo de Atención de Salud Familiar, Comunitario y Ecológico. Panamá. 130 págs.
- ANONIMO. 1993. Invertir en Salud. Informe sobre el Desarrollo Mundial. Banco Mundial. Washington, Estados Unidos. 144 págs.
- ANONIMO. 1999. Informe del MIPPE sobre nivel de vida, 1997 y Censos Nacionales de Población y vivienda. Panamá, 25 págs.
- ANONIMO. 1999. Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Documento Preliminar. Panamá. 5 págs.
- ANONIMO. 1992. Programa 21. Documento A/ conferencia 151/26, Vol. I. Estadísticas Vitales. Panamá. 123 págs.
- ANONIMO. 1990. La Participación Social. Serie HSD/ Silos-3. Organización Panamericana de la Salud (OPS ). Washington, D.C. 89 págs.
- ANONIMO. 1995. Los desafíos de la Salud Ambiental. Volumen 3. Cuadernos de la Representación en Panamá. OPS/ OMS a. Panamá. 102 págs.
- ANONIMO. 1995. Visión del Futuro: Renovación y Reforma. Volumen 4-5 Cuadernos de la Representación en Panamá. OPS/ OMS b .Panamá. 89 págs

- ANONIMO. 1996. Salud y Desarrollo Local: Los Municipios Siglos XXI. Volumen VI. Cuadernos de la Representación en Panamá. OPS/ OMS c.Panamá. 68 págs.
- ARIAS GALICIA, F. 1990. Administración de Recursos Humanos. Segunda reimpresión. Editorial Trillas. México. 535 págs.
- BROWN, W., y MOBERG, D., 1983. Teoría de la Organización y la Administración Enfoque Integral. Primera Edición. Ed. Limusa. México. 648 págs.
- BLUM, M., y NAYLOS, j., 1988. Psicología Industrial: sus Fundamentos Teóricos y Sociales. Tercera Edición. Editorial Trillas. México. 624 págs.
- CASTILLERO, M. y ROSAS, T. 1997. Formación para Instructores de Capacitación. Consulting Plus. Panamá. 165 págs.
- CHAVENATO, I. 1994. Administración de Recursos Humanos. Segunda Edición. Ed. McGraw Hill. México. 499 págs.
- DAVIS, K., y NEWSTRON, M. J. 1991 Comportamiento Humano en el Trabajo Comportamiento Organizacional. Octava edición. Ed. M Graw Hill, México. 734 págs.
- DEVER, A. 1991. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. OPS/OMS. Aspen Publishers, Maryland. Estados Unidos. 417 págs.
- FREEMAN, R. E., GILBERT, D., y STONER, J., Administración. Sexta Edición. Prentice – Hall Hispanoamericana, S. A. Mexico. 798 págs.
- GINNE, K. K. 1980. Enseñanza de Enfermería, Objetivos y Método. Primera edición. Ed. Interamericana. México. 688 págs.
- HADDAD, J., CLASEN, M.A., y DIVINI, M.C. 1994. Educación Permanente de Personal de Salud. OPS/OMS. Serie desarrollo Recursos Humanos N° 100. Washington, D.C. Estados Unidos. 247 págs.
- HYMAZN, H. 1968. Diseño y Análisis de las encuestas sociales. Primera Edición. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. 531 págs.
- HUNGLER, B., y POLIT, D. 1994. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Cuarta Edición. ED. Interamericana. México. 701 págs.
- LALONDE, MARC. 1974. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Health and Welfare. Canadá. 102 págs.

- MATAMORO, G. 1995. Capacitación para la Gestión Social de Proyectos Sociales. Documento Preliminar. Programa Ruta Social. Honduras. 105 págs.
- MCMAHON, R. BARTON, E., y PIOT, M. 1997. Guía para la Gestión de la Atención Primaria de Salud. OPS/OMS. Segunda edición. Washington, Estados Unidos. 472 págs.
- RIVERA, A.L. 1994. Lineamiento Políticos y Estratégicos de Estrategias de Salud. Primera Edición. MINSA, Panamá. 71 págs.
- PAGANINI, J. M., y CAPOTE, R. 1990. Los Sistemas Locales de Salud, Conceptos Métodos Experiencias. OPS/ OMS Segunda Impresión. Washington, D.C. Estados Unidos. 742 págs
- PURCALLAS, D. 1992. Transformación Estratégica en Recursos Humanos en Salud. Publicación Especial. OPS / OMS. San José, Costa Rica. 312 pág.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. 1999. Diccionario de la Lengua Española, Vigésima primera edición, Editorial Espasa Calpe, S.A. España. 2133 págs.
- ROVERE, M. 1992. Capacitación Avanzada en el Desarrollo de Recursos Humanos. Aportes a una Metodología de Planificación Estratégicas de Recursos Humanos en Salud. Vol. 2. OPS/OMS. Washington, D.C. Estados Unidos. 110 págs.
- SANCHEZ HIDALDO, E. 1979. Psicología Educativa. Primera edición. Ed. Universitaria. Puerto Rico. 167 págs.
- STONER, j., FREEMAN, R.E. y GILBERT, D. 1997. Administración. Sexta edición. Prentice - Hall Hispanoamericana, S.A. México. 688 pág.
- STEPHEN, M. 1981. Técnica para el Cambio Organizacional. Segunda Edición. Ed.. McGraw Hill. México. 256 págs.
- WETHER, W. B. 1994. Administración de Personal y Recursos Humanos. 3ra Edición. Ed. Mc Graw Hill. México. 590 pág
- ZURRO, M. P., y CANO PÉREZ J.F., C. 1999. Atención Primaria Conceptos, Organización y Práctica Clínica. Vol. 1. Editorial Harcourt, S.A. 4ta edición, España. 1729 págs.

## **Bibliografía Electrónica**

<http://www.palemo.edu.Atr/print/imagen/pbr/pbr100/pbr113.htm>

DAVIDSON, G. VASQUEZ M., 1997. La capacitación del personal para el cambio organizacional.

<http://www.leadids.com/luis.htm>

KARPF, LUIS 1997 ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA DEL 2000.

## **Entrevistas**

Entrevista al Dr. Reynaldo Holder, Director de la Región de San Miguelito. Sobre los aspectos de conocimientos, actitudes y prácticas, en la implementación del nuevo Modelo de Atención. Enero. 1999.

Entrevista al la Licda. Mayanin Rodríguez, Jefe del Departamento de Provisión de los Servicios de la Región de San Miguelito. Sobre los conocimientos, actitudes y practicas en la implementación del nuevo modelo. Mayo, 1999.

Entrevista al Sr. Roberto Moreno. Jefe del Departamento de Promoción de la Salud de la Región de San Miguelito: sobre los conocimientos y prácticas hacia el nuevo modelo de atención. Enero 1999.

Entrevista a la Licda. Amanda Blanco. Jefe del Departamento de Recursos Humanos de la Región de San Miguelito. Sobre la capacitación del Recurso Humano en la implementación del nuevo modelo de atención mayo 1998.

Entrevista al Dr. Carlos Pérez. Encargado del enlace CSS - MINAS en la implementación del nuevo modelo de atención región de San Miguelito. Sobre los componentes del nuevo modelo de atención. Enero 1999.

Entrevista al Dr. Cosme Trujillo. Sub Director Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas de la Caja de Seguro Social. Sobre la implementación del nuevo modelo en la Caja del Seguro Social.

**Entrevista al Dr. Batista. Director de la Policlínica Manuel María Valdés. Asunto el recurso humano de la Caja de Seguro Social ante la implementación del nuevo modelo de atención.**

*Asesorías brindadas*

**Asesoría Dra. Reyna Roa. Profesora de la Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina Universidad de Panamá. Estructuración del proyecto de tesis.**

**Asesoría del Prof. Daniel Sánchez. Profesor de la Escuela de Estadísticas, Facultad de Matemáticas. Aspectos de análisis estadístico multivariado.**

**Asesoría del Profesor Javier Trejos. Profesor de Estadística de la Universidad de Costa Rica. Aspectos de análisis de estadística multivarida.**

**Asesoría de la Prof. Edenis Gómez. Profesora de Español. Universidad de Panamá. Aspectos de redacción y ortografía de tesis.**

**Asesoría Prof. Emma de Krafft. Profesora Vice Rectora Académica de la UNIEPA**

**ANEXO**

**ANEXO 1**  
**Cuestionario**

I. Generalidades: (Coloque en el espacio correspondiente los datos solicitados.)

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo: \_\_\_\_\_
3. Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_
4. Tiempo que tiene de trabajar en ésta institución: \_\_\_\_\_
5. Tiempo de laborar en el centro de Salud o ULAPS \_\_\_\_\_
6. Ultimo grado académico obtenido: Secundaria  Técnico   
Universidad  Postgrado  otros \_\_\_\_\_
7. Donde realizo sus estudios profesionales de salud \_\_\_\_\_
8. Ha recibido orientación sobre el Nuevo Modelo de Atención  
Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
9. Tipo y número de capacitación recibida  
Charla: \_\_\_\_\_  
Seminarios: \_\_\_\_\_  
Seminarios talleres: \_\_\_\_\_

II. Encierre en un círculo la respuesta que considere correcta:

1. El nuevo Modelo contempla los aspectos de:
  - a) La familia.
  - b) La comunidad, la familia y la ecología. ®
  - c) La comunidad.

2. El equipo básico está constituido por:
  - a) médico, enfermera, aux. de enfermería y vigilante de la salud. ®
  - b) médico, enfermera y odontólogo.
  - c) médico, enfermera y vigilante de salud.
3. El equipo básico tiene las siguientes funciones:
  - a) Brindar acciones de promoción, prevención y vigilancia de la salud Poblacional y ambiental.
  - b) Planificar y organizar a las comunidades.
  - c) todas las anteriores ®
4. El modelo tiene como base fundamental:
  - a) El centro de salud
  - b) La familia ®
  - c) La familia y los equipos básicos
5. El Modelo está organizado en:
  - a) Comunidades
  - b) Por sectores que comprenden zonas ®
  - c) Regiones
6. Dentro del Modelo de Atención es vital la:
  - a) Participación del equipo de salud
  - b) La participación social
  - c) todas las anteriores ®

7. El Modelo de Atención es conocido con el nombre de:
- a) Nuevo Modelo de Atención para fomentar la salud
  - b) Modelo de Atención de Salud familiar, Comunitario y Ambiental.®
  - c) Modelo de Atención de San Miguelito
8. El nuevo Modelo de Atención beneficia a:
- a) La familia y la comunidad
  - b) A toda la población en general
  - c) todas las anteriores®
9. A cada equipo básico le corresponde más o menos:
- a) 10 a 25 familias
  - b) 1000 a 2000 familias
  - c) 1,000 familias ®
10. El Historial o Expediente dentro de la atención del nuevo modelo de atención es
- a) Historia clínica individual
  - b) Historia familiar
  - c) Carpeta clínica
11. La visita domiciliaria según el nuevo modelo permite:
- a) Evaluar en su contexto a la familia ®
  - b) Proveer una atención de calidad
  - c) Mantener el concepto de continuidad

12. El objetivo principal del Modelo de Atención es:
- a) Brindar servicios de promoción, prevención y recuperación
  - b) Desarrollar comunidades saludables y elevar el nivel de salud de los grupos humanos
  - c) Formular y ejecutar proyectos y programas.
13. Para lograr la solución de problemas en la comunidad se requiere de:
- a) Planificar las intervenciones de salud
  - b) Ejecutar actividades
  - c) todas las anteriores ®
14. El Modelo de Atención de Salud de San Miguelito actúa sobre la base de alcanzar
- a) El desarrollo humano y ambiental sostenible ®
  - b) Participación social
  - c) Servicios de salud
15. La participación social es importante porque:
- a) Permite enfrentar la iniquidad socio - sanitaria que se en manifiesta la marginación y postergación social ®
  - b) Facilita la investigación en conjunto con la comunidad
  - c) Presta atención a los problemas de salud
16. El sistema de vigilancia de la salud comprende:
- a) La recopilación, análisis, interpretación y divulgación
  - b) La planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública
  - c) Seguimiento de la situación de salud en la comunidad ®

17. Las área que tiene mayores problemas identificados es.
- a) En la población y los estilos de vida
  - b) El ambiente y los servicios de salud
  - c) Todas las anteriores ®
18. Las normas de atención, según el modelo de atención son:
- a) Normas de atención de cada programa
  - b) Normas de salud integral para la población y el ambiente ®
  - c) Normas de cada departamento
19. El equipo de salud debe laborar conjuntamente:
- a) solo con los comité de salud
  - b) solo con los vigilantes para la salud
  - c) con toda las comunidades que le corresponden ®
20. Cada funcionario del equipo de salud:
- a) trabaja independientemente
  - b) Conjuntamente con el resto de los integrantes del equipo de salud ®
  - c) Trabaja con su comunidad

Nota : ® respuestas correctas al cuestionario

Coloque un gancho (✓) a la respuesta elegida.

	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Considero que los componentes del nuevo modelo satisfacen las necesidades de mi sector.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me siento satisfecho de participar en las actividades de la comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me agrada brindar servicios integrados de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me gusta trabajar con la gente y para la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me agrada el trabajo polifuncional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Al realizar un trabajo en equipo logramos mejores resultados que trabajando cada cual individualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Siento que logro éxitos en salud al solucionar las necesidades que tiene mi comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me siento satisfecho con la capacitación que recibo acerca del Nuevo Modelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Me agrada       
trabajar con los componentes  
que desarrolla el nuevo modelo  
de atención

10. A través del trabajo       
en equipo logro conocer  
a mis compañeros  
como personas.

## IV. Práctica:

En cada criterio coloque un gancho (✓) en la columna de la actividad que usted ha realizado en los últimos tres meses, si no lo ha realizado durante este periodo, indique su observación.

CRITERIO	REALIZA	NO REALIZA	OBSER.
<p>I. FASE</p> <p>1. Asiste a docencias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- charlas</li> <li>- seminarios</li> <li>- seminario taller</li> </ul> <p>2. Se documenta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lee el documento sobre el Modelo de Atención</li> <li>- Escucha o ve programas sobre el Modelo de Atención</li> </ul>			
<p>II. FASE</p> <p>1. Participa en los programa de capacitación y orienta a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrantes del equipo</li> <li>- En otras instituciones</li> <li>- Comunidades</li> </ul> <p>2. Participa conjuntamente con el equipo en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planeación y organización de la comunidad</li> </ul>			
<p>III. FASE</p> <p>1. Participa conjuntamente con el Equipo en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Análisis de la situación de salud</li> <li>- En la formación de Consejos de Familia</li> <li>- En la organización de la Comunidad</li> </ul>			

CRITERIO	REALIZA	NO REALIZA	OBSER.
<p>IV. FASE</p> <p>1. Conjuntamente con su equipo ha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizar a todas sus comunidades</li> <li>- Cada comunidad tiene un Consejo de Salud Familiar</li> <li>- Brinda asesoría a las comunidades organizadas</li> </ul> <p>2. Logros obtenidos en las comunidades según el análisis de situación realizado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiar</li> <li>- Comunidad</li> <li>- Ecológico</li> </ul>			



UNIVERSIDAD DE PANAMA  
FACULTAD DE MEDICINA

Doctor  
REYNALDO HOLDER  
Director Regional de Salud  
Distrito de San Miguelito  
Ministerio de Salud  
E. S. D.

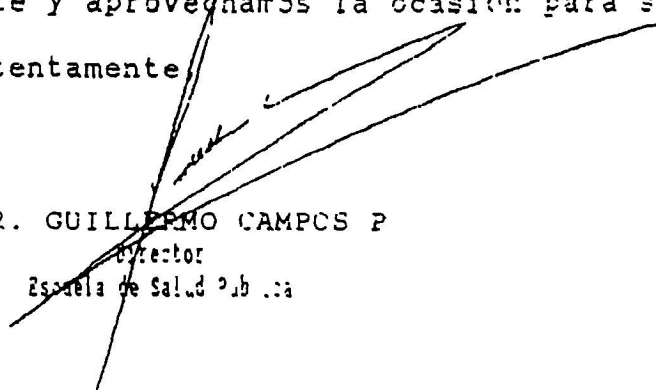
Estimado Señor Director:

La presente es para solicitarle su autorización para que la Lic. GRISELDA GONZALEZ estudiante del VII CURSO DE MAESTRIA EN SALUD PUBLICA pueda obtener información sobre los Recursos Humanos que laboran en la Región que usted dirige

La información que le suministren a la Lic. González será gran utilidad para la realización de una investigación que se le asignó en la Cátedra de Metodología de la Investigación que se dicta en el segundo semestre del plan de estudio de la Maestría en Salud Pública.

Agradecemos de antemano la atención que le brinde a la presente y aprovechamos la ocasión para saludarlo

Atentamente

  
DR. GUILLERMO CAMPOS P  
Director  
Escuela de Salud Pública

/ahg

"1977 - Vigésimo Aniversario de los Tratados Torrijos Carter -1997"

CIUDAD UNIVERSITARIA OCTAVIO MENDEZ PEREIRA

Panamá, 28 de septiembre de 1999.

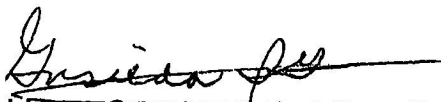
Doctor  
Reynaldo Holder  
Director Regional de Salud  
Distrito de San Miguelito  
Ministerio de Salud

Estimado Señor Director

La presente es para solicitarle su autorización para que la **Licda. Griselda Isabel González**, estudiante del VII Curso de Maestría en Salud Pública, de la Facultad de Medicina, Universidad de Panamá, aplique el instrumento de la investigación, Conocimientos, Actitudes y Prácticas a los equipos básicos que laboran en el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social, ante la implementación del Nuevo Modelo de Atención de Salud, en el Distrito de San Miguelito, que le permitirá optar por el título de Maestro en Salud Pública

El instrumento se aplicará a los equipos básicos que laboran en los Centros de Salud de San Isidro y Chilibre, y a nivel de la Caja de Seguro Social se aplicará en la ULAPS de Las Cumbres y de San Cristóbal

Atentamente,



Licda. Griselda Isabel González  
Estudiante de la Maestría de Salud Pública

Panamá, 28 de septiembre de 1999

Doctor  
Cosme Trujillo Jaén  
Sub - Director Nacional de los servicios y prestaciones médicas  
área Metropolitana y San Miguelito  
Caja de Seguro Social

Estimado Doctor Trujillo :

La presente es para solicitarle su autorización para que la **Licda. Griselda Isabel González**, estudiante del VII Curso de Maestría en Salud Pública, de la Facultad de Medicina, Universidad de Panamá, aplique el instrumento de la investigación, Conocimientos, Actitudes y Prácticas a los equipos básicos que laboran en el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social, ante la implementación del Nuevo Modelo de Atención de Salud, en el Distrito de San Miguelito, que le permitirá optar por el título de Maestro en Salud Pública.

El instrumento se aplicará a los equipos básicos que laboran en los Centros de Salud de San Isidro y Chilibre ; y a nivel de la Caja de Seguro Social se aplicará en la ULAPS de Las Cumbres y de San Cristóbal.

Atentamente,

  
**Licda. Griselda Isabel González**  
Estudiante de la Maestría de Salud Pública

Panamá, 12 de octubre de 1999

Doctor  
Jorge Gamboa  
Director General de Salud  
Distrito de San Miguelito  
Ministerio de Salud


Estimado Director,

La presente es para solicitarle su autorización para que la Licda Griselda Isabel González, estudiante del VII Curso de Maestría en Salud Pública, de la Universidad de Panamá, aplique el instrumento de la investigación Conocimientos, Actitudes y Prácticas a los equipos básicos que laboran en el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social ante la implementación del Nuevo Modelo de Atención

El instrumento se aplicará a los integrantes de los equipos básicos que laboran en los Centros de Salud y la Unidades Atención que se ubican dentro del Distrito.

Agradecemos de antemano la atención a esta nota

Atentamente,

  
Licda Griselda Isabel González  
Estudiante de la Maestría de Salud Pública  
Universidad de Panamá