

MINISTERIO DE SALUD



**DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN**

UNIDAD DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (UGAF)

FORIS

**GUÍA: DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA
Y PLAN DE TRABAJO PARA EL ABORDAJE
INTEGRAL DE LAS PERSONAS, ASIGNADAS
AL OFERENTE, POR CICLO DE VIDA. PARA
CADA GRUPO POBLACIONAL.**

2019

Descripción de la metodología y plan de trabajo para el abordaje integral de las personas, asignadas al oferente, por ciclo de vida.

I. Introducción

1. **Descripción de la metodología para la implementación:** Para elaborar su plan de trabajo debe tener claros los conceptos asistenciales básicos que intervienen en el desarrollo y dirección de la prestación de servicios. El equipo debe considerar como ejecutar la prestación para alcanzar los objetivos de salud que el Ministerio se ha trazado con este programa. Debe considerar además en el desarrollo de su plan de trabajo: el territorio, su geografía, las comunidades de responsabilidad, aspectos de interculturalidad, las personas por tramo de edad que debe atender de acuerdo a las fichas técnicas integrales de atención, modelo de atención y de organización de los servicios, recursos que requerirá para la ejecución (activos, materiales médico quirúrgico, medicamentos, etc), los recursos humanos, la formación de los mismos en el programa, como asegurará la continuidad de la atención con los otros dispositivos de red de servicios, sistemas de información, SURCO, potenciar la participación de la plataforma comunitaria .
2. **Plan de Trabajo.** Luego de realizada la reflexión anterior debe elaborar su plan de trabajo. Para esto le suministraremos, en la web, un formato estandarizado que deben utilizar. El **FORMULARIO 1** deberá utilizarlo para la planificación, organización y administración de tareas y recursos necesarios (actividades, insumos médico quirúrgicos, equipos médicos y no médicos) para llevar a cabo la prestación de servicios para cada una de las fichas integrales de atención por ciclo de vida.
3. **Ejecución del trabajo:** Preparación del inicio de la prestación, organizar los recursos, evaluar el estado para iniciar la prestación, y ejecutar.
4. **Monitoreo y evaluación de la ejecución.** Planificar significa hacer una previsión de lo que queremos que ocurra, si no hacemos monitoreo y si no evaluamos no tenemos forma de saber que tan cerca o alejados estamos de nuestro objetivo. La inercia de las organizaciones nos puede llevar por caminos inciertos. Una gestión eficaz es aquella que es capaz de saber que esta pasando en todo momento y se anticipa corrigiendo el rumbo para que no nos alejemos del objetivo final: mejorar el acceso de nuestra población, ofrecer una atención integral, mejorar el estado de salud de las personas.
5. **Recomendaciones.** a) Revisar el Reglamento Operativo. b) Revisar las estadísticas sociodemográficas y de salud del MINSA y Contraloría General de la República. c) Revisar la información relativa al territorio, geografía, datos demográficos, socio económicos y de salud (saneamiento ambiental, prevención, promoción, educación en salud) de su territorio de responsabilidad. d) Revisar exhaustivamente las fichas integrales de atención por ciclo de vida que forman parte de la cartera de prestaciones priorizadas. e) Conocer y manejar el SIEEC. f) Conocer y manejar el SIREGES. g) Conocer todo el material educativo que debe utilizar en sus actividades de promoción y prevención. h) Conocer todos los formularios del expediente clínico por ciclo de vida que estarán disponibles en la web.

II. Contenido mínimo que debe incluir en este plan

1. **Presentación del documento. PORTADA.** La portada o carátula del **Plan de Trabajo** debe ofrecer los datos básicos que permitan identificar al prestador: Nombre del Prestador. N° de Contrato / Convenio de Gestión. Región de Salud. Grupo Poblacional. Período de Prestación (fecha de inicio y fin). Dirección y medios de contacto (teléfono, fax, correo electrónico). Una vez completado en la matriz correspondiente deberá estar disponible en la web en la fecha establecida por la UGSAF.
2. **Descripción de su metodología de abordaje, nudos críticos y como los abordará para poder cumplir con los objetivos del programa.** Debe explicar en no más de dos páginas su metodología de trabajo para abordar la ejecución de la prestación.

3. **Plan de trabajo para cada GP:** es la organización estratégica, operativa de la prestación para el logro de la atención integral y que se realiza para todo el año. En nuestro caso el plan de trabajo debe estar enfocado a desarrollar las actividades e intervenciones que han sido descritas en las 19 fichas de atención. El análisis de las fichas, por parte del equipo de salud, permitirá que la programación de actividades, estimación de necesidad de recursos, estrategias de comunicación para que la población acuda a las rodas, este enfocada y dirigida a pensar en que he de hacer (yo como equipo de gestión) y que orientar a los equipos básicos de salud en términos de cumplir integralmente con las acciones que debemos proporcionar a cada persona de acuerdo a su ciclo de vida. La planificación operativa apoyada en el SIREGES, a partir de los listados nominalizados de las personas de acuerdo al ciclo de vida, les permitirá saber a que persona en concreto debo ir a buscar en cada ronda para completar no solo el primer contacto si no también en rondas posteriores y así realizar el seguimiento de las intervenciones que deben recibir.

En el **módulo de planificación del SIREGES**, está disponible en la **web** y en él encontrará una **guía para elaborar el plan de trabajo** que podrá consultar para guiarse. Además, estará disponible para descargar el **FORMULARIO 1**. Este formulario consta de dos partes que debe llenar. Una parte donde describe su metodología de abordaje para alcanzar con éxito los objetivos del programa y la otra es un Excel que descargará y llenará siguiendo las instrucciones proporcionadas. Una vez concluido y de acuerdo a las fechas de entrega establecidas, deberá subirlo a la web. A partir de este momento las evaluadoras que acompañan su región procederán a su revisión.

- 3.1 **Formulario 1:** Deberá llenar el formulario 1 disponible en la web y que contiene los siguientes apartados.

a) describir en no más de dos páginas la metodología de abordaje, b) matriz para la elaboración del plan de trabajo por cada GP.

Parte a:

1. Descripción de su metodología de abordaje, nudos críticos y como los abordará para poder cumplir con los objetivos del programa. (no más de dos páginas)

Parte b: Matriz para la elaboración del plan de trabajo por cada GP

Ámbitos de planificación (19 fichas integrales de atención)	Actividades descritas en la ficha	Población según ficha	Objetivos (donde estamos y a donde queremos llegar) expresión cuantificada del resultado de salud deseable o alcanzable en %	Número = expresión cuantificada anual de las intervenciones o acciones que deberá desarrollar.	Cronograma / fecha y cuantos por ronda						Responsable (texto)
					R1	R2	R3	R4	R5	R6	
Atención a la mujer embarazada (ficha 2)	Convocatoria a ronda										
	Inscripción										
	Controles del embarazo	100	100%	400 controles							
Atención integral del adolescente de 15 a 19 (ficha 9)											
Total de población											

- a) **Ámbito de planificación (19 fichas integrales de atención)**
- b) **Actividades descritas en la ficha**
- c) **Población según ficha (19)**
- d) **Objetivos que espera alcanzar durante el año**
- e) **Número como cantidad de acciones o intervenciones que debe desarrollar durante el año para dar una atención integral a las personas según ficha y ciclo de vida.**
- f) **Cronograma de actividades: cuantas actividades de primer contacto y cuantas de seguimiento tiene que realizar por ronda**
- g) **Responsables de las actividades**

3.2 **Descripción de las columnas de la matriz de planificación**

- **Columna 1:** ámbito de planificación. Coloque la ficha en la que iniciará el proceso de planificación de actividades. Son 19 fichas en total.
- **Columna 2:** Actividades descritas en las fichas de atención, se colocan una debajo de la otra.

- **Columna 3:** a partir de la distribución que hizo de la población por fichas de atención coloque la población objetivo de cada ficha.
- **Columna 4:** objetivo cuantificable y medible que quiere lograr en el año de prestación. Lo razonable sería saber de dónde parto para el objetivo sea factible y alcanzable.
- **Columna 5:** Coloque la cantidad de acciones que debe realizar de acuerdo a lo que está descrito en la ficha y que parte de las normas integrales de atención del MINSA. Ejemplo si tengo 100 embarazadas, la cantidad de controles con 4 por año lo que daría un total de 400 controles año.
- **Columna 6:** distribuya estas actividades según si es primer contacto en el año y contactos subsiguientes que esta persona debe recibir en el año. Ejemplo: una gestante debe tener un primer control de captación temprana, en el año de prestación debería recibir al menos 4 controles más junto con otras acciones. ¿Que estrategias utilizará para asegurar la continuidad de la atención a estas personas, para que tengan sus cuatro controles y en que fechas programará usted hacerlos? ¿Como asegurará que esta persona asista a sus controles de salud?
- **Columna 7:** Responsable de la actividad

3.3 Conceptos columnas 1, 4 y 5

- a. Columna 1: Fichas integrales de atención por ciclo de vida

Tabla 1: Criterios poblacionales para la las fichas integrales de atención

Ficha No. 1: Atención Integral de la Mujer Adulta de 15 a 49 años
Ficha No. 2: Atención Integral de la Mujer Embarazada
Ficha No. 3:: Atención Integral del Parto
Ficha No. 4: Atención Integral del Neonato
Ficha No. 5: Atención Integral del Puerperio
Ficha No. 6: Atención Integral del menor de 2 años (niños entre 28 días y 24 meses)
Ficha No. 7: Atención Integral del menor entre 2 y 5 años
Ficha No. 8: Atención Integral del Escolar 5 a 9 años
Ficha No. 9: Atención Integral del Adolescente 10 a 19 años (mujeres de 10 a 14 años; hombres de 10 a 19 años)
Ficha No. 10: Atención Integral del Adulto (Mujeres de 50 a 59 y Hombres de 20 a 59 años)
Ficha No. 11: Atención Integral del Adulto Mayor 60 años y más
Ficha No. 12: Atención Integral del ambiente y fortalecimiento de la plataforma comunitaria

Tabla 2: Criterios poblacionales para la las micro fichas para problemas de salud pública prioritarios

Ficha No. 13: MICROFICHA A: Promoción, Prevención y Detección Temprana del VIH
Ficha No. 14: MICROFICHA B: Atención Integral del paciente con Diabetes
Ficha No. 15: MICROFICHA C: Atención integral del paciente con Hipertensión Arterial
Ficha No. 16: MICROFICHA D: Identificación de casos sospechosos y referencia del paciente con Leishmaniasis
Ficha No. 17: MICROFICHA E: Diagnóstico y control de la Malaria
Ficha No. 18: MICROFICHA F: Detección del Sintomático Respiratorio y referencia
Ficha No. 19: MICROFICHA G: Detección y referencia de casos sospechosos de Enfermedad de Chagas

- b. Columna 4: Conceptos sobre formulación de los objetivos: Para una correcta formulación de los objetivos es necesario elaborar una línea de base, es decir, disponer de los datos (indicadores) de la situación inicial del problema de salud y de las condiciones, previa a la puesta en marcha de la intervención, de tal manera que puedan fijarse metas y medirse su alcance en el futuro. Por lo tanto, es preciso conocer la distribución, extensión e impacto del problema de salud seleccionado y de sus determinantes en la población diana y, también, identificar el nivel y las características de aplicación de las actividades que conforman la intervención priorizada en dicha población.

Un objetivo en términos de salud puede definirse como la expresión cuantificada del resultado de salud deseable o alcanzable (o, también, del funcionamiento óptimo de un servicio de salud), en un período de tiempo determinado.

Hay distintos niveles de objetivos, desde los más globales a los más concretos. Cabe distinguir entre objetivos generales y específicos, que formalizan el resultado global perseguido, y objetivos operativos, que están relacionados con actividades o servicios determinados.

- Un objetivo general es la expresión cuantificada del estado de salud más alto que se quiere alcanzar en relación a un problema de salud, en un período de tiempo determinado; se define a medio o largo plazo y expresa el resultado global deseado en términos de salud.
- Los objetivos específicos son la expresión cuantificada de los resultados directos perseguidos con la intervención, para un período de tiempo determinado, generalmente a corto plazo.
- Los objetivos operativos (a veces llamados metas) expresan, mediante el nivel fijado, el compromiso de desarrollo de las actividades o servicios que comprende la intervención y que se precisan para alcanzar el resultado en salud deseado.

La formulación de un objetivo debe contener, pues:

- La dimensión del cambio esperado
- La unidad de medida que hay que utilizar para valorarlo
- El período de tiempo en el que debe alcanzarse
- La población y el área geográfica en las que se pretende conseguir

La formulación de los objetivos tiene que ser ambiciosa; sin embargo, esta característica no ha de impedir que los objetivos sean, a la vez, claros, sencillos, coherentes con los efectos esperados de la intervención, realistas, cuantificados, temporizados (referidos a un período de tiempo determinado), mesurables y evaluables.

- c. Columna 5: Intervenciones / actividades que deben ofertar a cada persona en el año de prestación: Para el abordaje de los problemas que se han identificado y jerarquizado, existe un conjunto de intervenciones que ya han sido descritas en las fichas integrales de atención. Debe identificar nominalmente a las personas de acuerdo a los tramos de edad que forman parte de un ciclo de vida y a las que tendrá que ofertar un conjunto de intervenciones a lo largo del año. Cuantifíquelas: cantidad de intervenciones por persona integralmente atendida de acuerdo al ciclo de vida y a lo que esta definido en la ficha de atención.

Nota. Para la elaboración de todos los planes solicitados deberá remitirse como mínimo a la siguiente documentación: Normas de Atención, Protocolos de Atención de la EEC, Fichas Técnicas por ciclo de vida, Contigo, Negociación, ASIS, comunicación efectiva en las comunidades, cosmovisión, interculturalidad, modalidades de capacitación a personal de salud y para los actores comunitarios el siguiente temario: Contigo, pertinencia cultural, metodologías participativas, herramientas para realizar una visita domiciliaria, comunicación eficaz, materiales educativos de contigo. Los modelos de guías educativas, materiales educativos, fichas técnicas, protocolos de atención de la CPP, normas etc. serán proporcionados por el MINSA.