

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS

**DESEMPEÑO DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN
MATERNO NEONATAL EN CENTROS DE CONVERGENCIA FORTALECIDOS**

BRENDA ANTONIETA MENDEZ HERNANDEZ

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrados de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal
Septiembre 2014

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS

**DESEMPEÑO DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN
MATERNO NEONATAL EN CENTROS DE CONVERGENCIA FORTALECIDOS**

BRENDA ANTONIETA MENDEZ HERNANDEZ

Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrados de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal
Septiembre 2014



Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Licenciada: Brenda Antonieta Méndez Hernández.

Carné Universitario No.: 200321380

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Artes en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis **"Desempeño del Personal Auxiliar de Auxiliar de Enfermería en la Atención Materno Neonatal en los Centros de Convergencia Fortalecidos"**.

Que fue asesorado: Licda. Enma Judith Porras Mg.

Y revisado por: Licda. Rutilia Herrera Acajábón Msc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para septiembre 2014.

Guatemala, 25 de agosto de 2014


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409
Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Licenciada:

Rutilia Herrera Acajabón MSc.
Coordinadora Específica
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Licenciada Herrera:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del informe final de tesis con el título "Desempeño del personal auxiliar de enfermería en la atención materno neonatal en los centros de convergencia fortalecidos" de Brenda Antonieta Méndez Hernández, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;

Licenciada Enma Judith Porras Marroquín MA.
Asesor de Tesis
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Doctor

Luis Alfredo Ruíz Cruz MSc.

Coordinador General, Maestrías y Especializaciones

Escuela de Estudios de Postgrado

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala.

Doctor Ruíz:

De manera atenta me dirijo a usted que revise el contenido del informe final de tesis con el título "Desempeño del personal auxiliar de enfermería en la atención materno neonatal en los centros de convergencia fortalecidos" de Brenda Antonieta Méndez Hernández, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;

Licenciada Rutilla Herrera Acajón de Acajón

Revisor de Tesis

Coordinación Específica

Escuela de Estudios de Postgrado



NOTA DE AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Enfermería de Guatemala agradece en grande manera a la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo –AECID- y a la Fundación Para El Desarrollo de Enfermería –FUDEN-, España. El apoyo brindado al conceder 30 becas a Licenciados en Enfermería de Alta y Baja Verapaz para nuestra formación como Maestros en Enfermería Materno Neonatal.

Quienes hemos alcanzado las competencias para el desarrollo en todos los ámbitos de la salud materno neonatal, desarrollo local, investigación y gerencia de los servicios en cualquiera de los niveles de atención.

Presentamos nuestros respetos y gratitud a tan prestigiosa Agencia y Fundación, quedando con el compromiso de trabajar por el desarrollo integral de la población.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por bendecirme para llegar hasta donde he llegado y por hacer realidad este sueño anhelado.

A UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA por darme la oportunidad de formarme académicamente.

A MI ASESORA Y REVISORA DE TESIS Licenciada MSc. Emma Judith Porras y Licenciada MSc. Rutilia Herrera por su esfuerzo y dedicación al transmitir sus conocimientos, y experiencia.

AL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y DIRECCION DE AREA DE SALUD DE ALTA VERAPAZ que contribuyeron a consolidar experiencia, conocimiento y desarrollo profesional.

A MI MADRE por su motivación y sabios consejos en todo momento.

A MIS HERMANOS con cariño y respeto.

A MIS HIJOS con mucho aprecio. Por amor a ellos vale la pena intentar mejorar cada día.

A MIS SOBRINOS Y SOBRINAS con cariño y respeto.

A MIS COMPAÑEROS/AS DE TRABAJO con respeto y admiración.

Y A USTED por tomarse el tiempo para leer el contenido de ésta tesis.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN

I.	INTRODUCCION	1
II.	ANTECEDENTES	2
	2.1 Extensión de Cobertura en el Primer Nivel de Atención	4
	2.1.1 Alcances y logros del Programa de Extensión de Cobertura	5
	2.1.2 Contribución del Programa de Extensión de Cobertura a las . Políticas y Programa de Gobierno.	5
	2.1.3 Objetivos del Fortalecimiento del Programa de Extensión de . Cobertura	6
	2.1.4 Centros de Convergencia para prestar atención Permanente	9
	2.2 Implementación del Plan Pacto Hambre Cero	10
	2.3 Organizaciones No Gubernamentales (ONG's)	11
	2.4 Fundamentos legales de Extensión de Cobertura en el Primer Nivel. . de Atención.	11
	2.4.1 Constitución Política de la República de Guatemala	11
	2.4.2 Código de Salud	12
	2.5 Calidad de Servicios Obstétricos	14
	2.6 Programa de Atención Materna y Neonatal (AMNE)	14
	2.6.1 Principios fundamentales de la Atención Materna y neonatal	15
	2.7 Trato Digno proporcionado por el personal de enfermería	15
	2,8 Funciones de la Salud Publica	16
	2.8.1 Desempeño de Recursos Humanos y Capacitación en Salud . Publica	16
	2.9 Desempeño Laboral	17
	2.9.1 Evaluación del Desempeño laboral	18
	2.9.2 Competencia laboral	19
	2.9.3 Conocimiento del Trabajo	22
	2.10 Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y de la . Universalidad "Madeleine Leininger"	22
III.	OBJETIVOS	27
	3.1 Objetivo General	27
	3.2 Objetivos Específicos	27

IV.	MATERIAL Y METODOS	28
	4.1 Tipo y Diseño de la investigación	28
	4.2 Sujetos de estudio	28
	4.3 Criterios de inclusión	28
	4.4 Criterios de exclusión	29
	4.5 Operacionalización de variables	30
	4.6 Instrumento utilizado para la recolección de la información	32
	4.7 Procedimiento para la recolección de la información	33
	4.8 Procedimiento para garantizar aspectos éticos de la investigación	33
	4.9 Procedimiento de análisis de la información	34
V.	RESULTADOS	35
VI.	DISCUSION Y ANALISIS	43
	6.1 Conclusiones	44
	6.2 Recomendaciones	45
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	46
VIII.	ANEXOS	50
	8.1 Anexo No. 01	50
	8.2 Anexo No. 02	51
	8.3 Anexo No. 03	54

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1	35
Cuadro 2	36
Cuadro 3	36
Cuadro 4	37
Cuadro 5	37
Cuadro 6	38
Cuadro 7	38
Cuadro 8	39
Cuadro 9	39
Cuadro 10	40
Cuadro 11	40
Cuadro 12	41
Cuadro 13	41
Cuadro 14	42
Cuadro 15	42

RESUMEN

Introducción: Desempeño del personal auxiliar de enfermería en la Atención Materno Neonatal en Centros de Convergencia Fortalecidos.

Objetivo: Describir el desempeño del personal auxiliar de enfermería en la atención materno neonatal brindada en los Centros de Convergencia Fortalecidos de la Prestadora de Servicios de Salud FUNDAMENO en el Municipio de San Cristóbal Verapaz, durante los meses de septiembre a octubre del año 2013.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal, realizado con 12 auxiliares de enfermería que brindan atención materno neonatal en centros de convergencia fortalecidos, para describir el desempeño en la atención se aplicó un instrumento con escala de Likert con 3 preguntas relacionadas con las categorías de medición para evaluar el desempeño y un total de 42 ítems que indagan sobre conocimientos, habilidades, capacidades y actitudes que midieron el nivel de desempeño.

Resultados: Del total de las personas que fueron parte del estudio el 50% buscan la mejora continua en el desempeño de sus funciones contribuyendo a mejorar de forma innovadora, sin embargo un 50% no lo hace lo cual puede influir en su desempeño. El 58.33% brindan un trato digno al paciente durante la prestación de servicios; el 66% demuestra respeto y cordialidad en la relación con otras personas mientras que un 34% se muestran irrespetuosas. De los sujetos de estudio, el 50% brinda una atención de manera oportuna y eficiente, mientras que el otro 50% no lo hace lo cual puede afectar significativamente en la atención a los usuarios en los Centros de Convergencia Fortalecidos.

Palabras Clave: Desempeño laboral, Auxiliares de enfermería, Centros de Convergencia fortalecidos, Atención en salud Materno Neonatal.

ABSTRACT

Introduction: Performance of the auxiliary nurses in maternal and neonatal care in Convergence centers strengthened.

Objective: To describe the performance of the auxiliary staff of nursing in the maternal and neonatal care provided in the centers of convergence strengthened from the providers of health services MT in the Municipality of San Cristobal Verapaz, during the months of September to October 2013.

Methodology: Cross sectional study, carried out with 12 nursing assistants that provide maternal and neonatal care in convergence centers strengthened, to describe the performance in the attention was applied a instrument with Likert scale with 3 questions related to the measurement categories to evaluate the performance and a total of 42 items that captivate on knowledge, skills, abilities and attitudes that measured the level of performance.

Results: Of the total number of people who were part of the study 50% seek continuous improvement in the performance of their duties by helping to improve in an innovative way, however 50% do so which can affect the performance. The 58.33 % provide a dignified treatment to the patient during the provision of services; the 66% demonstrates respect and cordiality in the relationship with other people while 34% are disrespectful.

Key Words: job performance, nurse s aides, Convergence centers strengthened, maternal and neonatal healthcare.

I. INTRODUCCION

Desempeño del personal Auxiliar de Enfermería en la Atención Materno Neonatal, en los Centros de Convergencia Fortalecidos de la Prestadora de Servicios de Salud FUNDAMENO en el Municipio de San Cristóbal Verapaz es el título del presente estudio cuyo objetivo fue Describir el desempeño del personal auxiliar de enfermería en la atención Materno Neonatal en los Centros de Convergencia Fortalecidos.

Estudio descriptivo porque su propósito fue identificar, describir y analizar el desempeño del personal auxiliar de enfermería. De corte transversal porque se realizó en un tiempo determinado y cuantitativo ya que los datos que se recolectaron permitieron un análisis estadístico en cantidades numéricas.

Con el fortalecimiento del primer nivel de atención a través del Programa de Extensión de Cobertura para que la población en general y principalmente el grupo materno infantil reciba atención diaria en sus comunidades, se cuenta con la presencia de un auxiliar de enfermería en Centros de convergencia fortalecidos ubicados estratégicamente en las jurisdicciones de las Prestadoras de Servicios de Salud, con el fin de reducir la morbi-mortalidad materna e infantil, identificación, seguimiento y prevención de casos de desnutrición a través de la Ventana de los Mil Días del Pacto Hambre Cero.

Para la recolección de información se utilizó un “Cuestionario Actitudinal y de Productividad”, elaborado y avalado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el cual está diseñado con escala de Likert con 3 preguntas relacionadas con las categorías de medición para evaluar el desempeño y 42 ítem que indagan sobre conocimientos, habilidades, capacidades y actitudes que midieron el nivel de desempeño.

Con la identificación del nivel de desempeño del personal que brinda atención en los centros de convergencia se aportó una base a la profesión y otras disciplinas involucradas en el proceso de monitoreo, supervisión y evaluación, ya que se logrará determinar los factores que contribuyen a la brecha existente en el desempeño actual y el desempeño deseado y verificar la aplicación correcta de normas de atención del primer nivel, lo cual permitirá tomar decisiones para mejorar la atención que recibe el grupo materno neonatal.

II. ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) como rector del Sector Salud, a través de la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud es la dependencia del Nivel central del MSPAS, responsable de dirigir y conducir el proceso de organización y desarrollo de los servicios públicos de salud, articulando funcionalmente los distintos establecimientos que conforman la red ubicados en la jurisdicción de las áreas de salud.

El director municipal de distrito ejerce la rectoría de salud en extensión de cobertura en la jurisdicción, desde la selección técnica de comunidades para conformarla hasta el monitoreo y la evaluación de la prestación de servicios básicos de salud y coordina las actividades con la Prestadora de Servicios de Salud (PSS).

Para prestar servicios básicos de salud el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de la Reforma del sector Salud en 1,997, derivado de los problemas de salud en relación a las altas tasas de mortalidad materna y mortalidad infantil, se planteó el modelo de extensión de cobertura en el primer nivel de atención para ampliar los servicios básicos de salud a las comunidades postergadas de las diferentes regiones de Guatemala y con menos acceso a servicios, con el objeto de fortalecer las acciones de atención primaria con énfasis en la prevención y control de problemas prioritarios y la atención a los grupos más vulnerables.¹

Desde el año 2004 a la fecha se han venido implementado procesos que respondan al desarrollo y los avances en extensión de cobertura de los servicios básicos de salud en el componente de seguimiento y evaluación de los servicios en convenio con Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), esto ha permitido:

- La búsqueda de personal profesional calificado con habilidades y destrezas para la prestación de servicios básicos de salud en las jurisdicciones, contratando además coordinadores técnicos Médicos o Licenciadas en enfermería que dirijan las acciones de salud en el primer nivel de atención.

¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud. Coordinación Nacional de Áreas de Salud. Modelo de Extensión de Cobertura en el Primer Nivel de Atención. Guatemala, C. A. Febrero 2007.

- Estandarización del proceso de promoción y educación a través de la estrategia AIEPI AINM-C, (Atención integral de enfermedades prevalentes en la infancia y Atención Integral de la Niñez, de la Mujer en la Comunidad) además de la implementación de las fichas clínicas de niñez, mujer y consulta general por el equipo básico de salud que oferta los Servicios Básicos de Salud.

Las ONG's Prestadoras y administradoras de servicios básicos de salud cumplen con los requisitos y experiencia necesaria para prestar servicios básicos de salud en la jurisdicción, estas deben someterse a un proceso transparente de selección y adjudicación establecidos por el MSPAS.

Los convenios suscritos para el año 2013 entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y las ONG's que prestan servicios básicos de salud en el Departamento de Alta Verapaz son 56 jurisdicciones, proporcionados por 09 ONG's, en 375 Centros de Convergencia Fortalecidos con 1,608 comunidades, atendiendo a 787,197 habitantes dentro del recurso humano institucional que presta sus servicios, 01 Medico Ambulatorio, 70 Enfermeros y Enfermeras ambulatorias, 375 Auxiliares de Enfermería, 76 facilitadores institucionales, 114 Educadoras comunitarias.²

Por lo que se hace necesario realizar un estudio descriptivo, sobre el desempeño del personal auxiliar de enfermería que brinda atención materno neonatal en los centros de convergencia fortalecidos.

Actualmente en el departamento de Alta Verapaz no hay ningún estudio relacionado al desempeño del personal auxiliar de enfermería que brinda atención en centros de convergencia fortalecidos del programa de extensión de cobertura, por lo que el presente estudio será un aporte tanto para la profesión como para las instituciones que contratan personal para proporcionar estos servicios en las comunidades, así mismo se cuenta actualmente con Instrumentos de Evaluación de Desempeño elaborados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, diseñados para el primer y segundo nivel de atención.³

² Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz, Programa Extensión de Cobertura, Consolidado de Población año 2013.

³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de Normas y Procesos de Capacitación. Dirección General de Recursos Humanos. Departamento de Capacitación. Edición 2013.

En el departamento de Alta Verapaz, municipio de San Cristóbal Verapaz se encuentran dos jurisdicciones de la Prestadora de Servicios Básicos de Salud Fundación Menonita Kekchi de Guatemala (FUNDAMENO) siendo: San Cristóbal Quixal y San Cristóbal Chixoy, cada jurisdicción cuenta con 6 centros de convergencia fortalecidos y un auxiliar de enfermería para la provisión de servicios básicos de salud en cada uno de ellos, siendo un total de 12 auxiliares de enfermería, en su mayoría originarios de comunidades aledañas al centro de convergencia, jóvenes con menos de tres años de experiencia, los cuales fueron sujeto de estudio para describir su desempeño en la atención materno neonatal.⁴

2.1 Extensión de Cobertura en el Primer Nivel de Atención.

Es un modelo de financiamiento, regulación, conducción y entrega de servicios para poblaciones rurales sin cobertura de Puestos o Centros, mediante convenios anuales con 67 Organizaciones No Gubernamentales No Lucrativas, para la prestación de servicios básicos de salud. El Programa de Extensión de Cobertura (PEC) ha probado sus hipótesis de funcionamiento a escala nacional a lo largo de cinco administraciones de gobierno consecutivos, con recursos públicos escasos y de asignación tardía. Así ha llegado a cubrir 4.3 millones de habitantes en 206 municipios, ubicando siete mil profesionales de la salud en las comunidades más lejanas y movilizand 23 mil voluntarios en 380 jurisdicciones, a un costo total de Q 223 millones, es decir, 5% del presupuesto del MSPAS.

El PEC sostiene sus intervenciones en el Equipo Básico de Salud (EBS) que incluye personal institucional y comunitario. El equipo institucional tiene medico o enfermera ambulatoria, facilitador institucional y educadora, contador y asistente de Información. El equipo comunitario está formado por facilitadores comunitarios, comadronas, vigilantes de salud y madres consejeras y será ampliado con una auxiliar de enfermería.

La fortaleza del PEC consiste en la alianza estratégica del MSPAS con 67 organizaciones de la sociedad civil, organizadas en la Coordinadora Nacional de Extensión de Cobertura (CONEC), y en la participación comunitaria en la ejecución y supervisión de actividades. La participación de ONG en salud le permite al MSPAS sumar recursos y capacidades al sistema de salud, porque muchas gestionan proyectos que contribuyen en

⁴ FUNDACION MENONITA KEKCHI DE GUATEMALA –FUNDAMENO-. Plan Técnico Para la Prestación de Servicios Básicos de Salud en el Primer Nivel de Atención del Programa de Extensión de Cobertura. Características de la Jurisdicción. 2014. Pág. 09

las condiciones de salud en sus respectivas jurisdicciones. La participación comunitaria le da sostenibilidad al Programa y es condición fundamental para la atención primaria en salud renovada que el Ministerio de Salud impulsa.

2.1.1 Alcances y Logros del Programa de Extensión de Cobertura.

El PEC está presente en 206 municipios, con 380 jurisdicciones que representan una población asignada de 4.3 millones de personas. En estas jurisdicciones el PEC administra 4,618 centros de atención, por medio de 7,190 trabajadores, pero además moviliza 23 mil voluntarios y con un presupuesto de Q223 millones, genera 4.2 millones de consultas, 2.5 millones de inmunizaciones, 162 mil controles pre y post natales, 886 mil consultas de control de crecimiento y 580 mil entregas de micronutrientes, entre otras actividades.⁵

Desde la creación del PEC en 1996, no solo han mejorado las condiciones de salud y el acceso a servicios para la población materno-infantil, sino que se han reducido notablemente las diferencias entre zonas urbanas y rurales.

Hasta el año 2013 el PEC no ha logrado reducir las tasas de desnutrición crónica y anemia; por lo que el fortalecimiento del PEC aprovechará la Ventana de los mil días y el Plan Hambre Cero, para lograr resultados de impacto se tiene oportunidad de impactar en este problema con las capacidades y recursos de varios sectores.

2.1.2 Contribución del Programa de Extensión de Cobertura a las Políticas y Programas de Gobierno.

El fortalecimiento del Programa de Extensión de Cobertura es un mecanismo importante para la implementación exitosa de políticas y estrategias sociales de gobierno a nivel comunitario. La Plataforma comunitaria del PEC es el medio ideal para promover y atender la salud y la nutrición en las zonas de mayor postergación social, alcanzar a la población más necesitada, con pertinencia cultural y para todas las etapas del ciclo de vida en función de los compromisos nacionales e internacionales del país como los siguientes:

⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de Normas y Procesos de Capacitación. Dirección General de Recursos Humanos. Departamento de Capacitación. Edición 2013.

- o **Objetivos del milenio:** Lograr un avance sustancial en los objetivos de nutrición, salud materno infantil y VIH-sida.
- o **El Plan Hambre Cero:** la estrategia se enfoca en la desnutrición y la inseguridad alimentaria en menores de cinco años en pobreza, en áreas rurales y urbano-marginales. Tres componentes del Plan son relevantes para el Primer Nivel de Atención:
 - ✓ Provisión de servicios básicos de salud y nutrición.
 - ✓ Promoción de lactancia materna y alimentación complementaria.
 - ✓ Educación alimentaria nutricional.
- o **Gestión por resultados:** El MSPAS implementa la gestión por resultados en el programa 12 (Salud Preventiva) en los subprogramas de inmunizaciones, prevención y control de la desnutrición y salud reproductiva, que forman parte de los servicios que presta el PEC.
- o **Calidad en la atención:** establecer estándares de calidad en los procesos administrativos financieros y en los procesos de atención para certificar a las ONG prestadoras de servicios de salud en el primer nivel de atención, dentro de los cuales se tomaran en cuenta los indicadores relacionados con la pertinencia cultural, el trato al usuario, la continuidad e integridad de los servicios de salud.

Para que el MSPAS pueda concretar estas políticas en el nivel local a través del PEC necesita ampliar la cartera de servicios, redefinir al equipo básico de salud, establecer nuevos instrumentos regulatorios y administración y atención, diferenciar niveles de provisión en la comunidad, y mejorar la infraestructura física y los insumos críticos de la atención.

2.1.3 Objetivos del Fortalecimiento del Programa de Extensión de Cobertura.

Objetivo General: Universalizar los servicios de salud del primer nivel de atención a nivel individual, familiar y comunitario.

Objetivo Específico 1: Mejorar el acceso a la atención integral en salud en la comunidad.

Objetivo Estratégico 1.1: Mejorar el acceso geográfico: y la continuidad de la atención, estableciendo 2,200 Centros de Convergencia, con atención durante todos los días hábiles por una auxiliar de enfermería comunitaria con el apoyo de facilitadores comunitarios en instalaciones mejoradas y equipadas para una atención digna de los y las usuarias de servicios de salud.⁶

Objetivo Estratégico 1.2: Mejorar el acceso funcional y ampliar el conjunto de servicios en función de programas de salud individual, familiar y comunitaria de acuerdo con el perfil epidemiológico y en respuesta a las necesidades de cada etapa del ciclo de vida: materno-infantil, escolar, adolescentes y jóvenes, adulto y adulto mayor.

Objetivo Estratégico 1.3: Mejora la pertinencia cultural, mediante la formación y contratación de personal seleccionada por las comunidades de las mismas regiones etnolingüísticas, para facilitar la provisión de servicios en el propio idioma de los y las usuarias, con pertinencia cultural y en colaboración con terapeutas tradicionales.

Objetivo Específico 2: Reducir la mortalidad materna e infantil, mediante la atención a las mujeres en edad fértil en forma continua, oportuna y culturalmente pertinente por personal calificado antes, durante y después de los eventos obstétricos.

Objetivo Estratégico 2.1: Formar y contratar Auxiliares de Enfermería especializadas en atención materna, neonatal e infantil para mejorar la disponibilidad de personal calificado en las comunidades, no solo en la prestación de servicios de prevención y atención en salud materna-infantil, sino también para la coordinación de los planes de emergencia materno-infantil, la preparación de traslados de emergencia y el acompañamiento de las emergencias referidas a otros niveles de atención.

Objetivo Estratégico 2.2: equipar y abastecer los centros de convergencia para la entrega de servicios permanentes e integrales de atención a la mujer en edad fértil, durante la adolescencia, la edad adulta, la orientación pre-concepcional, el embarazo, el parto y el puerperio, así como la detección oportuna de problemas de salud de la mujer.

⁶ MSPAS Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Una estrategia segura para la Universalización de la salud y el cumplimiento del Pacto Hambre Cero. Guatemala, Octubre 2012. Pág. 22

Objetivo Especifico 3. Reducir los índices de desnutrición crónica y aguda mediante la implementación de los programas Hambre Cero y la Estrategia “Ventana de los Mil Días” en el marco de la gestión por resultados

Objetivo Estratégico 3.1: Proveer servicios básicos de salud y nutrición. Se contratarán en cada jurisdicción educadoras en Seguridad Alimentaria y Nutricional para coordinar con las madres consejeras y Facilitadores comunitarios, los programas de promoción para niños menores de cinco años, con el propósito de romper el ciclo de infección –desnutrición, priorizando la ventana de los mil días, incluyendo entre éstas, la atención integrada de la niñez y la mujer en la comunidad (AINM-C), la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), la reducción de la desnutrición crónica y aguda en la niñez, aumento de la cobertura de vacunación y la respuesta, manejo inicial y referencia de las emergencias obstétricas, neonatales, perinatales y de la niñez.

Objetivo Estratégico 3.2: Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continuada hasta los dos años de edad, e introducir en forma apropiada alimentos complementarios desde los seis meses de edad, para lograr impactos positivos en la ventana de los mil días;

Objetivo Estratégico 3.3: Promover educación en Seguridad Alimentaria Nutricional. Se fortalecerá el programa de educación alimentaria –nutricional a las madres en las comunidades rurales, para la búsqueda, selección y preparación de alimentos, así como los cuidados de salud, nutrición e higiene personal en el hogar, tanto en la comunicación de madre a madre como por medio de la formación de redes de apoyo. Además se promoverá las medidas de cloración de agua y el saneamiento ambiental a nivel familiar y comunitario.

Objetivo Especifico 4. Ampliar los servicios de salud en la comunidad, a nivel individual, familiar y comunitario, según el perfil epidemiológico local a lo largo del ciclo de vida.⁷

Objetivo Estratégico 4.1: se ampliará el renglón de medicamentos e insumos del PEC para poder atender las enfermedades prevalentes y prioritarias de la población durante todo su ciclo de vida. Además la atención infantil y materna, el PEC ampliará sus acciones hacia la

⁷ MSPAS Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Op. Cit. Pág. 24

salud de escolares y adolescentes y atención al adulto y adulto mayor, según el perfil epidemiológico e incluyendo la detección y seguimiento de enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión, artritis, gastritis, y obesidad entre otros.

Objetivo Estratégico 4.2: atención integral y Planes de Emergencia a nivel individual, familiar y comunitario: se establecerá un sistema de detección de vulnerabilidades y riesgo a nivel individual, familiar y comunitario, ligado a un plan de acción para la referencia oportuna de personas en riesgo. Se introducirá un sistema de Boucher y el uso oportuno de telecomunicaciones para la referencia de madres de riesgo hacia un nivel de atención de mayor capacidad resolutive.

Objetivo Estratégico 4.3: Fortalecer los sistemas de información, supervisión y logística para la prestación de servicios de primer nivel en la comunidad con calidad, pertinencia cultural e integral, así como la planificación participación de servicios de salud.

2.1.4 Centros de Convergencia para Prestar Atención Permanente.

Los servicios del PEC se prestan en 4,618 centros comunitarios, que son atendidos de manera periódica e itinerante por el médico ambulatorio y facilitador institucional de la PSS. Debido al área extensa de difícil acceso y el gran número de comunidades a cubrir en una jurisdicción, puede ocurrir que el equipo ambulatorio tarde hasta un mes en volver a visitar una comunidad. Los centros comunitarios son espacios improvisados que el 60% de los casos, no ofrecen los recursos mínimos para atender con dignidad a los usuarios.

Para mejorar el acceso y alcanzar las metas de salud y nutrición, se establecen 2200 centros de convergencia para brindar cobertura en salud a un promedio de 2000 habitantes o 500 familias. Estos Centros de Convergencia deben contar con las especificaciones de infraestructura, ambientales, materiales, equipo y suministros contemplados en las normas de atención para atender la población en forma permanente e integral en salud y nutrición. Además de la atención permanente en centro de convergencia se atenderá de manera periódica las comunidades con centros comunitarios para la oferta de servicios preventivos y educativos.⁸

⁸ MSPAS. Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Op Cit. Pág. 28

El fortalecimiento del PEC incluye construir o remozar y equipar 2200 centros de convergencia para que atiendan un promedio de 500 familias –dos mil personas – con una auxiliar y cuatro facilitadores comunitarios.

2.2 Implementación del Plan Pacto Hambre Cero

La propuesta de ampliación de servicios del PEC incluye acciones y recursos para reducir la desnutrición en la comunidad, con acciones en salud y nutrición, adicionales a las intervenciones actuales de monitoreo de crecimiento y la suplementación con micronutrientes.

Se contratarán educadoras en seguridad alimentaria y nutricional en cada jurisdicción, para promover la promoción de la Lactancia materna exclusiva y brindar consejería para la alimentación complementaria del niño y la niña con materiales educativos y demostrativos pertinentes. Las educadoras fortalecerán la organización comunitaria, en coordinación con las madres consejeras para la detección, tratamiento y seguimiento oportuno de casos de desnutrición en la comunidad mediante el monitoreo y vigilancia nutricional, las visitas domiciliarias y actividades comunitarias de capacitación y demostración nutricional.⁹

Se promoverá la autorresponsabilidad y las competencias de las propias madres en la selección, preparación y administración de alimentos en el hogar y el manejo adecuado de la diarrea. Se coordinará en casos extremos la distribución de raciones alimentarias.

El Plan Hambre Cero incluye acciones de coordinación con COCODE y COMUDE para garantizar la calidad del agua y la mejora del saneamiento en la comunidad para reducir el riesgo de infecciones, las cuales interfieren con el adecuado aprovechamiento de los nutrientes. Además se promoverá acciones de otros sectores (Agrícola, pecuario, forestal) en el establecimiento de huertos familiares para mejorar la disponibilidad, el acceso y el consumo a alimentos sanos y ricos en nutrientes, aportando orientación a las madres sobre el contenido nutricional y las formas de preparación de los alimentos.

⁹ MSPAS. Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Op Cit pág. 30

2.3 Organizaciones No Gubernamentales (ONG's)

Son organizaciones de la sociedad civil, entidades legalmente constituidas, con sentido social y sin fines de lucro, con capacidad técnica, administrativa y financiera que firman convenio con el MSPAS por un año, para la entrega de servicios básicos de salud con calidad y calidez a los lugares con acceso limitado a servicios básicos de salud.¹⁰

Los Oferentes interesados pueden presentar formulario de solicitud de preselección durante todo el año, para poder participar en los procesos de selección y adjudicación de nuevos oferentes en el País.

Una vez seleccionada la Organización No Gubernamental como administradora o prestadora de servicios básicos de salud debe involucrarse directamente con la comunidad y hacer un reconocimiento de las autoridades y líderes locales para desarrollar el modelo de extensión de cobertura en el primer nivel de atención.

2.4 Fundamentos Legales de Extensión de Cobertura en el Primer Nivel de Atención.

La base legal de extensión de cobertura en el primer nivel de atención y la firma de convenios con Organizaciones No Gubernamentales y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es acorde a lo que dicta:

2.4.1 Constitución Política de la República de Guatemala

La Constitución Política de la República de Guatemala en los artículos 93, 94, 95, 98 que manifiestan lo siguiente:

Artículo 93: *Derecho a la Salud:* El goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

Artículo 94: *Obligación del estado, sobre salud y asistencia social* El estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación

¹⁰ MSPAS Modelo de Extensión de Cobertura en el Primer Nivel de Atención. Op Cit. Pag.22

y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.¹¹

Artículo 95: *La salud bien público.* La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

Artículo 98: *Participación de las comunidades en programas de salud.* Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.

2.4.2 Código de Salud

El Código de salud, es un reglamento y sus dependencias en relación a las disposiciones generales, siendo un código de ley de orden público, expresa en los artículos.

Artículo 1: *Todos los habitantes de la República tienen derecho a prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.*¹²

Artículo 4: *Obligaciones del estado:* El estado en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiariedad desarrollará a través del MSPAS en coordinación con las instituciones estatales centralizadas y descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas acciones de promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud.

Artículo 5: *Participación de la comunidad:* El estado garantizará el ejercicio del derecho y el cumplimiento del deber de la comunidad de participar en administración parcial o total de los programas y servicios de salud. Para fines de este código en lo sucesivo la

¹¹ Constitución de la República de Guatemala. Congreso de la República de Guatemala. Decretada por la Asamblea Nacional Constituyente el 31 de mayo 1085 y reformada por la consulta popular Acuerdo Legislativo 18-93. Última edición. Pág. 39.

¹² Constitución de la República de Guatemala. Congreso de la República de Guatemala. Código de Salud 1997. Decreto No. 90-97. Capítulo I. Principios Fundamentales.

administración comprenderá la planificación, organización, dirección, ejecución, control y fiscalización social.

Artículo 9, Incisos a, c y e: *Funciones y responsabilidades del Sector:*

- a) El MSPAS, tiene a su cargo la rectoría del sector Salud, entendida esta rectoría como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones en salud a nivel nacional. El MSPAS tendrá asimismo, la función de formular, organizar, dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyecto para la entrega de servicios de salud a la población. Para cumplir con todas las funciones el MSPAS tendrá las más amplias facultades para ejercer todos los actos y dictar todas las medidas que conforme a las leyes reglamentos y demás disposiciones del servicio, competen al ejercicio de su función.¹³
- b) Las municipalidades, acorde con sus atribuciones en coordinación con las otras instituciones del Sector, participan en la administración parcial o total de la prestación de programas y de servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones.
- c) Las entidades privadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias y agencias de cooperación de acuerdo a sus objetivos participaran en forma coordinada con las otras instituciones del Sector en la prestación de servicios, mejoras del ambiente y desarrollo integral de las comunidades, de acuerdo a las políticas, los reglamentos y normas que para tal fin establezca el MSPAS.

Artículo 10, Incisos a y b: *Coordinación del Sector*

- a) El Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social coordinarán sus planes, programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la utilización de sus recursos humanos físicos y de equipo con el fin de lograr la ampliación de cobertura de los servicios de salud, ser eficientes, eficaces y evitar la duplicidad de servicios, infraestructura y gastos.

¹³ Constitución de la República de Guatemala. Código de Salud. El Sector Salud. Op Cit. Capítulo II.

- b) Coordinación intra e intersectorial. El Ministerio de Salud, para cumplir con la función de coordinación dentro del sector y con los otros sectores, suscribirá acuerdos y convenios, tanto a nivel nacional como local, así como con organismos internacionales.

2.5 Calidad de Servicios Obstétricos

La falta de atención adecuada es una de las razones más comunes que dan las mujeres para no usar los servicios de salud materna disponibles, influenciada a su vez, por factores de accesibilidad física a los servicios, factores socioeconómicos y factores culturales, obligando muchas veces a que la mayoría de las mujeres prefieran los servicios de parteras o comadronas tradicionales, quienes juegan un rol importante ya que atienden hasta el 60% de los partos. Las mismas necesitan de enlaces y servicios apropiados para tratar las complicaciones cuando surgen.¹⁴

Todas las mujeres que desarrollan complicaciones es decir (el 15%) necesitan tener acceso a los servicios obstétricos, sin embargo, en nuestro país la mayoría de los servicios de salud no están equipados adecuadamente con personal capacitado, medicinas, suministros, médicos, sangre, anestesia y otras, como electricidad y agua, para proveer servicios de calidad. La falta de acceso a servicios de salud materna de calidad es uno de los factores que determina el nivel de mortalidad materna.¹⁵

2.6 Programa de Atención Materna y Neonatal (AMNE)

Para asegurar que las mujeres y los recién nacidos sobrevivan al período de embarazo, parto y puerperio, el sistema de atención de salud debe tener la capacidad de prestar servicios clínicos de calidad a las personas que los necesiten y cuando los necesiten. Aunque la atención clínica es sólo un componente entre varios en un sistema integral para disminuir la mortalidad materna y neonatal, la entrega de atención clínica es un elemento esencial del sistema cuya importancia, ha sido cada vez mayor.

¹⁴ Servicios de Salud materna de buena calidad. Family Care International. En línea: <http://www.safemotherhood.org/facts-and-figures/spanish/s-maternal-health.htm>

¹⁵ Gobierno de Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Salud 2000-2004 Estrategias. Guatemala. pp 1-2.

2.6.1 Principios fundamentales del Programa de Atención Materna Neonatal (AMNE)

El programa enfoca tanto en el mantenimiento y mejoramiento de la salud, como en la prevención y manejo de las complicaciones. Cada elemento del paquete AMNE está basado en la evidencia actual de la eficacia y en los principios fundamentales del Proyecto de SMN: equidad, respeto por los derechos humanos, fortalecimiento de la mujer para asegurar sus opciones y atención cuidadosa al ambiente sociocultural y a las necesidades socio-afectivas y de conocimientos de las mujeres y sus familias.

Este programa tiene como objetivo asegurar que las mujeres y los recién nacidos, sobrevivan al período de embarazo, parto y puerperio, brindando una atención de calidad. El enfoque de este programa es que “Cada embarazo está en riesgo”, dado que los servicios de salud materna de buena calidad no están disponibles ni son accesibles universalmente. Se conoce que en países en desarrollo aproximadamente 50% de los partos son asistidos en el hogar sin presencia de un proveedor competente y aproximadamente 70% no recibe ninguna atención post-parto durante las primeras seis semanas del puerperio.

2.7 Trato Digno Proporcionado por el Personal de Enfermería.

El trato adecuado o digno es la situación que se logra cuando las interacciones entre el usuario y el sistema de salud se efectúan tomando en cuenta y satisfaciendo las legítimas expectativas del usuario en los aspectos no médicos de dicha interacción.

Mejorar el Trato que el sistema de salud ofrece a sus usuarios implica promover una mejoría en el bienestar de dicha población, independientemente del resultado de la intervención médica. Adicionalmente, el Trato ofrecido por el personal de salud es susceptible de mejorarse de manera independiente a los esfuerzos para mejorar las capacidades clínicas de los médicos tratantes e involucra no sólo al personal médico sino al administrativo y otro personal auxiliar del sistema de salud.¹⁶

¹⁶ Carrillo Martínez, Mónica. Martínez, Laura Elena. Escuela de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro social. Monterrey, Nuevo León, México. Cumplimiento del Indicador de Calidad Trato Digno Proporcionado por el Personal de Enfermería. Tomado de: Tafolla-Rangel Ana María. Trascendencia del cuidado enfermero en el adulto mayor Nov. 17 2007. (<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/7DF02B57-6166-4C04-9DE9-E49A1261B0BE/0/RevEnf1012007.pdf>)

Se define trato digno al derecho de los usuarios a ser tratados como personas en toda la extensión de la palabra más que como pacientes debido a la relación asimétrica que la enfermedad o incapacidad puede establecer e involucra el derecho de libertad de movimientos, a la privacidad e intimidad de las personas y ser tratado cordialmente por el personal médico y áreas afines del sistema de salud.

La comunicación es de vital importancia en la relación sujeto a sujeto, quien habla y comunica lo que piensa con el objetivo de ser entendido y escucha buscando entender, la diferencia de edad y experiencia de vida requiere de un interés especial por el trato digno en cada una de las intervenciones, en donde respetar a la persona es hablar con la verdad, sin dañar, ayudar y considerar a todos los seres humanos como semejantes. La enfermería se ha definido siempre como humanista, termino filosófico que se ubica en la persona como la esencia de la vida, como el fin de cada una de las acciones y no como el medio.¹⁷

2.8 Funciones de la Salud Publica

Son los procesos y movimientos de la sociedad que constituyen condiciones para el desarrollo integral de la salud.¹⁸

Las funciones que el Estado debe asumir para lograr niveles óptimos de salud de las poblaciones, constituyen el fundamento de la autoridad sanitaria.

Su naturaleza es técnica, pero su definición es política y específica para cada país.

En este contexto se reafirma la indelegable responsabilidad que les corresponde a los Ministerios de Salud para el ejercicio de la autoridad sanitaria nacional.

2.8.1 Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

Identificación de un perfil de recursos humanos en salud pública, adecuado para el trabajo de los servicios.¹⁹

Educación, capacitación y evaluación del personal, con la finalidad de identificar las necesidades de los servicios, de enfrentarse eficazmente a los problemas prioritarios y de evaluar adecuadamente las acciones.

¹⁷ Secretaria de Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño. México. Pág. 1-6

¹⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Recursos Humanos en Salud. Departamento de Capacitación. Manual de Inducción General. Pág. 11

¹⁹ Ibíd. pág. 13

Definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios.

Formación de Alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en salud pública, significativas para todos, así como la formación continua en materia de gestión de los recursos humanos y desarrollo del liderazgo en el ámbito de la salud pública.

Desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural en materia de salud pública.

2.9 Desempeño Laboral

La calidad de un servicio de salud, parte en primer orden del nivel de competencia y desempeño de sus trabajadores en el cumplimiento de sus funciones laborales y sociales. Motivar a los profesionales y técnicos de la salud para mejorar su desempeño y adoptar la superación profesional permanente como un estilo de vida en este nuevo milenio, no es solo importante, sino necesario para poder satisfacer las necesidades de los usuarios.

La motivación a los trabajadores está dirigida a obtener mayores resultados en términos de rendimiento, el aprovechamiento del tiempo de trabajo, la salud del trabajador y a conservar los mejores valores, tradiciones, experiencias y prácticas en beneficio del país, la institución y de sí mismos.²⁰

La calificación profesional ya no es concebida solo como la acumulación de saberes o habilidades, sino como la capacidad de actuar, intervenir y decidir en situaciones no siempre previstas. El desempeño y la productividad global dependen mucho de su capacidad y agilidad para resolver problemas. Por tanto, se establece una nueva relación entre competencia y formación profesional, y se van creando nuevas dimensiones en el desarrollo del capital humano.

El desempeño laboral es el comportamiento o la conducta real de los trabajadores, tanto en el orden profesional y técnico, como en las relaciones interpersonales que se crean en la atención del proceso salud / enfermedad de la población; en el cual influye a su vez, de

²⁰ Katz FM, Snow R. Evaluación del Rendimiento de los Trabajadores de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

manera importante el componente ambiental. Por tanto, existe una correlación directa entre los factores que caracterizan el desempeño profesional y los que determinan la calidad total de los servicios de salud.

Para determinar la calidad del desempeño laboral, es necesario tener en cuenta las condiciones de trabajo y las personales, en las que hay que profundizar al analizar los resultados evaluativos, a fin de determinar de los problemas identificados, cuáles requieren decisiones de gestión y/o capacitantes.

2.9.1 Evaluación del Desempeño Laboral

El desempeño laboral es el rendimiento laboral y actuación que manifiesta el trabajador al efectuar las funciones y tareas principales que exige su cargo en el contexto laboral específico de actuación lo cual permite demostrar su idoneidad.²¹ Siendo esta la eficiencia, calidad y productividad requeridas. Experiencia y conocimientos demostrados en los resultados concretos obtenidos de su trabajo, cumplimiento de normas de conducta y disciplina establecida y las específicas de su puesto de trabajo y las características personales que se exijan en el desempeño de determinadas ocupaciones o cargos.

En la evaluación del desempeño laboral se mide el grado en que cada trabajador mantiene su idoneidad y la eficacia y eficiencia con la que realizan sus actividades laborales durante un periodo de tiempo determinado.

La evaluación del desempeño incluye en sí misma la evaluación de las competencias, de conjunto con las condiciones laborales y personales requeridas para su actuación en un determinado puesto de trabajo. Para que un profesional tenga un buen desempeño laboral requiere ser competente; pero el hecho de ser competente, por sí mismo, no garantiza siempre un buen desempeño profesional, ya que va a depender de las restantes condiciones existentes.

La evaluación del desempeño permite realizar un diagnóstico operativo de las tareas del quehacer que requieren mayor apoyo para fortalecer la estructura organizacional, incluidas las capacidades humanas, los equipamientos y las instalaciones.

²¹ EcuRed. Conocimiento con todos y para todos. Desempeño Laboral. Publicado sábado 19 julio 2014. http://www.ecured.cu/index.php/Desempe%C3%B1o_laboral

La evaluación es, quizás, el más importante de todos los procesos involucrados en la educación, sobre todo en la educación superior, pues a través de él se decide la suerte del estudiante. Este puede evadir, a veces con mucha dificultad, las metodologías de enseñanza inapropiadas, pero es casi imposible escapar de las formas evaluativas inconvenientes que usan algunos docentes, sobre todo cuando se evalúa para controlar y decidir con base en “ganar-perder”.

A juicio de McDonald y colaboradores,²² las prácticas tradicionales de evaluación presentan los siguientes inconvenientes:

- Se concentran sobre aquellas materias más fáciles de evaluar, lo cual conduce a un énfasis exagerado en la memorización y en la obtención de habilidades en los niveles más bajos.
- Estimula a los estudiantes a focalizar sobre aquellos tópicos que son evaluados, a expensas de los que no lo son.
- Los estudiantes otorgan más importancia a las tareas cuya evaluación se requiere para obtener una calificación, pero no así a las que no necesitan este requisito.
- Los estudiantes adoptan métodos de aprendizaje indeseables, influidos por las estrategias inapropiadas de evaluación.

2.9.2 Competencia Laboral

El interés por las competencias laborales en salud surge como consecuencia de la complejidad del mundo del trabajo, el contexto de las reformas y los cambios rápidos de las tecnologías y los mercados. Hoy las instituciones de salud requieren personal con competencias para trabajar en escenarios y situaciones cambiantes, que demandan no solamente la aplicación de conocimientos, sino además la combinación de otras capacidades

²² MACDONALD, Rod, et al. “Nuevas perspectivas sobre la evaluación”. UNESCO, París, 1995. En: CINTERFOR-OIT. Competencias laborales en la formación profesional. Boletín Técnico Interamericano de Formación Profesional. N° 149, mayo-agosto de 2000, p. 44.

para producir respuestas significativas que sobrepasen los aspectos puramente instrumentales.²³

No existe un único concepto, tampoco un consenso sobre la definición de competencia laboral, pero según Vargas²⁴ si existen elementos comunes en las diferentes definiciones que permiten inferir unas características esenciales de la competencia laboral: a) está orientada al desempeño en el trabajo, en situaciones definidas, c) usualmente se contrasta ante un patrón o norma de desempeño esperado, d) incluye un gran acervo de capacidades personales y sociales, sobre todo las de trabajar en equipo y establecer relaciones.

Stevenson²⁵ complementa esta posición al sostener que el reto que debe trazarse la sociedad es formar personas capaces de adquirir y poner en práctica habilidades técnicas comercializables y demostrar un comportamiento ético basado en principios. Además, los estudiantes deben adquirir una visión general del mundo que los ayude a entender la necesidad de una acción “prudente y basada en principios”, y actuar en consecuencia cada vez que sea necesario.

En España, el Instituto Nacional para el Empleo (INEM)²⁶ sostiene que en las competencias laborales se concreta el ejercicio eficaz de las capacidades para el desempeño en una ocupación. Son algo más que el conocimiento técnico referido al mero “saber hacer”. Desde esta perspectiva, el concepto de competencia abarca no sólo las capacidades necesarias para el pleno ejercicio de una ocupación o profesión, sino también un conjunto de comportamientos, facultades para el análisis, toma de decisiones, transmisión de información, etc.

²³ Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral (CONOCER). Página principal. [citado 10 Jul 2006]. Disponible en: <http://www.conocer.org.mx>

²⁴ VARGAS ZÚÑIGA, Fernando. “De las virtudes laborales a las competencias claves: un nuevo concepto para antiguas demandas”. En: CINTERFOR-OIT. Competencias laborales en la formación profesional. Boletín Técnico Interamericano de Formación Profesional. N° 149, mayo-agosto de 2000, p. 21.

²⁵ STEVENSON J. “The political colonization of the cognitive construction of competence”. En: MISKO, Josie y ROBINSON, Chris. La capacitación basada en normas de competencia en Australia. En: ARGÜELLES y GONCZI, p. 107.

²⁶ INSTITUTO NACIONAL PARA EL EMPLEO. Metodología para la ordenación de la formación profesional ocupacional. Subdirección General de Gestión de Formación Ocupacional. Madrid, 1995.

En Austria²⁷ la competencia laboral se concibe como un conjunto de características necesarias para el desempeño en contextos específicos. Es una compleja combinación de condiciones (conocimiento, actitudes, valores, habilidades) y tareas a desempeñar en determinadas situaciones. Este ha sido considerado un enfoque holístico en la medida que integra y relaciona atributos y tareas, permite que ocurran varias acciones intencionales simultáneamente y toma en cuenta el contexto y la cultura del lugar de trabajo. Permite incorporar la ética y los valores como elementos del desempeño competente.

En Alemania²⁸ posee competencia laboral quien dispone de los conocimientos, destrezas y aptitudes necesarios para ejercer una profesión u ocupación, resolver los problemas profesionales en forma autónoma y flexible, colaborar en su entorno de trabajo y en la organización en donde se desempeña.

En Inglaterra²⁹ más que encontrar una definición de competencia laboral, el concepto subyace en la estructura del sistema laboral normatizado. Este tipo de competencia se identifica en las normas a través de elementos de competencia (logros laborales que un trabajador es capaz de conseguir), criterios de desempeño (definiciones acerca de la calidad), el campo de aplicación y los conocimientos requeridos. En el sistema inglés se han definido cinco niveles de competencia laboral, que permiten diferenciar el grado de autonomía, la variabilidad, la responsabilidad por recursos, la aplicación de conocimientos básicos, la amplitud y alcance de las habilidades y destrezas, la supervisión del trabajo y la transferencia de un ámbito laboral a otro.

La Organización Internacional de Trabajo (OIT)³⁰ asume el concepto de competencia laboral como la idoneidad para realizar una tarea o desempeñar un puesto de trabajo eficazmente, con las requeridas certificaciones para ello. En este caso, competencia y calificación laboral se asocian fuertemente dado que esta última certifica una capacidad adquirida para realizar o desempeñar un trabajo.

²⁷ GONCZI, Andrew y ATHANASOU, James. Instrumentación de la educación basada en competencias. Perspectiva de la teoría y la práctica en Australia. Limusa, 1996.

²⁸ BUNK, G. P. La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales en la RFA. Revista CEDEFOP, N° 1, 1994

²⁹ CONSEJO NACIONAL DE CERTIFICACIÓN. www.cinterfor.org.uy

³⁰ ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Formación profesional. Glosario de términos escogidos. Ginebra, 1993

2.9.3 Conocimiento del Trabajo

Durante la formación profesional se adquieren todos aquellos estudios y aprendizajes encaminados a la inserción, reinserción y actualización laboral cuyo objetivo principal es aumentar y adecuar el conocimiento y habilidades de los actuales trabajadores a lo largo de toda la vida.³¹

La historia de la Educación Basada en Normas de Competencias se remota a los años treinta del siglo XX en los Estados Unidos.³² Desde entonces ha sido un concepto muy controvertido entre representantes de los sectores industriales, gubernamentales y educativos pero también ha generado consenso entorno a que es un buen punto de partida para elevar los niveles de competencia en un determinado país, para aumentar los recursos que se invierten en programas de capacitación y para hacer posible que otras instituciones no gubernamentales impartan capacitación.³³

2.10 “Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y de la Universalidad” Madeleine Leininger

Madeleine Leininger es la fundadora de la enfermería transcultural y una figura puntera en esta disciplina y en la teoría de la asistencia a los seres humanos. Ha sido la primera enfermera profesional con preparación universitaria en enfermería que obtuvo un doctorado en antropología cultural y social.

Mientras trabajaba en un centro tutelar de menores a mediados de la década de 1950, Leininger descubrió que el personal del centro no conocía suficientemente los factores culturales que influían en el comportamiento infantil. Ella observó diferencias en los niños atribuibles a sus diversos sustratos culturales y que afectaban de modo profundo a sus asistencias y sus tratamientos psiquiátricos.

³¹ Diseño de formación para desempeño laboral de personal. En línea <http://www.monografias.com/trabajos91/disenoformacion-desempeno-laboral-personal/disenoformacion-desempeno-laboral-personal.shtml> consultado martes 29 julio de 2014.

³² Harris, R. et al. Competency-based education: Between a rock and whirlpool. McMillan: Melbourne. En: GONCZI, op. cit. En: ARGÜELLES y GONCZI pag. 22

³³ GONCZI, Andrew. “Análisis de las tendencias internacionales y de los avances en educación y capacitación basadas en normas de competencias”. En: ARGÜELLES y GONCZI, p.19

Leininger mostró su preocupación por que las decisiones y acciones emprendidas, tanto en enfermería como en otros campos no parecían ayudar de forma eficaz a estos niños. A raíz de estas observaciones se planteó a sí misma y a los demás profesionales del centro, numerosas cuestiones acerca de las diferencias culturales entre los niños y los resultados terapéuticos. Pero halló pocos compañeros interesados o conocedores de la influencia de los factores culturales en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes.

Leininger decidió materializar su interés en este campo mediante una tesis doctoral dedicada a la antropología cultural, social y psicológica, en la universidad de Washington. Como estudiante de doctorado, Leininger tuvo ocasión de visitar numerosas culturas y se sintió fascinada por la antropología, una disciplina potencialmente interesante para cualquier profesional de la enfermería. Entonces dirigió sus estudios a la los Gadsup, un pueblo de las tierras altas orientales de Nueva Guinea. Allí convivió con los indígenas durante casi dos años mientras realizaba un estudio etnográfico y no etnoenfermería de dos de sus poblados.

Con motivo de este estudio, pudo observar no solo los rasgos singulares de esta etnia sino también un buen número de diferencias notables entre las culturas occidentales y no occidentales, en el ámbito de la asistencia sanitaria y de las prácticas de bienestar. Su investigación y desarrollo teórico han ayudado desde entonces a los estudiantes de enfermería a comprender las diferencias culturales que se dan respecto a la asistencia, la salud y la enfermedad. Su entusiasmo y profundo interés en el desarrollo de esta disciplina siempre centrada en la atención a los seres humanos, se ha mantenido vivo a lo largo de cuatro décadas.

Al ser la primera profesional en enfermería que obtuvo el grado de doctora en antropología y que inició varios programas doctorales y de máster en enfermería, Leininger ha indagado en numerosas áreas de experiencia e interés. Así ha realizado estudios detallados sobre 14 grandes culturas y ha adquirido experiencia en otras muchas etnias. Su teoría de cuidados culturales se utiliza actualmente en todo el mundo y ha adquirido una importancia creciente en la obtención de datos fundados relativos a las diversas culturas.

Afirmaciones Teóricas

Leininger ha asumido y promovido una teoría nueva y diferente de los planteamientos tradicionales de enfermería que suele definir como “conjunto interrelacionado

de conceptos, hipótesis y proposiciones que pueden comprobarse para explicar o predecir un hecho, un fenómeno o una situación”.

Leininger define teoría, como el descubrimiento sistemático y creativo de conocimientos sobre un área de interés o un fenómeno que parezca importante para comprender o explicar un cierto fenómeno desconocido. En su opinión una teoría debe tener el descubrimiento creativo de los individuos, las familias y los grupos, con sus prácticas asistenciales, valores, expresiones, creencias y acciones basadas en sus estilos de vida y su cultura, para procurar una asistencia de enfermería eficaz, satisfactoria y coherente desde el punto de vista cultural.

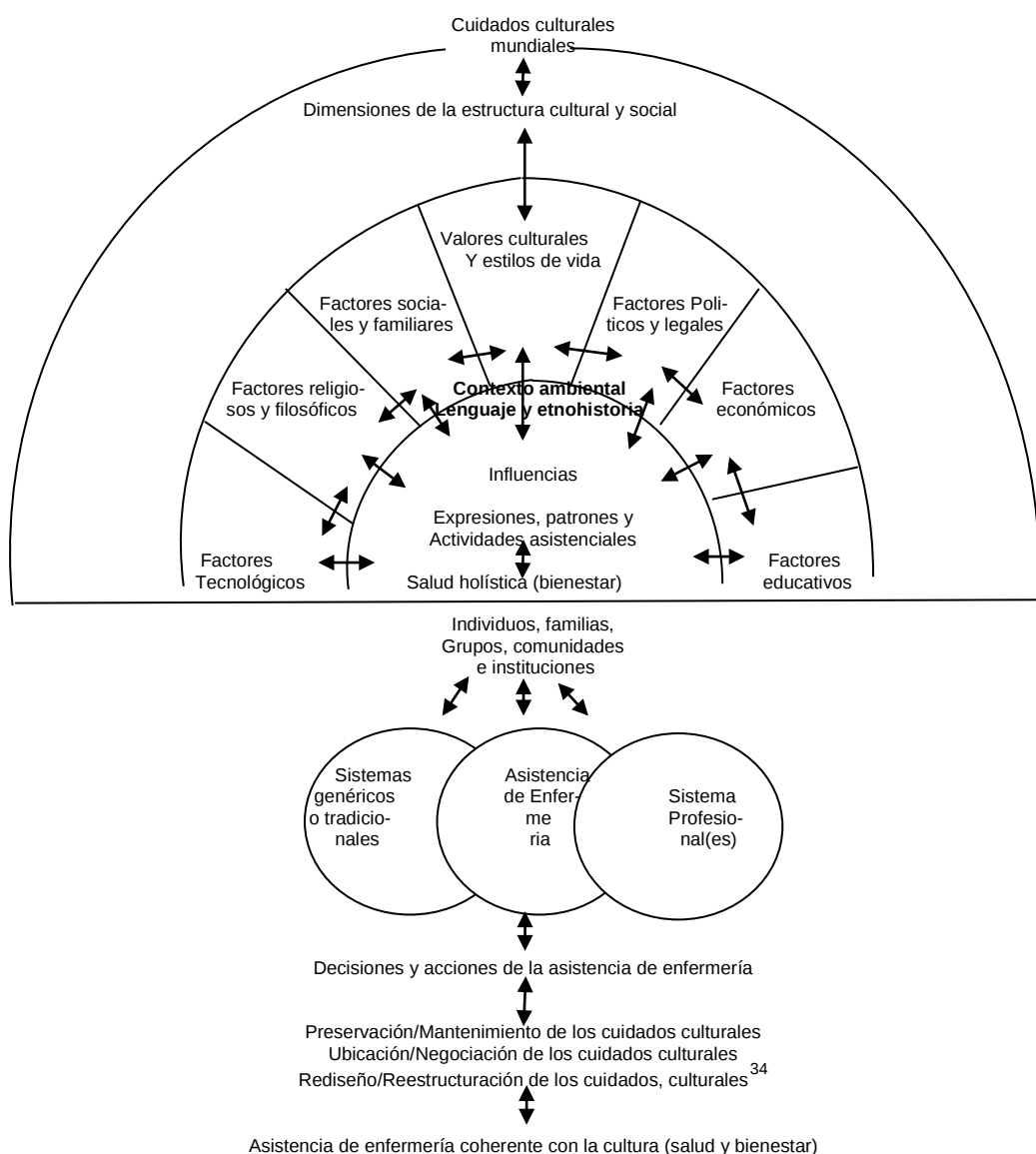
Supuestos Principales

- a. Los cuidados constituyen la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina.
- b. Los cuidados son esenciales para el bienestar de la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, y también para afrontar la discapacidad o la muerte.
- c. Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales para orientar a la práctica de esta disciplina.
- d. La enfermería es una disciplina y una profesión humanística y científica de cuidados transculturales, cuyo fin primordial es atender a los seres humanos.
- e. Toda cultura humana cuenta con prácticas y conocimientos asistenciales genéricos, normalmente con una dimensión profesional, que varían con respecto a los de otras disciplinas.
- f. En todas las culturas del mundo existen diferencias y semejanzas culturales entre el profesional que presta la asistencia y el receptor de la misma o usuario.

Método Lógico

Leininger sostiene que para entender bien los significados y alcanzar un conocimiento cultural preciso son particularmente importantes los métodos cualitativos. En cambio, los cuantitativos suelen tener un valor limitado en el estudio de las culturas y la asistencia. Cuando se combinan ambos métodos se suelen complicar las conclusiones del estudio y emplear inadecuadamente ambos paradigmas.

En la década de 1950, Leininger diseñó un modelo en forma de sol naciente para describir los componentes esenciales de su teoría. El modelo del Sol Naciente simboliza la “salida del sol (los cuidados)”. La mitad superior del círculo contiene los componentes de la estructura social y los factores de visión del mundo que influyen en la asistencia y en la salud a través del lenguaje, la etnohistoria y el contexto ambiental. Estos factores influyen también en los sistemas populares, profesionales y de enfermería, que se sitúan en la parte central del modelo. Las dos mitades compondrían un sol completo, como representación del universo que han de considerar las enfermeras para saber valorar en toda su magnitud la asistencia y la salud de los seres humanos.



³⁴ Marriner Ann Tomey, Modelos y Teorías de Enfermería, cuarta edición, Madrid España 1999, Pag. 439-462

El modelo del sol naciente describe a los seres humanos de forma inseparable de sus referencias culturales y su estructura social, visión del mundo historia y contexto ambiental, como un elemento básico de la teoría de Leininger. El sexo la raza, la edad y la clase social se consideran factores integrados dentro de la estructura social, y como tales se estudian. En cambio las dimensiones biológicas emocionales y otras relacionadas se contemplan desde un punto de vista holístico y no de forma independiente o fragmentaria.

El modelo del sol naciente mantiene un indudable valor como imagen dominante y guía en el estudio y la valoración de personas con necesidades culturales diversas y a la vez semejantes.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el desempeño del personal auxiliar de enfermería en la atención materno neonatal brindada en los Centros de Convergencia Fortalecidos de la Prestadora de Servicios de Salud FUNDAMENO en el municipio de San Cristóbal Verapaz, durante los meses de septiembre a octubre 2013.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.2.1** Identificar el cumplimiento del trato digno a usuarios proporcionado por el personal auxiliar de enfermería de los centros de convergencia fortalecidos.
- 3.2.2** Verificar el conocimiento del trabajo que posee el personal de enfermería que brinda atención en los centros de convergencia fortalecidos.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo y Diseño de la Investigación

Estudio descriptivo, observacional porque su propósito fue identificar, describir y analizar el desempeño del personal auxiliar de enfermería que brinda atención materno neonatal en los centros de convergencia, tal como lo indica Pineda (1994) “Son aquellos que están dirigidos a determinar ¿cómo es? o ¿cómo está? la situación de las variables que se estudian en una población. La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno y en quienes, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno” (14) De corte transversal porque se realizó en un tiempo determinado, durante septiembre y octubre 2,013 y es cuantitativo porque los datos que se recolectaron permitieron un análisis estadístico en cantidades numéricas.

La fuente de información primaria la conformaron 12 auxiliares de enfermería que brindan atención materno neonatal en centros de convergencia fortalecidos a quienes se les aplicó un cuestionario para la obtención de los datos.

Para el procesamiento sistematizado de los datos se utilizó la tabulación de la información recolectada en cuadros de Excel en donde se realizaron tablas y gráficas para su análisis.

La presentación de los resultados se realizó en tablas, gráficas y en forma porcentual, en donde se analizaron en relación con los objetivos del estudio y con los diferentes aspectos del marco conceptual y teórico, que sustenta esta investigación.

4.2 Sujetos de estudio

Personal auxiliar de enfermería que brinda atención materna neonatal en los Centros de convergencia fortalecidos de la PSS FUNDAMENO del municipio de San Cristóbal Verapaz.

4.3 Criterios de Inclusión

Personal auxiliar de enfermería que se encontró laborando en los centros de convergencia fortalecidos de la PSS FUNDAMENO en el municipio de San Cristóbal Verapaz, durante septiembre y octubre del año 2013, y aceptaron participar en el estudio firmando previamente el consentimiento informado.

4.4 Criterios de Exclusión

- o Personal auxiliar de enfermería que no pertenecía a las jurisdicciones de la PSS FUNDAMENO del municipio de San Cristóbal Verapaz.
- o Personal auxiliar de enfermería que no aceptara participar en el estudio, sin embargo del total de personas ninguna se negó a participar.

4.5 Operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Ítems
Desempeño del personal Auxiliar de Enfermería en la atención materno neonatal.	Conjunto de conocimientos, habilidades, capacidades y actitudes que se dan en la práctica de atención materno-neonatal.	Son todas aquellas acciones que desarrolla el personal auxiliar de enfermería en la atención Materno Neonatal.	Características sociodemográficas.	Fecha de ingreso al MSPAS Cargo que ocupa. Fecha de ingreso al puesto actual. Recibió inducción General. Recibió inducción a sus funciones. Recibe capacitación relacionada con sus funciones.
			Desempeño de funciones	1, 2, 3.
				4, 5, 6.
				7, 8, 9.
				10, 11, 12.
				13, 14, 15
				16, 17, 18
				19, 20, 21

			Trato digno en la atención	22, 23, 24
				25, 26, 27
			Conocimiento del Trabajo	28, 29, 30
				31, 32, 33
				34, 35, 36
				37, 38, 39
				40, 41, 42

4.6 Instrumento utilizado para la recolección de información.

El instrumento que se utilizó es un “Cuestionario Actitudinal y de Productividad” elaborado y avalado por El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en donde los sujetos de estudio dieron sus respuestas de acuerdo a cada ítem planteado.³⁵

Cuestionario con escala de Likert, con 3 preguntas relacionadas con las categorías de medición para evaluar el desempeño y un total de 42 ítems que indagan sobre conocimientos, habilidades, capacidades, y actitudes que medirán el nivel de desempeño.

El cuestionario consta de una primera parte que indaga acerca de las características sociodemográficas de la persona encuestada, que corresponden a las siguientes:

- o Fecha de ingreso al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
- o Cargo que ocupa.
- o Fecha de ingreso al puesto actual.
- o Recibió inducción general.
- o Recibió inducción a sus funciones.
- o Recibe capacitación relacionada con sus funciones.

A continuación mide las categorías a través de las siguientes escalas siendo abordado cada uno por 3 ítems.

- Manejo de la información: 1, 2, 3
- Iniciativa: 4, 5, 6
- Compromiso con la institución: 7, 8, 9
- Relaciones interpersonales: 10, 11, 12
- Trabajo en equipo: 13, 14, 15
- Disciplina: 16, 17, 18
- Enfoque al usuario: 19, 20, 21
- Responsabilidad: 22, 23, 24
- Puntualidad: 25, 26, 27
- Conocimiento del trabajo: 28, 29, 30

³⁵ Ibid. MSPAS. Manual de Normas y Procesos de Capacitación. Edición 2013.

- Fomento a la excelencia: 31, 32, 33
- Calidad: 34, 35, 36
- Solución de problemas: 37, 38, 39
- Cuidado y conservación de recursos: 40, 41, 42.

Los ítems son calificados siguiendo la siguiente escala:

1= Altamente Efectivo

2= Efectivo

3= Poco Efectivo

4= Inefectivo

La puntuación en cada una de las categorías de medición es igual a la suma de los ítems partido por el número de ítems. Los puntos de corte establecidos son escalares.

La puntuación varía entre 1 y 4.

Nivel bajo 1 > y < 2

Nivel medio 2 > y < 3

Nivel alto 3 > y < 4

4.7 Procedimiento para la recolección de información

El procedimiento de recolección de información en este estudio cuantitativo fue la aplicación de un Cuestionario que contiene ítems con cuatro categorías, las cuales clasificarán la respuesta que más se apegue a la realidad.

4.8 Procedimiento para garantizar aspectos éticos de la investigación

Se solicitó autorización de las autoridades locales de la Prestadora de Servicios de Salud FUNDAMENO con sede central en el municipio de San Pedro Carcha y subse de en San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz; para realizar el trabajo de campo durante los meses de septiembre y octubre 2,013.

La Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz como representante del autor del instrumento utilizado “Cuestionario Actitudinal y de Productividad” autorizó por escrito la utilización y aplicabilidad del mismo en la investigación.

Como principio de beneficencia los sujetos de estudio de esta investigación estuvieron seguros que la información que ellos proporcionaron no sería utilizada de ninguna forma contra ellos y así mismo no se lastimó la susceptibilidad ya que este principio consta el de no hacer daño.

Se respetó la dignidad humana ya que los sujetos de estudio tuvieron toda la libertad de participar voluntariamente en la entrevista que se realizó y así mismo no se ejerció amenaza o represalias por no participar en este estudio.

Así mismo se aseguró la confidencialidad de la información recolectada de manera que no puedan ser identificados quienes estén involucrados en el estudio.

A los sujetos de estudio se les proporcionó toda la información adecuada para que ellos fueran capaces de comprender y conocer que los datos que proporcionaron serían utilizados en el estudio con fines científicos y didácticos asegurando las respuestas de una manera libre y voluntaria.

Se realizó en forma individual donde la investigadora se identificó y solicitó el apoyo de las personas a quienes se les aplicó el cuestionario, previamente se les solicitó su consentimiento informado. Al concluir el trabajo se realizó tabulación, análisis y discusión de resultados.

4.9 Procedimiento de análisis de la información

Finalizada la recolección de datos con el Cuestionario Actitudinal y de Productividad, se procedió a la digitación en el paquete estadístico de Microsoft Office, EXCEL 2007. Dentro del cual se aplicaron medidas de tendencia central, para una agrupación de datos que permitió una descripción del evento y también el uso de medidas de dispersión para expresar la variabilidad de las mismas. Se utilizaron porcentajes para describir la magnitud del evento.³⁶

³⁶ DAY Robert A. y Bárbara Gastel. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Traductor Miguel Sáenz. Cuarta edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2008. ISBN 978 92 75 31621 pág. 335.

V. RESULTADOS

CUADRO 1. Relación entre años de experiencia laborando en el Ministerio de Salud y años de experiencia en el puesto de auxiliar de enfermería de los Centros de Convergencia fortalecidos.

Variable	No.	Año	Frecuencia	%
Fecha de ingreso al MSPAS	12	2008	1	8.33
		2012	8	66.67
		2013	3	25.00
Fecha de ingreso al puesto que ocupa	12	2012	4	33.33
		2013	8	66.67
Inducción General recibida	12	SI	12	100
		NO	0	0
Recibió inducción a sus funciones	12	SI	12	100
		NO	0	0

CUADRO 2. Nivel de desempeño del personal auxiliar de enfermería de los Centros de Convergencia Fortalecidos.

Manejo de la Información	No.	Mínimo	Máximo	Moda	%
Es discreto en el manejo de la información.	12	1	4	2	50
Al manejar información se muestra seguro de lo que dice	12	1	4	2	50
Dirige la información a donde corresponda de acuerdo a los procesos establecidos	12	1	4	2	50

CUADRO 3. Iniciativa del personal auxiliar de enfermería de los Centros de Convergencia Fortalecidos.

Iniciativa	No.	Mínimo	Máximo	Moda	%
Propone ideas y se involucra en la implementación de los cambios necesarios para mejorar el desempeño	12	1	4	1	50
Busca la mejora continua en el desempeño de sus funciones	12	1	4	1	50
Contribuye a la mejora de los procesos de forma innovadora	12	1	4	1	50

CUADRO 4. Compromiso con la institución del personal auxiliar de enfermería de los Centros de Convergencia Fortalecidos.

Compromiso con la Institución	No.	Mínimo	Máximo	Moda	%
Demuestra con su trabajo la obligación contraída con la institución.	12	1	4	2	58.33
Cumple con los lineamientos, políticas y procedimientos establecidos en sus funciones.	12	1	4	2	58.33
Muestra sentido de pertenencia a la institución comprometiéndose con el logro de los objetivos.	12	1	4	2	58.33

CUADRO 5. Relaciones interpersonales del personal auxiliar de enfermería de los Centros de Convergencia Fortalecidos.

Relaciones interpersonales	No.	Mínimo	Máximo	Moda	%
Se muestra discreto a las confidencias de sus compañeros	12	1	4	2	66.66
Admite sus errores con responsabilidad y se muestra dispuesto a mejorar	12	1	4	2	66.66
Es prudente en la relación con otros, no avergüenza ni culpa a otros	12	1	4	2	66.66

CUADRO 6. Trabajo en equipo del personal auxiliar de enfermería de los Centros de Convergencia Fortalecidos.

Trabajo en equipo	No.	Mínimo	Máximo	Moda	%
Se integra y aporta ideas o sugerencias que ayudan a desarrollar el trabajo	12	1	4	2	58.33
Colabora con sus compañeros para el cumplimiento oportuno del trabajo asignado	12	1	4	2	58.33
Su aporte de trabajo al equipo contribuye al mejoramiento de los objetivos	12	1	4	2	58.33

CUADRO 7. Disciplina del personal auxiliar de enfermería de los Centros de Convergencia Fortalecidos.

Disciplina	No.	Mínimo	Máximo	Moda	%
Utiliza adecuadamente la indumentaria establecida en su puesto de trabajo	12	1	4	2	66.66
Cumple con las normas establecidas por la institución	12	1	4	2	66.66
Realiza las tareas conforme a las instrucciones proporcionadas	12	1	4	2	66.66

CUADRO 8. Enfoque al usuario del personal auxiliar de enfermería de los Centros de Convergencia Fortalecidos.

Enfoque al usuario	No.	Mínimo	Máximo	Moda	%
Brinda un trato digno en el desempeño de sus funciones	12	1	4	2	58.33
Demuestra respeto y cordialidad en la relación con otros	12	1	4	2	66.66
Brinda una atención de manera oportuna y eficiente	12	1	4	2	50.00

CUADRO 9. Responsabilidad del personal auxiliar de enfermería de los Centros de Convergencia Fortalecidos.

Responsabilidad	No.	Mínimo	Máximo	Moda	%
Cumple con el trabajo que se le ha asignado	12	1	4	2	50.00
Realiza sus obligaciones sin que requiera supervisión y control permanentes, asumiendo las consecuencias por sus actos y decisiones	12	1	4	2	50.00
Pone cuidado y atención en lo que realiza o decide	12	1	4	2	50.00

CUADRO 10. Puntualidad del personal auxiliar de enfermería de los Centros de Convergencia Fortalecidos.

Puntualidad	No.	Mínimo	Máximo	Moda	%
Se presenta puntual al desarrollo de las actividades asignadas	12	1	4	2	33.33
Respeto los horarios establecidos en la institución	12	1	4	1	50.00
Entrega el trabajo de acuerdo a la programación establecida	12	1	4	2	33.33

CUADRO 11. Conocimiento del trabajo del personal auxiliar de enfermería de los Centros de Convergencia Fortalecidos.

Conocimiento del trabajo	No.	Mínimo	Máximo	Moda	%
Demuestra los conocimientos necesarios para realizar su trabajo	12	1	4	2	58.33
Aplica los conocimientos requeridos para su puesto de trabajo	12	1	4	2	58.33
Manifiesta interés en adquirir nuevos conocimientos relacionados a su área.	12	1	4	2	58.33

CUADRO 12. Fomento a la excelencia del personal auxiliar de enfermería de los Centros de Convergencia Fortalecidos.

Fomento a la excelencia	No.	Mínimo	Máximo	Moda	%
Cumple con los requerimientos y normas de su trabajo	12	1	4	2	58.33
Supera los obstáculos al buscar conseguir sus metas	12	1	4	2	66.66
Logra los objetivos de su trabajo en el tiempo previsto	12	1	4	2	66.66

CUADRO 13. Calidad del personal auxiliar de enfermería de los Centros de Convergencia Fortalecidos.

Calidad	No.	Mínimo	Máximo	Moda	%
Su trabajo es confiable	12	1	4	2	66.66
Presenta un trabajo preciso en términos de: contenido, exactitud y presentación.	12	1	4	2	75.00
Con su trabajo contribuye a satisfacer las necesidades de los usuarios	12	1	4	2	75.00

CUADRO 14. Solución de problemas del personal auxiliar de enfermería de los Centros de Convergencia Fortalecidos.

Solución de problemas	No.	Mínimo	Máximo	Moda	%
Analiza las causas de los problemas con objetividad	12	1	4	2	66.66
Propone soluciones a los diferentes problemas que se le presentan	12	1	4	2	66.66
Se involucra activamente en la solución de problemas	12	1	4	2	75.00

CUADRO 15. Cuidado y conservación de recursos del personal auxiliar de enfermería de los Centros de Convergencia Fortalecidos.

Cuidado y conservación de recursos	No.	Mínimo	Máximo	Moda	%
Cuida los bienes de la institución y los asignados a su persona	12	1	4	2	83.33
Reporta cualquier daño que sea observado a los bienes de la institución	12	1	4	2	75.00
Fomenta el cuidado y conservación de los bienes de la institución.	12	1	4	2	75.00

VI. DISCUSION Y ANALISIS

Se realizó un estudio de corte transversal con un total de 12 personas y de acuerdo a los cuadros anteriores se refleja que un 50% de los sujetos de estudio no maneja la información de forma discreta, mostrando inseguridad en lo que dice y no dirige la información a donde corresponde, así mismo no demuestran iniciativa ni buscan la mejora continua en el desempeño de sus funciones, tampoco contribuyen a la mejora de procesos de forma innovadora siendo evidente que el trabajo se realiza de forma rutinaria, sin interés de mejorar.

Se determinó que un mínimo porcentaje 33.34% de los sujetos de estudio aún no se apegan a las normas establecidas por la institución, brindan servicios de salud sin utilizar la indumentaria de acuerdo a su puesto de trabajo, siendo este un requisito indispensable para poder identificarse con los miembros de la comunidad como parte del personal de salud, así mismo demuestra el respeto, vocación y dignidad a su profesión.

Al realizar el análisis del trato digno que se brinda en la atención a usuarios el 58.33% de los sujetos de estudio brinda un trato digno en el desempeño de sus funciones, sin embargo el 33.33% no demuestra respeto y cordialidad en la relación con otros, lo cual repercute debido a que el grupo materno neonatal e infantil es prioridad en todos los programas del ministerio de salud, así mismo un 50% de los sujetos de estudio no cumplen con el trabajo asignado, y necesitan supervisión o control para realizar las tareas asignadas y no ponen cuidado en lo que realizan o deciden.

Se determinó que más del 50% de los sujetos de estudio son impuntuales al presentarse al desarrollo de sus actividades, y no entregan los productos de acuerdo a la programación establecida, lo cual repercute en buen desempeño de sus funciones y trato digno que se debe brindar de manera oportuna a los usuarios de los centros de convergencia fortalecidos.

Del personal que fue parte del estudio se evidencia que un 41.67% aun no demuestra los conocimientos, habilidades y capacidades necesarias para desempeñar su trabajo adecuadamente, manifestando interés en aprender y aplicar nuevos conocimientos en la atención materna neonatal que se brinda en los centros de convergencia fortalecidos.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1** Con base a los resultados obtenidos se concluye que un 50% de las personas que fueron parte del estudio buscan la mejora continua en el desempeño de sus funciones contribuyendo a mejorar los procesos de forma innovadora, proponiendo ideas e involucrándose en la implementación de los cambios necesarios para mejorar su desempeño, sin embargo un 50% no lo hace, lo cual puede influir en su desempeño.
- 6.1.2** Se encontró que el 58.33% de sujetos de estudio brindan un trato digno al paciente durante la prestación de servicios mientras que el 41.67% no lo hace; así mismo el 66% demuestra respeto y cordialidad en la relación con otras personas mientras que el 34% se muestran irrespetuosas. El 50% brinda una atención de manera oportuna y eficiente sin embargo el 50% no lo hace, lo cual puede afectar significativamente en la atención a los usuarios en los centros de convergencia fortalecidos.
- 6.1.3** Se ha detectado que de las 12 personas que fueron sujeto de estudio solamente 4 demuestran y aplican con mucha efectividad sus conocimientos durante la prestación de servicios de salud en los centros de convergencia fortalecidos, así mismo se evidenció el interés de seguir fortaleciendo sus conocimientos; sin embargo se determina que 8 personas demuestran y aplican de forma poco efectiva sus conocimientos y no demuestran interés en querer aprender más, lo cual puede influir de manera negativamente en su desempeño.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1** Se recomienda a las autoridades de la Prestadora de Servicios de Salud FUNDAMENO realizar supervisión capacitante que fortalezcan al personal en la mejora continua de prestación de servicios, así mismo evaluaciones periódicas de calidad en el desempeño del personal de enfermería.

- 6.2.2** Se recomienda a la Prestadora de Servicios de Salud FUNDAMENO desarrollar actividades de educación continúa con el personal de enfermería que labora en centros de convergencia fortalecidos en temas tales como relaciones interpersonales, trato digno en la atención directa, mística y vocación en la profesión, con el fin de fortalecer los conocimientos y mejorar la atención brindada a los usuarios.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BUNK, G. P. La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales en la RFA. Revista CEDEFOP, N° 1, 1994
2. Carrillo Martínez, Mónica. Martínez, Laura Elena. Escuela de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro social. Monterrey, Nuevo León, México. Cumplimiento del Indicador de Calidad Trato Digno Proporcionado por el Personal de Enfermería. Tomado de: Tafolla-Rangel Ana María. Trascendencia del cuidado enfermero en el adulto mayor Nov. 17 2007. (<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/7DF02B57-6166-4C04-9DE9-E49A1261B0BE/0/RevEnf1012007.pdf>)
3. Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral (CONOCER). Página principal. [citado 10 Jul 2006]. Disponible en: <http://www.conocer.org.mx>
4. CONSEJO NACIONAL DE CERTIFICACIÓN. www.cinterfor.org.uy
5. Constitucion de la Republica de Guatemala. Congreso de la Republica de Guatemala. Código de Salud 1997. Decreto No. 90-97.
6. CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA. Congreso de la República de Guatemala. Decretada por la Asamblea Nacional Constituyente el 31 de mayo 1985 y reformada por la consulta popular Acuerdo Legislativo 18-93. Última edición.
7. DAY Robert A. y Bárbara Gastel. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Traductor Miguel Sáenz. Cuarta edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2008. ISBN 978 92 75 31621
8. Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz, Programa Extensión de Cobertura, Consolidado de Población año 2013.
9. Diseño de formación para desempeño laboral de personal. En línea <http://www.monografias.com/trabajos91/disenio-formacion-desempeno-laboral->

<personal/disenio-formacion-desempeno-laboral-personal.shtml> consultado martes 29 julio de 2014.

10. EcuRed. Conocimiento con todos y para todos. Desempeño Laboral. Publicado sábado 19 julio 2014. http://www.ecured.cu/index.php/Desempe%C3%B1o_laboral
11. Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Una estrategia segura para la Universalización de la salud y el cumplimiento del Pacto Hambre Cero. Guatemala, Octubre 2012.
12. FUNDACION MENONITA KEKCHI DE GUATEMALA –FUNDAMENO-. Plan Técnico Para la Prestación de Servicios Básicos de Salud en el Primer Nivel de Atención del Programa de Extensión de Cobertura. Características de la Jurisdicción. 2014.
13. Gobierno de Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Salud 2000-2004 Estrategias. Guatemala.
14. GONCZI, Andrew y ATHANASOU, James. Instrumentación de la educación basada en competencias. Perspectiva de la teoría y la práctica en Australia. Limusa, 1996.
15. GONCZI, Andrew. “Análisis de las tendencias internacionales y de los avances en educación y capacitación basadas en normas de competencias”. En: ARGÜELLES y GONCZI, p.19
16. Harris, R. et al. Competency-based education: Between a rock and whirlpool. McMillan: Melbourne. En: GONCZI, op. cit. En: ARGÜELLES y GONCZI, p. 22
17. INSTITUTO NACIONAL PARA EL EMPLEO. Metodología para la ordenación de la formación profesional ocupacional. Subdirección General de Gestión de Formación Ocupacional. Madrid, 1995.
18. Katz FM, Snow R. Evaluación del Rendimiento de los Trabajadores de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
19. MACDONALD, Rod, et al. “Nuevas perspectivas sobre la evaluación”. UNESCO, París, 1995. En: CINTERFOR-OIT. Competencias laborales en la formación

profesional. Boletín Técnico Interamericano de Formación Profesional. N° 149, mayo-agosto de 2000, p. 44.

20. Marriner Ann Tomey, Modelos y Teorías de Enfermería, cuarta edición, Madrid España 1999.
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud. Coordinación Nacional de Áreas de Salud. Modelo de Extensión de Cobertura en el Primer Nivel de Atención. Guatemala, C. A. Febrero 2007.
22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Recursos Humanos en Salud. Departamento de Capacitación. Manual de Inducción General. Guatemala. C.A. Año 2010
23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de Normas y Procesos de Capacitación. Dirección General de Recursos Humanos. Departamento de Capacitación. Edición 2013.
24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de Normas y Procesos de Capacitación. Dirección General de Recursos Humanos. Departamento de Capacitación. Edición 2013
25. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Formación profesional. Glosario de términos escogidos. Ginebra, 1993
26. POSADA ALVARES, Rodolfo. Formación Superior Basada en Competencias, Interdisciplinariedad y Trabajo Autónomo del Estudiante. Facultad de Educación, Universidad del Atlántico, Revista Iberoamericana de Educación.(ISSN: 1681-5653) Bogotá, Colombia.
27. Secretaria de Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño. México.
28. Servicios de Salud materna de buena calidad. Family Care International. En línea: <http://www.safemotherhood.org/facts-and-figures/spanish/s-maternal-health.htm>

29. STEVENSON J. "The political colonization of the cognitive construction of competence". En: MISKO, Josie y ROBINSON, Chris. La capacitación basada en normas de competencia en Australia. En: ARGÜELLES y GONCZI, p. 107.
30. VARGAS ZÚÑIGA, Fernando. "De las virtudes laborales a las competencias claves: un nuevo concepto para antiguas demandas". En: CINTERFOR-OIT. Competencias laborales en la formación profesional. Boletín Técnico Interamericano de Formación Profesional. N° 149, mayo-agosto de 2000

VIII. ANEXOS

Anexo No. 01

Yo como parte de los sujetos de estudio, previamente informado y enterado de los fines de la investigación que lleva por título “**Desempeño del Personal Auxiliar de Enfermería en la atención Materno Neonatal en los Centros de Convergencia Fortalecidos en el municipio de San Cristóbal Verapaz**”, firmo la presente como constancia de mi participación informada y voluntaria, pudiendo retirarme en cualquier momento si así lo considerara necesario.

Firma_____ Fecha:_____

CUESTIONARIO ACTITUDINAL Y DE PRODUCTIVIDAD

PROPOSITO: Determinar brechas de capacitación que permitan elaborar el plan anual de capacitación para fortalecer al personal de salud.

INFORMACION GENERAL	
FECHA DE INGRESO AL MSPAS:	_____
CARGO QUE OCUPA:	_____
FECHA DE INGRESO AL PUESTO ACTUAL:	_____

INDUCCION Y CAPACITACION RECIBIDAS	
RECIBIO INDUCCION GENERAL:	SI ☐ NO ☐
RECIBIO INDUCCION A SUS FUNCIONES: :	SI ☐ NO ☐
RECIBE CAPACITACION RELACIONADA CON SUS FUNCIONES:	SI ☐ NO ☐

Lea cuidadosamente los siguientes enunciados e indique con una "X" la categoría que mejor describa el desempeño del trabajador.

CLAVE DE CATEGORIAS DE MEDICION					
1: Altamente Efectivo	2: Efectivo	3: Poco Efectivo	4: Inefectivo		
FACTORES		CATEGORIAS DE MEDICION			
		1	2	3	4
MANEJO DE LA INFORMACION:					
1. Es discreto en el manejo de la información					
2. Al manejar información se muestra seguro de lo que dice					
3. Dirige la información a donde corresponda de acuerdo a los procesos establecidos					
INICIATIVA					
4. Propone ideas y se involucra en la implementación de los cambios necesarios para mejorar el desempeño					
5. Busca la mejora continua en el desempeño de sus funciones					
6. Contribuye a la mejora de los procesos de forma innovadora					
COMPROMISO CON LA INSTITUCION					
7. Demuestra con su trabajo la obligación contraída con la institución					
8. Cumple con los lineamientos, políticas y procedimientos establecidos en sus funciones					

9. Muestra sentido de pertenencia a la Institución comprometiéndose con el logro de los objetivos				
RELACIONES INTERPERSONALES				
10. Se muestra discreto en cuanto a las confidencias de sus compañeros				
11. Admite sus errores con responsabilidad y se muestra dispuesto a mejorar				
12. Es prudente en la relación con otros, no avergüenza ni culpa a otros				
TRABAJO EN EQUIPO				
13. Se integra y aporta ideas o sugerencias que ayudan a desarrollar el trabajo				
14. Colabora con sus compañeros para el cumplimiento oportuno del trabajo asignado				
15. Su aporte de trabajo al equipo contribuye al cumplimiento de los objetivos				
DISCIPLINA				
16. Utiliza adecuadamente la indumentaria establecida en su puesto de trabajo				
17. Cumple con las normas establecidas por la institución				
18. Realiza las tareas conforme a las instrucciones proporcionadas				
ENFOQUE AL USUARIO				
19. Brinda un trato digno en el desempeño de sus funciones				
20. Demuestra respeto y cordialidad en la relación con otros				
21. Brinda una atención de manera oportuna y eficiente				
RESPONSABILIDAD				
22. Cumple con el trabajo que se le ha asignado				
23. Realiza sus obligaciones sin que requiera supervisión y control permanentes, asumiendo las consecuencias por sus actos y decisiones				
24. Pone cuidado y atención en lo que realiza o decide				
PUNTUALIDAD				
25. Se presenta puntual al desarrollo de las actividades asignadas				
26. Respeta los horarios establecidos en la Institución				
27. Entrega el trabajo de acuerdo a la programación establecida				
CONOCIMIENTO DEL TRABAJO				

28. Demuestra los conocimientos necesarios para realizar su trabajo				
29. Aplica los conocimientos requeridos para su puesto de trabajo				
30. Manifiesta interés en adquirir nuevos conocimientos relacionados a su área				
FOMENTO A LA EXCELENCIA				
31. Cumple con los requerimientos y normas de su trabajo				
32. Supera los obstáculos al buscar conseguir sus metas				
33. Logra los objetivos de su trabajo en el tiempo previsto				
CALIDAD				
34. Su trabajo es confiable				
35. Presenta un trabajo preciso en términos de: contenido, exactitud y presentación				
36. Con su trabajo contribuye a satisfacer las necesidades de los usuarios				
SOLUCION DE PROBLEMAS				
37. Analiza las causas de los problemas con objetividad				
38. Propone soluciones a los diferentes problemas que se le presentan				
39. Se involucra activamente en la solución de problemas				
CUIDADO Y CONSERVACION DE RECURSOS				
40. Cuida los bienes de la Institución y los asignados a su persona				
41. Reporta cualquier daño que sea observado a los bienes de la Institución				
42. Fomenta el cuidado y conservación de los bienes de la Institución				

Indique los temas de capacitación que el trabajador requiere en el área técnica para mejorar su trabajo:	
CONOCIMIENTOS (Saber Hacer)	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____
HABILIDADES Y DESTREZAS (Poder Hacer)	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____

Fecha: _____

Firma del colaborador: _____

PERMISO DE LA AUTORA PARA COPIAR EL TRABAJO

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente así como debe hacerse referencia correspondiente cuando se cite de forma parcial o total los contenidos en ésta tesis; sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la Ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.