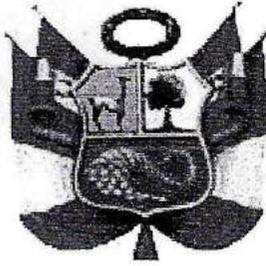


REPÚBLICA DEL PERÚ



Resolución Directoral

Lima, 10 de Diciembre del 2015



Abog. Carlos A. Rázuri Silva
Asesor Legal

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la segunda versión del "Plan Curricular del Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria, en la modalidad Virtual Autoformativa", el mismo que adjunto como Anexo 01, forma parte integrante de la presente resolución directoral.



Dr. Ricardo Díaz Urzúa
Director Ejecutivo

Artículo 2°.- Aprobar la actividad académica: **V Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria – D-PROFAM, en la modalidad Virtual - Autoformativo, Grupo VI**, convocada el 26 de agosto del año 2015, a realizarse del 19 Octubre del año 2015 al 21 Febrero del año 2016, en el marco de la segunda versión del Plan Curricular del Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria, en la modalidad Virtual Autoformativa; así como establecer que la Estructura de la Actividad Académica, los Criterios de Inscripción, así como el Cronograma de Ejecución de la misma, forman parte integrante de la presente resolución directoral.



Dr. Ricardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo

Artículo 3°.- Disponer que el Secretario Académico – Director de la Dirección de Gestión de Capacidades en Salud, de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, adopte las acciones académico - administrativas que se desprenden de la ejecución de la actividad educativa que se aprueba con la presente Resolución Directoral, bajo responsabilidad funcional.

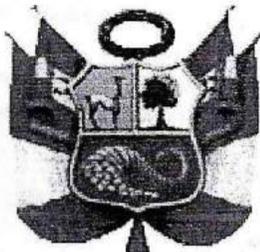


Dr. Manuel A. Núñez Vergara
Director General

Artículo 4°.- Disponer que, en el marco de lo dispuesto por la Resolución Ministerial N° 692-2014/MINSA, la precitada actividad académica: **V Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria – D-PROFAM, en la modalidad Virtual - Autoformativo, Grupo VI**, convocada el 26 de agosto del año 2015, a realizarse del 19 Octubre del año 2015 al 21 Febrero del año 2016, será certificada por la Escuela Nacional de Salud Pública ENSAP, de acuerdo a las normas vigentes en la materia.

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

REPUBLICA DEL PERU



Resolución Directoral

Lima, 10 de Diciembre del 2015



Abog. Carlos A. Razzari Silva
Asesor Legal

Que, obra el INFORME N° 28-2015-DGGDRH-AL/MINSA, del Asesor Legal de éste órgano, que sobre la base de lo actuado en el expediente, opina favorablemente a lo solicitado por el Secretario Académico de la Escuela Nacional de Salud Pública, respecto de la aprobación de la segunda versión del Plan Curricular del Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria, en la modalidad Virtual Autoformativa, así como a la aprobación de la actividad académica: V Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria – D-PROFAM, en la modalidad Virtual - Autoformativo, Grupo VI, convocada el 26 de agosto del año 2015, a realizarse del 19 Octubre del año 2015 al 21 Febrero del año 2016, en el marco de la citada segunda versión del Plan Curricular del Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria, en la modalidad Virtual Autoformativa, estableciéndose que en atención a los plazos de la convocatoria que ha dado inicio a la actividad académica, y en virtud de la finalidad de la misma, resulta necesario otorgar efectos anticipados a la actividad académica con fecha al 26 de agosto del año 2015, en la que ha sido convocada y a partir de la cual se ha iniciado las acciones administrativas correspondientes a su desarrollo;



Dr. Pedro Diaz Uruega
Ejecutivo Adjunto I

Que, en atención a lo expuesto a través de los documentos citados, resulta necesario expedir el acto resolutorio que apruebe lo solicitado por el Secretario Académico de la Escuela Nacional de Salud Pública; y



Dr. Lizardo A. Huanán Astigola
Director Ejecutivo

Con el visado del Director Ejecutivo de la Dirección de Gestión de Capacidades en Salud, del Asesor Legal y del Ejecutivo adjunto I;



Dr. Manuel L. ...
Director General

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; en la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444, en la Resolución Ministerial N° 692-2014/MINSA, que inicia el proceso de reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública - ENSAP, en la Resolución Directoral N° 005-2014-DGGDRH/ENSAP/MINSA, que aprueba la Directiva Académica N° 001-DGGDRH-ENSAP/MINSA: Procesos y Procedimientos para la Gestión de los Programas Académicos de la Escuela Nacional de Salud Pública y en la Resolución Directoral N°003-2015-DGGDRH/ENSAP/MINSA, que aprueba la Directiva Académica N° 002-DGGDRH-ENSAP/MINSA: Procedimientos para otorgar Certificación de Programas Académicos de la Escuela Nacional de Salud Pública – ENSAP;

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

014-2015-DGGDRH/
EXSA P/MINSA

MINISTERIO DE SALUD

Nº.....

REPUBLICA DEL PERU



Resolución Directoral

Lima, 10 de Diciembre del 2015



Carlos A. Ríos Silva
Asesor Legal

Que, se han dispuesto los criterios para la inscripción de los participantes de la actividad académica: V Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria – D-PROFAM, en la modalidad Virtual - Autoformativo – Grupo VI:



Dr. Pedro Díaz Uruegas
Ejecutivo Adjunto I

a) Profesionales, técnicos y/o auxiliares de salud que estén realizando labor asistencial, que no ha realizado en ninguna modalidad el DPROFAM, procedentes de las GERESAs/DIRESAs: Ancash, Apurímac, Cusco, Huánuco, Junín, Lambayeque, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno.

b) Profesionales, técnicos y/o auxiliares de salud que estén realizando labor asistencial, que no ha realizado en ninguna modalidad el DPROFAM, procedentes de las REDES DE SALUD de las siguientes DIRESAs/GERESAs:



Dr. Alvaro A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo

- LA LIBERTAD: Otuzco, Pacasmayo, Ascope, Bolivar, Chepén, Gran Chimú, Julcán, Pataz, Santiago de Chuco, Virú.
- AMAZONAS: Bagua, Condorcanqui.
- SAN MARTÍN: Lamas, Moyobamba, Mariscal Cáceres, Bellavista, El Dorado, Huallaga, Picota, Tocache.
- LORETO: Maynas Periférica, Alto Amazonas, Loreto, Datem, Ramón Castilla, Requena, Ucayali.
- UCAYALI: Aguaytia, Atalaya.
- AYACUCHO: Centro, San Francisco, Puquio, Coracora, San Miguel.
- HUANCAVELICA: Acobamba, Angaraes, Churcampá, Castrovirreyna, Huaytara.
- AREQUIPA: Camana Caraveli, Castilla-Condesuyos-La Unión.
- CAJAMARCA: Bambamarca, Cajabamba, Celendín, Chota, Contumaza, Cutervo, Jaén, San Ignacio, San Marcos, San Miguel San Pablo, Santa Cruz, Socotá.
- CALLAO: Ventanilla.
- REGIÓN LIMA: Huaral-chancay, Huaura-Oyón, Huarochirí, Barranco-Chorrillos-Surco, Canta, Lima Ciudad, Lima Este Metropolitana, Lima Norte, San Juan de Miraflores-Villa María del Triunfo, Túpac Amaru, Rímac- San Martín de Porres-Los Olivos, Villa El Salvador-Lurín-Pachacamac-Pucusana, Chilca-Mala.



Dr. Manuel L. Muñoz Vergara
Director General

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

REPUBLICA DEL PERU



Resolución Directoral

Lima, 10 de Diciembre del 2015

- c) Profesionales, técnicos y/o auxiliares, que tengan la condición de DESAPROBADOS, así como los que habiéndose inscrito, no desarrollaron la actividad académica y tengan la condición de NO SE PRESENTO.
- d) SOLO accederán los profesionales, técnicos y/o auxiliares, de acuerdo al artículo 3, numeral 3.2, incisos a) y b), que actualmente estén laborando en el primer nivel de atención.
- e) Todo participante inscrito, debe tener acceso a INTERNET en su comunidad o comunidad cercana, asimismo deberá registrar CUENTA DE CORREO ELECTRONICO PERSONAL.



Que, los procedimientos de la Escuela Nacional de Salud Pública están sujetos a las disposiciones académico-administrativas, en correspondencia con la planificación, aprobación, implementación, ejecución y culminación de los programas académicos que se ofrecen, conforme se establece de la Resolución Directoral N° 005-2014-DGGDRH/ENSAP/MINSA, que aprueba la Directiva Académica N° 001-DGGDRH-ENSAP/MINSA, respecto de los Procesos y Procedimientos para la Gestión de los Programas Académicos de la ENSAP;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 692-2014/MINSA, se ha delegado al Director General de este órgano, funciones de la Escuela Nacional de Salud Pública en adición a las que se establecen en el Reglamento de Organización y Funciones de la Entidad, las que se detallan; siendo que en relación a las funciones delegadas, es atribución el decidir y resolver con el debido cumplimiento de los requisitos legales que cada caso requiere; en tal condición, asume la responsabilidad de suscribir los documentos a expedirse por la Escuela Nacional de Salud Pública;

Que, del mismo modo, se ha establecido lo correspondiente al citado Director Ejecutivo de la Dirección de Gestión de Capacidades en Salud de este órgano a través de la Resolución Directoral N° 005-2014-DGGDRH/ENSAP/MINSA, en relación a las actividades académico administrativas, del correcto cumplimiento y aplicación de los procesos y procedimientos en los que están involucrados los docentes y participantes;



COPIA FIEL DEL ORIGINAL

014-2015-DGGDRH/
ENSAO/MHSA

MINISTERIO DE SALUD

Nº.....

REPUBLICA DEL PERU



Resolución Directoral

Lima, 10 de Diciembre del 2015



Abog. Carlos A. Razuri Silva
Asesor Legal



Dr. Pedro Díaz Umeaga
Ejecutivo Asesor



Dr. Lizardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Dr. Manuel L. Cárdenas Vergara
Director General

- En relación a las oportunidades de evaluación, en todos los casos el Sistema registrará la última calificación obtenida.
- Para aprobar el DPROFAM deberá obtener calificación aprobatoria en los cinco módulos y sus respectivas unidades de aprendizaje.
- En caso no apruebe uno o dos módulos como máximo, el participante solicitará la subsanación mediante documento dirigido al Director General de la Dirección de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, dentro de los diez días hábiles de publicado los resultados de aptos para el examen de subsanación. La solicitud de subsanación se enviará vía electrónica a través de la plataforma virtual educativa de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos.
- Sólo se aceptará subsanación hasta uno o dos módulos desaprobados, **no accederán los que se inscribieron y no desarrollaron ninguna evaluación.**
- El examen de subsanación es único por cada módulo. y tendrá **dos oportunidades** por examen.

Que, en relación a la aprobación de la Actividad Académica: V Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria – D-PROFAM, en la modalidad Virtual - Autoformativo – Grupo VI, ella está considerada sobre la base de la segunda versión del Plan Curricular del Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria, en la modalidad Virtual Autoformativa, considerando la estructura de la actividad académica, los criterio de inscripción, así como el Cronograma de Ejecución de la misma;

Que, mediante INFORME N° 253-2015-DC-DGGDRH/MINSA, hecho suyo por el Secretario Académico de la Escuela Nacional de Salud Pública, se establece el inicio de un nuevo grupo para que desarrolle el diplomado citado, aprobándose el Texto del COMUNICADO N° 07-2015-DGGDRH/MINSA por el Director Académico, de donde se establecen los criterios para la inscripción, señalándose como fecha de inscripción del 26 de agosto al 13 de septiembre del 2015, y mediante Comunicado N° 09-2015-DGRH/MINSA, se determina, la fecha de inicio del diplomado el 19 de octubre del año 2015;

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

REPUBLICA DEL PERU



21 DIC 2015

Resolución Directoral

Lima, 10 de Diciembre del 2015



Abog. Carlos A. Rázuri Silva
Asesor Legal

Que, en relación a la segunda versión del Plan Curricular del Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria, en la modalidad Virtual Autoformativa, en su aspecto normativo se enmarca dentro la Ley Universitaria N° 30220, la Ley del Servicio Civil N° 30057, en el extremo del artículo 16°, inciso a), en cuanto a la formación laboral a través de diplomados que no conducen a grado académico, lo cual resulta concordante con lo establecido para el marco legal de la ENSAP;



Dr. Pedro Díaz Urteaga
Ejecutivo Adjunto I

Que, en el aspecto académico administrativo, se señala que estando a los alcances de la Directiva Académica N° 001-DGGDRH-ENSAP/MINSA: Procesos y Procedimientos para la Gestión de los Programas Académicos de la Escuela Nacional de Salud Pública - ENSAP, aprobada mediante Resolución Directoral N° 005-2014-DGGDRH/ENSAP/MINSA, se ha realizado adecuaciones al Plan Curricular, específicamente de forma, respetado los contenidos y que el mismo consta de cinco módulos, con un determinado número de créditos por cada uno de ellos, con un total de 25 créditos; en un contexto de desarrollo de las Tecnologías de la Información y Comunicación - TICs y las herramientas para la capacitación a distancia, considerando los costos que implica realizar reuniones presenciales de capacitación y el traslado de los participantes hacia los centros de capacitación;



Dr. Lizardo A. Heamán Angulo
Director Ejecutivo

Que, el Plan Curricular señala en el área de Evaluación los siguientes criterios:

- La evaluación del DPROFAM es por cada unidad de aprendizaje de los cinco módulos.
- La calificación utiliza la escala vigesimal y la nota aprobatoria de cada unidad de aprendizaje y de cada módulo es doce (12). En el promedio final de cada módulo, toda fracción igual o mayor a 0,5 es redondeada al entero inmediato superior.
- El alumno tiene un máximo de **tres oportunidades para rendir la evaluación regular por cada unidad de aprendizaje**. En caso obtenga una calificación desaprobatoria, **tendrá tres nuevas oportunidades para rendir la evaluación como sustitutorio por cada unidad**.



Dr. Manuel L. Naranjo Vergara
Director Ejecutivo

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

014-2015-DGGDRH/
ENSAP/MINSA

MINISTERIO DE SALUD

Nº.....

REPUBLICA DEL PERU



Resolución Directoral

Lima, 10 de Diciembre del 2015



Abog. Carlos A. Razeri Silva
Asesor Legal

Que, en este sentido mediante la Segunda Disposición Complementaria Final, del Decreto Supremo N° 032-2014-SA, se establece que el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria – PROFAM, es una de las estrategias para el fortalecimiento de las competencias del personal de la salud en el primer nivel de atención;



Dr. Pedro Díaz Urteaga
Ejecutivo Asesor

Que, debe tenerse presente que el régimen del Servicio Civil, Decreto Legislativo N° 1023, es de alcance a todas las entidades del sector público en la gestión de los recursos humanos y que las disposiciones sobre gestión de capacitación se encuentran contenidas en el Título III de la Ley del Servicio Civil, el cual no es de aplicación supletoria a las carreras especiales, debiéndose agregar que los entes rectores promueven y desarrollan capacitación en el ámbito de su competencia, al amparo del artículo 13° del Reglamento de la Ley del Servicio Civil;



Dr. Ricardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo

Que, sobre la base de estas consideraciones se ha de estimar realizar aquellas actividades académicas, en el marco de la Ley del Servicio Civil, al tratarse de carrera especial; y en lo correspondiente a lo determinado por el Decreto Legislativo N° 1153, que hacen necesario al ente rector, Ministerio de Salud, realizar las mismas en favor del personal de la salud;

Que, es mediante mediante Resolución Directoral N° 001-2014-DGGDRH-ENSAP/MINSA, de fecha 16 de setiembre del año 2014, que se aprobó el Plan Curricular del Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria - Material Autoformativo;

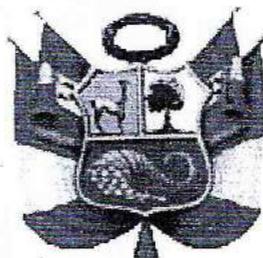


Dr. Manuel L. Muñoz Vergara
Director General

Que, mediante el Informe de vistos, el Secretario Académico de la Escuela Nacional de Salud Pública - Director de la Dirección de Gestión de Capacidades en Salud, hace suyo el el INFORME N° 315-2015-DC-DGGDRH/MINSA, sobre Informe Técnico para la aprobación de la segunda versión del citado Plan y para la aprobación de la actividad académica: V Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria – D-PROFAM, en la modalidad Virtual –Autoformativo, Grupo VI; remitiéndolo al Director Académico de la Escuela Nacional de Salud Pública, Director General de este órgano, para su aprobación;

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

REPUBLICA DEL PERU



Resolución Directoral

Lima, 10 de Diciembre del 2015



Abog. Carlos A. Rázuri Silva
Asesor Legal

VISTOS:

El Expediente N° 15-099710-001, que contiene el INFORME N° 316-2015-DGRH-DC/MINSA, sobre solicitud de aprobación del nuevo Plan Curricular del Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria, en la modalidad Virtual - Autoformativa, segunda versión y de aprobación de la Actividad Académica: V Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria - D-PROFAM, en la modalidad Virtual -Autoformativo, Grupo VI; y



Dr. Pedro Díaz Urteaga
Ejecutivo Adjunto I

CONSIDERANDO:

Que, con motivo de la reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública y su proceso de inicio de su reactivación, se ha delegado al Director General de este órgano, en adición a sus funciones, las que se detallan, entre otras, conducir y regular programas y proyectos de capacitación, formación y especialización, de acuerdo a las necesidades del país;



Dr. Libardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo

Que, a estos efectos, el marco normativo le permite a la Escuela Nacional de Salud Pública otorgar a nombre de la nación el grado de bachiller y los títulos de licenciado respectivos, siendo que por los alcances del Decreto Ley N° 23072, ofrece estudios de maestría de carácter profesional en el campo de la salud pública. Sin embargo, no se encuentra dentro de sus alcances estudios que conduzcan a la obtención de segunda especialidad profesional, ni se encuentra dentro del ámbito de competencia, conforme a su norma de creación, el personal auxiliar (técnico y auxiliar asistencial);

Que, sin embargo, se debe meritar que mediante Decreto Legislativo N° 1153, que Regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del personal de salud al servicio del Estado, se estableció a favor del personal de la salud, entre otras, bonificaciones por valorización priorizada, condicionada al cumplimiento de un perfil; así el Decreto Supremo N° 032-2014-SA, aprobó los perfiles para la percepción de la valorización priorizada por atención primaria de salud para los profesionales de la salud y técnicos y auxiliares asistenciales; y por atención especializada para los profesionales de la Salud, en el marco del Decreto legislativo N° 1153 y modificatorias;

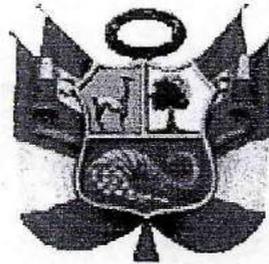


Dr. Manuel L. Noriega Vergara
Director General

COPIA FIEL

014-2015-DGGDRH/
ENSAP/MIHSA

REPUBLICA DEL PERU



MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Que he tenido a la vista

Elizabeth Nilda Medina Alva

ELIZABETH NILDA MEDINA ALVA
FEDATARIO

24 DIC 2015 N° Reg. 2062

Solo para uso de la Institución o Ambito del Sector



Abog. Carlos A. Ramírez Silva
Asesor Legal

Resolución Directoral

Lima, 10 de Diciembre del 2015



Dr. Pedro Juan Urteaga
Gerente Adjunto

Artículo 5°.- Otorgar efectos anticipados al 26 de agosto del año 2015, a la Actividad Académica que se aprueba mediante el artículo 2° de la presente resolución directoral, fecha a partir de la cual se han iniciado las acciones administrativas correspondientes al desarrollo de la misma, por las consideraciones técnicas expuestas a través del expediente de vistos.

Artículo 6°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones del Ministerio de Salud publique la presente Resolución Directoral en la página web del Ministerio de Salud.

Regístrese y comuníquese



Dr. Lizardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo

MINISTERIO DE SALUD

DR. MANUEL LEON NUÑEZ VERGARA
Director General
Oficina General de Asesoría del Desarrollo
de Recursos Humanos

Manuel Leon Nuñez Vergara



PERÚ

Ministerio de Salud



PROGRESO PARA TODOS

ANEXO 1

DIPLOMADO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

(Segunda Versión)

MODALIDAD VIRTUAL AUTOFORMATIVA



Dr. Lizardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Dr. Lizardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo

DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE GESTIÓN DE CAPACIDADES

ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

2015

COPIA FIEL DEL ORIGINAL



21 DIC 2015

ÍNDICE

CAPITULO 1

PLAN CURRICULAR

1. **MARCO TEÓRICO**
2. **BASE LEGAL**
3. **ESTRUCTURA CURRICULAR**
 - 3.1 Objetivo
 - 3.2 Fundamentación
 - 3.3 Perfil del egresado
 - 3.4 Estructura del plan de estudios
 - 3.5 Sumillas
 - 3.6 Estrategias de didácticas y material educativo
 - 3.7 Evaluación
4. **PROCESOS ACADÉMICOS ADMINISTRATIVOS**
 - 4.1 Coordinación académica
 - 4.2 Requisitos para la postulación
 - 4.3 Proceso de admisión
 - 4.4 Matrícula
 - 4.5 Certificación
5. **MONITOREO Y SUPERVISIÓN**

CAPITULO 2

ESTRUCTURA DE LOS SÍLABOS

1. **SILABO DEL MODULO 1:**
Características de la Población y sus Determinantes Económicos, Culturales y Sociales
2. **SILABO DEL MODULO 2:**
Participación Comunitaria, Social y Ciudadana
3. **SILABO DEL MODULO 3:**
Organización y Gestión de los Servicios para el Trabajo Intramural y Extramural
4. **SILABO DEL MODULO 4:**
Atención Integral de Salud a la Familia promoviendo Prácticas y Entornos Saludables
5. **SILABO DEL MODULO 5:**
Atención Integral de Salud a la Persona I y II

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

Anexo 1: Glosario de Términos

**DIPLOMADO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON
ENFOQUE EN SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIA
Modalidad Virtual Autoformativa**

Capítulo 1

PLAN CURRICULAR

J.
P.A.

1. MARCO TEÓRICO

El Perú presenta un sistema de salud fragmentado y segmentado, con múltiples problemas derivados de una débil rectoría, coordinación ineficaz entre los niveles de atención y servicios de salud dirigidos a resolver daños prevenibles, el resultado es un sistema de salud deficiente. Las mejoras en los indicadores sanitarios han acompañado al mejoramiento de la situación socioeconómica del país y al énfasis en programas focalizados en el grupo de mujeres gestantes y niños. Sin embargo, hace falta una mejor organización del sistema para atender las necesidades de salud de toda la población, garantizando el acceso a servicios de calidad, continuidad de la atención con un mismo equipo prestador de servicios, atención centrada en las personas con un enfoque biopsicosocial, en el contexto de sus familias y comunidades, y coordinación entre los niveles resolutivos.

En el mundo, los mejores resultados se han logrado en sistemas de salud que rigiéndose por principios como la solidaridad y la equidad, tienen su base en la Atención Primaria de Salud (APS). En el marco de la Reforma del Sector Salud en el Perú, se plantea seguir ese camino para lograr una población más saludable. Otro aspecto importante, y que ha sido considerado en el Documento de Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud, es el fortalecimiento de los recursos humanos en salud (RHUS), en especial del primer nivel de atención. En los próximos años se espera que los trabajadores asistenciales del primer nivel de atención, logren las competencias necesarias para atender oportunamente las necesidades de salud de la población de la que son responsables, en un ámbito territorial local. De acuerdo a lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al servicio del Estado, los Decretos Supremos N° 011-2013-SA y N° 013-2013-SA, que aprueban los perfiles para la percepción de la valorización priorizada por Atención Primaria de Salud y atención especializada para los profesionales de la salud y el personal técnico y auxiliar asistencial, a que se refiere el Decreto Legislativo N° 1153, y la Resolución Ministerial N° 660-2013/MINSA que aprueba el primer listado de las Micro Redes priorizadas en las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud, así como la Resolución Ministerial N° 732-2014/MINSA, que aprueba el segundo listado de Micro Redes, priorizadas de las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o sus equivalentes en el Ministerio de Salud, el Instituto de Gestión de Servicios de Salud y los Gobiernos Regionales, para el otorgamiento de la entrega por atención primaria de salud.

El Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad, aprobado con Resolución Ministerial N° 464-2011, establece componentes para su implementación, uno de ellos el "Componente de Gestión" teniendo entre sus elementos al Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud PROSALUD; el Plan Sectorial Concertado y Descentralizado de Desarrollo de Capacidades en Salud 2010-2014, PLANSALUD y al Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria PROFAM, este último está compuesto por fases.¹

En tal sentido, y de acuerdo al Decreto Supremo N° 011-2013-SA, los profesionales, técnicos y auxiliares asistenciales de las Micro Redes priorizadas deben ser inscritos y acreditar haber culminado satisfactoriamente el Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria.

Fase 1: Diplomatura de Atención Integral con Enfoque en Salud Familiar y Comunitaria D-PROFAM, dirigida al EBS
 Fase 2: Segunda Especialidad de Salud Familiar y Comunitaria, dirigida a los profesionales del EBS-FC
 Fase 3: Segunda Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, dirigida a los profesionales médicos del EBS-FC

DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
 ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

COPIA FIEL DEL ORIGINAL



Elizabeth Huamani Ayala
 Jefe de Equipo



21 DIC 2015

SITUACIÓN DE SALUD DEL PAÍS

El Perú, por su diversidad geográfica, social y cultural, presenta problemas de accesibilidad a los diferentes niveles de atención del Sistema de Salud. Según, datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI 2013), el 25,8% de la población peruana se encontraba en situación de pobreza, siendo predominante en el área rural (53%). Los Departamentos con los niveles más altos de pobreza son Apurímac, Cajamarca, Ayacucho y Huancavelica, cuyo rango varía entre 45% y 55,5%. A esta situación corresponden también brechas de accesibilidad y cobertura. Los indicadores de salud muestran que la mortalidad materna en el Perú disminuyó de 185 muertes por cada 100 mil nacidos vivos (año 2000) a 93 por cada 100 mil nacidos vivos (año 2010); sin embargo, es necesario redoblar esfuerzos para cumplir con la meta del V Objetivo del Desarrollo del Milenio que implica disminuir la cifra a 66 por cada 100 mil nacidos vivos como razón de mortalidad materna para el año 2015.

Según la ENDES 2012, la desnutrición crónica en menores de 5 años afectó al 18,1% reduciéndose desde 30,1% (el año 2000). Los más afectados por este problema de salud fueron los niños residentes en áreas rurales (31,9%). Respecto a las enfermedades infantiles, según la ENDES 2012, el porcentaje de niños con infecciones respiratorias agudas (IRAs) en las dos semanas anteriores a la encuesta fue de 13,9%, menor al encontrado en la ENDES 2009 (16%) y la prevalencia de diarrea entre niños menores de cinco años de edad alcanzó 12,3%, un porcentaje menor al encontrado en 2009 (14%). Otro aspecto importante son las enfermedades neuropsiquiátricas presentan una importante carga de enfermedad y representan el 16% de total de años de vida saludables perdidos en la población peruana debido a su cronicidad (Velásquez A. y col., 2009). En este ámbito se incluyen el estrés excesivo, la violencia y el maltrato en sus diversas modalidades, la discriminación, la fragmentación del tejido social, los trastornos depresivos y de ansiedad, el abuso y dependencia del alcohol y otras adicciones, las psicosis, las conductas suicidas, los trastornos de personalidad moderados, las demencias y los trastornos emocionales y del comportamiento en niñas, niños y adolescentes. (NIMH, 2013; Barra, 2009). (INSM-EESM: 2002, 2003, 2004, 2005, 2011).

La experiencia internacional demuestra que los modelos de atención orientados a la Atención Primaria de Salud, cambian los paradigmas del modelo biomédico, consideran a la familia en su estructura, relaciones, ciclo evolutivo, recursos internos, patrón de salud-enfermedad y el efecto terapéutico de la relación equipo de salud-persona-familia.

Enfrentar en este contexto las necesidades de salud descritas, plantea la generación de importantes cambios, para mejorar la accesibilidad, oportunidad y calidad de atención, todo ello implica el fortalecimiento del primer nivel de atención, para que la oferta de la cartera de servicios a través de una amplia red sanitaria, sea percibida y genere mayor satisfacción en los usuarios; este proceso debe estar vinculado al mejoramiento del Sistema de Referencias, lo que permitirá una vinculación más racional y fluida con los otros niveles de atención.

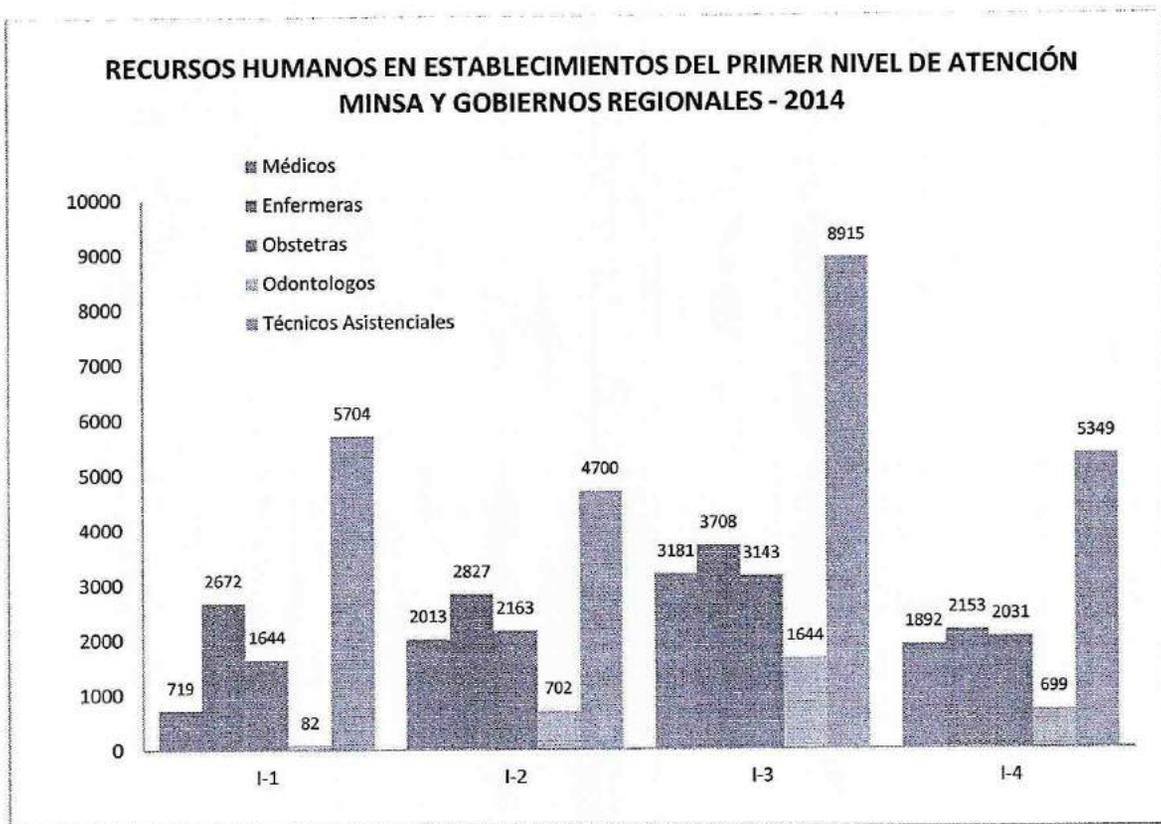
SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD (RHUS)

Los RHUS son todos los trabajadores que contribuyen directamente o indirectamente al cumplimiento de las funciones del Sistema Nacional de Salud, independientemente de su profesión y del organismo donde trabajan. Los RHUS son un capital muy valioso, capaz de innovar y revolucionar los procesos del trabajo en salud, llevando a que sea necesario reclutar y mantener a los mejores trabajadores en la organización, dando el máximo de sí, con una actitud positiva y alto nivel de satisfacción laboral.

Desde el año 2013 se han formulado un conjunto de normas relacionadas a mejorar la política salarial del personal de la salud al servicio del Estado, destacando las valorizaciones priorizadas y las compensaciones por temas específicos como por ejemplo Atención Primaria de Salud, trabajo en zonas alejadas y de frontera, pago por atención especializada y autorización de los servicios complementarios en salud, entre otros. Sin embargo, persisten algunas debilidades relacionadas a la desarticulación entre los procesos formativos, los perfiles del personal de la salud y las necesidades de la población; al mismo tiempo la gestión de los recursos humanos en la mayoría de las DISAS, DIRESAS y GERESAS está a cargo de profesionales sin las competencias adecuadas.

Recientemente se ha reactivado y potenciado el Observatorio de Recursos Humanos de Salud bajo la conducción por la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), cuyo objetivo principal es generar conocimiento e información basada en evidencias para mejorar la toma de decisiones, la calidad y efectividad de las políticas vinculadas a los recursos humanos en salud.

Respecto a los RHUS en establecimientos del primer nivel de atención, el Observatorio de RHUS, nos da la siguiente información al 2012.



Nota: Incluye profesionales SERUMS, No incluye a personal de sedes administrativas

Fuente:

BD de Recursos Humanos MINSA y Gobiernos Regionales - 2014-ORHUS-DGGDRH

Elaborado por: Observatorio de Recursos Humanos en Salud -DGGDRH-MINSA



PLAN DE DESARROLLO DE LAS PERSONAS (PDP).

En el marco de los lineamientos de la Política de Modernización de la Gestión Pública se ha planteado impulsar las reformas que viene implementando la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) con la finalidad de contar con un personal idóneo para el cumplimiento de los objetivos institucionales y generar compromiso hacia una cultura de servicio al ciudadano. En tal sentido, habiéndose definido el sistema administrativo de gestión de recursos humanos y los ocho subsistemas correspondientes, dentro de los cuales se encuentra la gestión del desarrollo y la capacitación, SERVIR ha elaborado el marco normativo para la implementación del PDP.

El PDP es el instrumento de gestión que tiene como finalidad implementar estrategias de desarrollo de capacidades más adecuadas y que contribuyan al cierre de brechas de competencias de los servidores para el mejor cumplimiento de sus funciones y contribuyan al logro de los objetivos institucionales.

En el Sector Salud, se ha elaborado el documento de Política "Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud", el que plantea entre sus retos, extender mejoras en el estado de salud de toda la población e instaurar una cultura de prevención y protección de la salud en la sociedad, para lo cual se requiere que los Recursos Humanos en Salud, tengan las competencias necesarias para garantizar la calidad en el primer nivel de atención con énfasis en la Atención Primaria de Salud. El Ministerio de Salud promueve que en coherencia con el Plan Estratégico y el Plan Operativo Anual, todas las Unidades Ejecutoras elaboren su PDP Quinquenal (estratégico) y el PDP Anual (operativo), en ellos deben incorporarse las acciones de capacitación de los temas vinculados al desarrollo de competencias para la Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria (Diplomado).

DIPLOMADO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

El Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria es una estrategia de desarrollo de competencias en servicio, que busca desarrollar y/o fortalecer las competencias de los RHUS que laboran en el primer nivel de atención para mejorar su desempeño comunitario, las intervenciones de promoción y prevención, procurando una mejor calidad de vida y atención de las necesidades de salud de su población, lo que contribuiría a la reorientación de los servicios hacia la Atención Primaria de Salud. En el 2011 se validó el enfoque metodológico, capacitando a 311 profesionales y técnicos asistenciales en diferentes partes del país, esta experiencia y las percepciones de diferentes actores sociales y sanitarios, han permitido proponer un diseño mejor adaptado a las características de las Micro Redes en cada ámbito regional, como se detalla en el siguiente cuadro:

N°	REGIONES	MEDICO	LIC. ENFERMERIA	OBSTETRA	TECNICO DE ENFERMERIA	NUTRICIONISTA	BIOLOGA	ANTROPOLOGO	ODONTOLOGO	TOTAL
1	APURIMAC	8	14	11	10	2				45
2	AYACUCHO	21	20	25	20		1	1		88
3	DISA LIMA SUR	3	2	3	2					10
4	DISA LIMA ESTE	6	3	3	3					15
5	DISA LIMA CIUDAD	4	3	3	3					13
6	HUANCAVELICA	10	24	19	16				1	70
7	LORETO	12	14	14	10					50
8	CALLAO	7	5	4	4					20
TOTAL		71	85	82	68	2	1	1	1	311


 Dr. Lizardo A. Huamán Angulo
 Director Ejecutivo


 Dr. Lizardo A. Huamán Angulo
 Director Ejecutivo

COPIA FIEL DEL ORIGINAL


 MINISTERIO DE SALUD
 FEDATARIO

21 DIC 2015

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Los pilares y valores sobre los cuales se sustenta la Atención Primaria de Salud (APS) son la equidad, la solidaridad y la universalidad de la salud, como derecho humano fundamental. Por tanto, los elementos esenciales que debe presentar un sistema de salud, basado en la APS, son: acceso y cobertura universal, atención integral e integrada, énfasis en la promoción y la prevención, atención apropiada con calidad, orientación familiar y comunitaria, mecanismos activos de participación, marco legal e institucional, organización y gestión óptimas, políticas y programas pro equidad, recursos humanos apropiados y competentes, recursos financieros suficientes adecuados y sostenibles, y acciones intersectoriales e interculturales.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los determinantes de la salud son definidos por la OMS como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

El derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar (ESNSF) se creó en 2009, con la finalidad de contribuir a mejorar la salud de la persona, familia y comunidad a través de la atención integral y accesibilidad a los servicios de salud con atención de calidad. Las intervenciones están orientadas al cumplimiento de los objetivos sanitarios priorizados mediante las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, con enfoque de salud familiar y comunitaria, priorizando a la población más vulnerable. La ESNSF está encaminada a generar un espacio de articulación intra e intersectorial que promueva y coordine el desarrollo de la Salud Familiar, incorporando a los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local).

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD

Con este modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, se entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que centre su atención en las familias, priorizando actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, preocupándose de las necesidades de salud de las personas antes de que aparezca la enfermedad y entregándoles herramientas para su auto cuidado. Da énfasis a fomentar la acción intersectorial y a fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria a fin de mejorar las condiciones de salud.

Para tal propósito, busca articular esfuerzos, recursos y capacidades con la comunidad y la sociedad civil organizada, asegurar el financiamiento interno y externo, equitativo y sostenible, en pro de la APS, y contar con un sólido marco regulatorio, que asegure legalidad y legitimidad, elementos claves para su implementación y sostenibilidad en el tiempo.



DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

21 DIC 2015

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

EL FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Para garantizar el acceso de la población a los servicios de salud, el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales cuentan con 7447 establecimientos de salud: 11 institutos especializados, 146 hospitales, 1331 centro de salud y 5959 puestos de salud. Los centros y puestos de salud representan el 97,89% del total de establecimientos y corresponden al primer nivel de atención.

El primer nivel de atención cumple un rol en el adecuado funcionamiento del sistema de salud como puerta de entrada y debe garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales para toda la población. En este nivel de atención se deben proveer los cuidados esenciales de salud de manera integral, capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población.

Con la Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA se aprobó el Documento Técnico: Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de la Salud Renovada.

El fortalecimiento del primer nivel de atención tiene como finalidad mejorar la calidad, equidad, eficiencia y efectividad de los servicios de salud, en el marco del Aseguramiento Universal y la Descentralización en Salud.

REFORMA SECTORIAL

El sector salud es una prioridad de Estado, porque es un eje clave de la política de inclusión social. Conforme a esta política, el gobierno nacional asume el reto de iniciar los procesos para que todos los ciudadanos puedan ejercer su derecho a la salud, independientemente de las circunstancias y el lugar en el que nacen o se desarrollan, y puedan aprovechar las oportunidades del crecimiento económico.

Los lineamientos y políticas de reforma planteados por el Consejo Nacional de Salud (CNS) guardan coherencia con los principios y valores que guían el quehacer del Ministerio de Salud (MINSA) y reafirman el compromiso Institucional para elevar la calidad de vida de toda la población peruana, planteándose retos como extender las mejoras en el estado de salud a toda la población, instaurar una cultura de prevención de la enfermedad y protección de la salud en la sociedad, avanzar hacia un sistema al servicio de la población y aliviar la carga financiera de las familias.

Ante estos retos, los lineamientos propuestos son: potenciar las estrategias de intervención en Salud Pública, fortalecer la Atención Primaria de Salud, mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados, reformar la política de gestión de recursos humanos, cerrar la brecha de aseguramiento de la población pobre, extender el aseguramiento en el régimen subsidiado en base a criterios de vulnerabilidad, consolidar al Seguro Integral de Salud como operador financiero, fortalecer al FISSAL como financiador de segundo piso, fortalecer el financiamiento del Seguro Social de Salud (EsSalud).

El Congreso de la República por Ley N° 30073 delegó al Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de salud y fortalecimiento del sector salud incluyendo la reorganización del Ministerio de Salud y sus organismos públicos para el ejercicio y fortalecimiento de la rectoría sectorial y un mejor desempeño en las materias de su competencia, priorizando la atención preventiva en salud. En este sentido han sido emitidos decretos supremos y resoluciones ministeriales.

El Decreto Legislativo 1153 se emitió para regular la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al servicio del Estado. Posteriormente se emitieron el Decreto Supremo N° 011-2013-SA que aprobó los perfiles para la percepción de la valorización priorizada por atención primaria de salud y atención especializada para los profesionales de la salud a que se refiere el Decreto Legislativo N° 1153; Decreto Supremo N° 223-2013-EF que fija los montos de las valorizaciones priorizadas y de la Resolución Ministerial N° 660-2013/MINSA que aprueba la primera fase del listado de las Micro Redes priorizadas de las Direcciones de Salud, de las Direcciones Regionales de Salud o su equivalente del Ministerio.

En noviembre 2013 se emitió el Decreto Supremo 013-2013-SA que estableció el perfil para la percepción de la valorización priorizada por atención primaria de salud para los técnicos y auxiliares asistenciales. Para el 2014 se procedió a la reglamentación de las leyes emitidas y su implementación. En el 2015, culminación de la Fase I del PROFAM en la modalidad Autoformativa.



César R. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Wladimir Espinoza Huamán
Asesor



DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

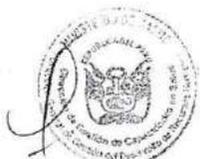
21 DIC 2015

2. BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú 1993
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 30220, Ley Universitaria.
- Ley N° 27658, Modernización de la Gestión del Estado
- Ley N° 28175, Ley Marco del Empleado Público
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la descentralización y sus modificatorias por las Leyes N° 27950, 28139 y 28274.
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 014-2002-SA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 005-2003-SA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos
- Decreto Supremo N° 003-2011- SA, crea el Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud PROSALUD.
- Decreto Supremo N° 032-2014-SA, aprueba los perfiles para la percepción de la valorización priorizada por atención primaria de salud para los profesionales de la salud y técnicos y auxiliares asistenciales, y atención especializada para los profesionales de la salud a que se refiere el Decreto Legislativo 1153 y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 011-2013-SA, aprueba los perfiles para la percepción de la valorización priorizada por atención primaria de salud y atención especializada para los profesionales de la salud a que se refiere el Decreto Legislativo 1153.
- Decreto Supremo N° 013-2013-SA, aprueba el perfil para la percepción de la valorización priorizada por atención primaria de salud para el personal de la salud técnico y auxiliar asistencial a que se refiere el Decreto Legislativo N° 1153.
- Decreto Legislativo N° 1153, regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del estado.
- Decreto Legislativo N° 1161, aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1166, aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1167, crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1166, aprueba la "Conformación y Funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud"
- Resolución Suprema N° 001-2013-SA, encargan al Consejo Nacional de Salud la tarea de formular y proponer medidas y acciones necesarias que permitan la reforma del Sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.
- Resolución Ministerial N° 729-2003-SA, aprueba el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud"
- Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud.
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, aprueba el "Plan Nacional Concertado de Salud"
- Resolución Ministerial N° 1007-2005/MINSA, aprueba Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud.

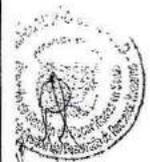


Dr. Lizaso A. Huanán Angulo
Director Ejecutivo



Loc. 5100 North Huancayo Avda.
Calle de Equise

- Resolución Ministerial N° 587-2009/MINSA, establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar.
- Resolución Ministerial N° 589-2009/MINSA, conforma la Comisión Sectorial encargada de diseñar y gestionar la implementación del Programa de Formación en Salud Familiar para los profesionales de la salud del primer nivel de atención en los ámbitos seleccionados como centros piloto.
- Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA, aprueba el documento técnico: "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud, con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada"
- Resolución Ministerial N° 184-2011/MINSA, aprueban el Plan Sectorial Concertado y Descentralizado para el Desarrollo de Capacidades en Salud 2010- 2014 – PLAN SALUD.
- Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA, aprueban Documento Técnico "Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011- 2021"
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, aprueba el documento técnico "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad"
- Resolución Ministerial N° 692 2014, dispone iniciar proceso de reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública.
- Resolución Ministerial N° 660-2013/MINSA, aprueba la primera fase del listado de las microrredes priorizadas de las Direcciones de Salud, de las Direcciones Regionales de Salud o su equivalente del Ministerio a que se refiere el D.S. N° 011-2013-SA.
- Resolución Ministerial N° 732-2014/MINSA, que aprueba el segundo listado de Micro Redes, priorizadas de las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o sus equivalentes en el Ministerio de Salud, el Instituto de Gestión de Servicios de Salud y los Gobiernos Regionales, para el otorgamiento de la entrega por atención primaria de salud
- Resolución Ministerial N° 014-DGGDRH/ENSAP/MINSA, aprueba la Directiva Académica N° 001-DGGDRH-ENSAP/MINSA, que establece los Procesos y Procedimientos para la Gestión de los Programas Académicos de la Escuela Nacional de Salud Pública — ENSAP
- Resolución Directoral N° 001-2014-DGGDRH/ENSAP/MINSA, aprueba el Plan Curricular de DPROFAM en la modalidad virtual Autoformativa, así como el I Diplomado que incluye al primer y segundo grupo del DPROFAM.
- Resolución Directoral N° 002-2014-DGGDRH/ENSAP/MINSA, aprueba el II Diplomado que incluye al tercer grupo.
- Resolución Directoral N° 004-2014-DGGDRH/ENSAP/MINSA, aprueba el III Diplomado que incluye al cuarto grupo.
- Resolución Directoral N° 005-2015-DGGDRH/ENSAP/MINSA, aprueba el IV Diplomado que incluye al quinto grupo.
- Memorándum N° 24-2015-DC/DGRH/MINSA, establece responsabilidad de programas educativos.



Dr. A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Lic. Rosa Estela Huamán Ávila
Jefe de Equipo



DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

21 DIC 2015

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

3. ESTRUCTURA CURRICULAR

3.1. OBJETIVOS

General

- Fortalecer las capacidades del personal de salud del primer nivel de atención en el marco de la Atención Primaria Renovada basada en familia y comunidad.

Específicos

- Definir conceptos, métodos e instrumentos para implementar el Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad.
- Identificar estrategias para la atención integral resaltando la importancia de las intervenciones extramurales.
- Valorar el trabajo en equipo y compromiso con la salud de la población a cargo en el ámbito territorial local.

3.2. FUNDAMENTACIÓN

Los enunciados que se expresan en esta parte cumplen la función de precisar los marcos de referencia teóricos contributivos con la pedagogía, para situar percepciones subyacentes a la propuesta de intervención educativa expresadas en el presente documento curricular; y de orientar la práctica educativa de los gestores, ejecutores y beneficiarios del currículo. La transformación de situaciones teórico - prácticas que han de realizarse deben estar sustentadas en los siguientes fundamentos:

A. Fundamentos filosóficos

- I. La intervención educativa para el desarrollo de las personas es siempre una acción intencional. Lo que quiere decir que formula en relación a principios y valores que se desean instaurar a través de los mecanismos necesarios utilizados en la intervención educativa. En este caso, la Diplomatura está orientada a garantizar la atención integral a la persona, familia y comunidad, en el primer nivel de atención, en el marco del proceso de Descentralización en Salud, el Aseguramiento Universal en Salud y el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención.
- II. La educación se concibe en este proceso como un medio de articulación de la cultura y el desarrollo individual y social. A través de la cultura, la educación; crea en nosotros un segundo ser: el ser social; por tanto los seres humanos somos modelados por la sociedad y específicamente por el contexto social en el que nos desenvolvemos. En este marco de referencia el currículo opera a través de los siguientes elementos culturales:
 - Valores, actitudes, comportamientos, normas y creencias afectivas.
 - Capacidades de tipo cognitivo instrumental como son la lectura, las matemáticas, el lenguaje, etc. que devienen en instrumentos para crear, desarrollar y comprender la realidad en la que se desenvuelve.
 - Conceptos, ideas, sistemas mentales, hipótesis, leyes, de naturaleza teórico-conceptual, en cuanto productos de una determinada cultura.
 - Prácticas sociales expresadas a través de los procedimientos tecnológicos, como es la informática, la comunicación vía satélite, la televisión, etc. que indican formas de transformar a la realidad.



Dr. Lisardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Lic. Erika Huamán Avila
Jefe de Equipo

- III. El proceso formativo de la Diplomatura tiene una visión holística -integradora ya que parte de la situación laboral de los profesionales de la salud, se busca articular educación y trabajo, teoría y práctica para potenciar sus capacidades a través de una formación con enfoque de salud familiar y comunidad, que impacte en la mejor atención en salud. Con esta percepción se corresponde con el enfoque de competencias de la propuesta curricular que busca desarrollar saberes conceptuales contextualizados desde un marco de referencia científico y tecnológico; saberes procedimentales expresados en el desarrollo de habilidades y destrezas profesionales; y saberes actitudinales, que hace que los conocimientos y habilidades sean expresados a través de la interrelación humana de los profesionales de la salud con sus pares, las personas, familia y comunidad, asumiendo una conducta ética y principios sólidos como la afirmación de los valores humanos, la búsqueda de la verdad y la práctica de la interculturalidad como sustento de la interrelación.
- IV. El proceso formativo exige, además, una visión dialéctica del desarrollo de los procesos conscientes en la construcción del conocimiento por el sujeto, de la realidad social, la salud - enfermedad y las relaciones humanas. Esto supone tener en cuenta el principio de la historicidad en la consideración de los hechos, fenómenos y procesos: el presente es la expresión del pasado y el punto de apoyo para visionar el futuro. La realidad se transforma en el tiempo con la intención de la formación de los sujetos.

B. Fundamentos sociológicos

- I. La educación es proceso y resultado en un sujeto, es capacitación y perfeccionamiento, es sistema y calidad. Es un acto humano eminentemente una actividad social. Se educa porque la sociedad requiere asegurar continuidad social, las funciones de la persona son tanto de ella como de la sociedad. La educación a través de un proceso continuo de solución de problemas nos prepara para enfrentar las situaciones que se presentan en la vida cotidiana. Es decir la educación es preparación y adiestramiento que nos permite desenvolvernos en determinado contexto social.
- II. Las actividades educativas en las instituciones sociales no están aisladas del contexto económico - social, político, cultural, sino están insertas en la trama de relaciones sociales que configuran la existencia y desarrollo de la sociedad. La obedece a políticas específicas del Sector Salud, articuladas a orientaciones normativas consensuadas de instituciones de carácter panamericano como la OPS. La formación de los profesionales de la salud, toma en cuenta sus condiciones de trabajador en servicio, sus funciones y responsabilidades individuales y sociales en la atención integral de la persona, familia y comunidad y las vincula intencionalmente con el programa formativo; por ello, exige visualizar la relación educativa que se da en las acción de capacitación, no como una situación pedagógica per se, sino como una relación educación - trabajo.
- III. La acción formadora del programa educativo supone la interpretación crítica de la realidad de la salud familiar y la necesidad de construir propuestas de intervención en salud - educación en salud en el ámbito familiar para contribuir a la transformación de la propia sociedad. Por ello, la planificación del programa formativo parte de las demandas sociales, las proyecta al futuro y sobre esa base propone la formación profesional en servicio consolidando la visión intercultural,


 Lic. Lizardo A. Huamán Angulo
 Director Ejecutivo


 Lic. Rosa Esth. Huamán Avila
 Asesora de Recursos Humanos


 MINISTERIO DE SALUD
 ELIZABETH NILDA MEDINA
 DIRECTORIO GENERAL DE SALUD PÚBLICA

multidisciplinaria y transdisciplinaria en los profesionales y técnicos y auxiliares de la salud, que conforman el equipo de salud.

C. Fundamentos psicológicos

- I. El aprendizaje es un proceso eminentemente social, que se logra a través de la interacción con la realidad natural y social, que se hace de manera directa o indirecta por intermediación de otros. En los procesos educativos formales la interacción se produce preferentemente de esta forma, mientras que en los que combinan educación y trabajo, el medio preferente es la experiencia.
- II. Los saberes logrados mediante el aprendizaje, son resultados de la realización de operaciones cognitivas como la retención - repetición, la comprensión - aplicación, el análisis - síntesis y la evaluación de las informaciones provenientes del mundo externo al sujeto que aprende. La forma como la mente expresa lo aprendido es un conjunto de representaciones mentales que conocemos con el nombre de ideas de diverso grado de complejidad: nociones, conceptos, formalizaciones, categorías conceptuales, leyes y teorías. En estas representaciones están contenidos también los procedimientos y las actitudes, además de las anteriores representaciones. El aprendizaje se logra a través de la actividad, es decir se aprende haciendo. Ello implica romper la falsa dicotomía entre teoría y práctica.
- III. El paradigma del aprendizaje memorístico está en retirada, porque corresponde al modelo de la transmisión. Estamos frente al concepto de aprendizaje situado y significativo, que ocurre cuando la nueva información se relaciona de modo sustancial y no arbitrario con lo que el educando ya sabe y hace. Para que ocurra el aprendizaje significativo, deben cumplirse las siguientes condiciones:
 1. La persona que aprende debe estar dispuesta para el aprendizaje; debe estar motivada, debe querer aprender. El adulto que participa de programas de formación en servicio, cumple con esta exigencia.
 2. En las estructuras cognoscitivas de la persona que aprende, deben existir ideas previas (los saberes previos), que pueden relacionarse con la nueva información a ser asimilada, si no se cumple esta condición, el aprendizaje es necesariamente memorístico. La experiencia de vida del adulto hace posible esta condición
 3. La información a asimilarse debe estar estructurada de forma lógica, no arbitraria y no sólo yuxtapuesta, es decir debe ser significativa.

Es necesario distinguir entre formación de conceptos y asimilación de conceptos. La formación de conceptos, se realiza por la vía inductiva, a partir de experiencias empíricas concretas y de procesos tales como la generalización, la diferenciación, la formulación y comprobación de hipótesis, etc. La asimilación se produce por la relación entre la nueva información y las estructuras cognitivas previas, supone el camino inverso de la formación de conceptos; es decir, se produce de lo general a lo específico.

D. Fundamentos pedagógicos

- I. El modelo educativo considera al estudiante centro del proceso de aprendizaje, el estudiante es el actor principal que aprende a construir sus conocimientos, y al profesor como mediador, organizador de situaciones de aprendizaje, orientador y facilitador del proceso personal de aprendizajes de sus estudiantes. Es por ello, que la persona cobra especial importancia por sobre los contenidos a ser enseñados,



Dr. Lizardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Lic. Rm. Edith Huamán Ávila
Jefe de Equipo



por lo que se debe priorizar sus necesidades y motivaciones, sus capacidades y habilidades, sus valores y actitudes.

- II. Según UNESCO, educar en el siglo XXI, significa contribuir al desarrollo humano sostenible, la convivencia humana y el perfeccionamiento de la democracia, que son los grandes problemas que hay que enfrentar, y son de largo plazo. Refiere que los aprendizajes de valor cualitativamente mayor son: "aprender a aprender" (conocer), "aprender a hacer" (hacer con calidad), "aprender a ser", "aprender a convivir" (vivir juntos)". Estos aprendizajes posibilitan no sólo saber cómo conseguir los mejores medios materiales para vivir, sino también saber cómo crear otros nuevos. El logro de estos aprendizajes hace una persona competente.
- III. El propósito de toda actividad educativa formal es desarrollar competencias en los estudiantes. Para el MINSA una "Competencia es el conjunto complejo e integrado de capacidades que las personas ponen en juego en diversas situaciones reales de trabajo para resolver los problemas que ellas plantean, de acuerdo a los estándares y los criterios de responsabilidad social propios de cada área profesional." Implica la combinación de tres saberes: el conceptual, el procedimental y el actitudinal, que se manifiestan en una demostración fáctica de desempeño, sea académico o laboral. El resultado es un conocimiento integrado y un saber de orden cognitivo teórico y tecnológico, un saber hacer, es decir operar una realidad o una lógica de funcionamiento, de procedimientos; y un saber actitudinal que implica disposición de la persona por hacer y conocer, un comportamiento consciente basado en una escala de valores y la ética.

3.3. PERFIL DEL EGRESADO

Público objetivo:

- Profesionales, técnico y auxiliar asistencial de salud, del primer nivel de atención

El perfil del egresado del Diplomado está basado en los elementos esenciales de la Atención Primaria de la Salud:

- De los profesionales: Conoce las características territoriales y demográficas, determinantes sociales, económicos, culturales, actores e instituciones del ámbito local en el que se desempeña, identificando a los actores institucionales y a los representantes de la comunidad; Comprende el empleo de las herramientas que posibilitan la participación de las personas del ámbito territorial local, a través de sus representantes, en la gestión y mejora continua de los servicios de salud; Reconoce y analiza la participación ciudadana propiciando la inclusión social, los derechos y deberes, la identidad con los servicios de salud, identificando las acciones institucionales e intersectoriales en los grupos organizados y las diversas instituciones; Analiza la problemática del primer nivel de atención y verifica el cumplimiento de los estándares propuestos en el Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención; Reflexiona sobre el grado de importancia de la atención integral de salud a la persona, a su familia y a la comunidad, con enfoque de interculturalidad, apoyándose en fuentes de información como datos del análisis situacional de salud, y los registros de información oficial contenidos en la carpeta familiar.
- De los Técnicos y Auxiliares asistenciales: Conoce las características territoriales y demográficas, determinantes sociales, económicos, culturales, actores e



Dr. Lizardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Dr. Elizabeth Huamán Ávila
Directora Ejecutiva

instituciones del ámbito local en el que se desempeña identificando, como parte del equipo de salud, a los actores institucionales y a los representantes de la

comunidad; Valora aspectos relacionados a la conformación de Redes Integradas de Salud en el ámbito territorial local y la participación de la población local en su cogestión para el desarrollo de acciones intramurales y extramurales, aplicando indicadores de Atención Primaria y Salud Familiar; Reconoce las actividades que promueven la participación ciudadana, inclusión social, los derechos y deberes, y la identidad con los servicios de salud; Emite juicio de valor sobre las acciones de educación y comunicación para la implementación de prácticas y entornos saludables en concordancia a los estándares propuestos en el Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención; Reflexiona sobre la atención integral, integrada y continua, de acuerdo a los roles asignados en los protocolos de atención del MINSA.

3.4. ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIOS

El profesional y técnico de salud de las redes y micro redes participan en el Diplomado de Atención Integral con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, con el propósito de abordar al nuevo modelo de atención integral en la atención primaria con conocimiento y convicción, basado en los principios fundamentales del modelo de atención integral de salud, como son: integralidad, universalidad, calidad, corresponsabilidad, equidad, solidaridad y eficiencia.

Este plan de estudios se centra en el enfoque educativo de desarrollo por competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales, que tienen como eje temático las características demográficas y sus determinantes económicos, sociales y culturales; organización y gestión de servicios del establecimiento de salud a base de una atención primaria de salud renovada dentro del marco del aseguramiento universal y la descentralización de salud.

El modelo pedagógico se centra en la identificación de problemas situacionales, autoaprendizaje, búsqueda o intercambio de experiencias profesionales, por tanto, se orientan las actividades de enseñanza – aprendizaje al campo laboral.

Se utilizan estrategias didácticas que se ajustan a la educación para adultos considerando su profesionalidad y experiencia personal; el Diplomatura se ajusta al tipo de servicio donde se brinda la atención primaria de salud renovada en las redes de salud, del cual procede el participante.

Cuadro N° 1. Módulos educativos en correlación a créditos

MÓDULOS	CRÉDITOS
1. Características de la Población y sus Determinantes Económicos, Culturales y Sociales.	5
2. Participación Comunitaria, Social y Ciudadana.	4
3. Organización y Gestión de los Servicios para el Trabajo Intramural y Extramural.	4
4. Atención Integral de Salud a la Familia promoviendo Prácticas y Entornos Saludables.	4
5. Atención Integral de Salud a la Persona I y II	8
TOTAL: 5 módulos	25

COPIA ORIGINAL



17
 21 DIC 2015


 Dr. Lizardo A. Huamán Angulo
 Director Ejecutivo


 Escuela Nacional de Salud Pública
 Director Ejecutivo

Cuadro N° 2. Módulos educativos en relación a sus objetivos

CAMPO DE OCUPACIÓN	FUNCIÓN	OBJETIVOS	MÓDULOS
PROMOCION DE LA SALUD	Atención Integral e integrada de las personas	Reconocer y analizar la participación ciudadana propiciando la inclusión social, los derechos y deberes, la identidad con los servicios de salud, identificando las acciones institucionales e intersectoriales en los grupos organizados y las diversas instituciones.	1. Características de la Población y sus Determinantes Económicos, Culturales y Sociales.
		Reflexionar sobre el grado de importancia de la atención integral de salud a la persona, a su familia y a la comunidad, con enfoque de interculturalidad, apoyándose en fuentes de información como datos del análisis situacional de salud, y los registros de información oficial contenidos en la carpeta familiar.	2. Participación Comunitaria, Social y Ciudadana
GESTIÓN Y ORGANIZACION	Promoción y Prevención con enfoque territorial, articulando acciones intersectoriales	Emplear criterios conceptuales y estrategias durante el proceso de las intervenciones intramurales y extramurales, aplicando mecanismos de participación activa de la familia y la comunidad, además de prevención con enfoque comunitario, articulando acciones intersectoriales.	3. Organización y Gestión de los Servicios para el Trabajo Intramural y Extramural
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD	Atención integral de salud con enfoque intercultural	Analizar la atención integral de salud a la familia, con enfoque de interculturalidad, promoviendo el ejercicio de derechos y deberes en salud, apoyándose en fuentes de información como datos del análisis situacional de salud, haciendo uso de los registros de información oficiales contenidos en la carpeta familiar.	4. Atención Integral de Salud a la Familia.
		Analizar la atención integral de salud a la persona, con enfoque de interculturalidad, promoviendo el ejercicio de derechos y deberes en salud.	5. Atención Integral de Salud a la Persona I y II

Rosalva Musmán Angulo
Director Ejecutivo

Lic. Edith Huamán Avila
Jefe de Equipo

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
LIZABETH NILDA MEDINA
FEDATARIO

DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

21 DIC 2015

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

3.5 SUMILLAS

MÓDULO 1: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y SUS DETERMINANTES ECONÓMICOS, CULTURALES Y SOCIALES	
<p>Sumilla: Tiene el propósito de que los participantes reconocen las características del territorio y de la población, en línea con sus determinantes económicos, culturales y sociales. Se revisan conceptos generales e información específica de la localidad que es analizada para plantear mejoras que sean aplicadas en los servicios, se identifican los actores institucionales y los representantes de la comunidad como nexos para las acciones del siguiente módulo.</p>	
OBJETIVOS	UNIDADES DE APRENDIZAJE
<ul style="list-style-type: none"> Reconocer y analizar la participación ciudadana propiciando la inclusión social, los derechos y deberes, la identidad con los servicios de salud, identificando las acciones institucionales e intersectoriales en los grupos organizados y las diversas instituciones. 	Unidad I : Características territoriales y demográficas e Identificación de los actores sociales, identifica número de familias en su ámbito.
	Unidad II : Determinantes Económicos .
	Unidad III : Determinantes Culturales .
	Unidad IV: Determinantes Sociales. Identificación de actores institucionales.
	Unidad V: Determinantes Sociales. Identificación de representantes de la comunidad.

MÓDULO 2: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, SOCIAL Y CIUDADANA	
<p>Sumilla: En el marco del análisis de su realidad sanitaria y la revisión conceptual sobre promoción de la salud y entornos saludables, proponer estrategias de participación social y empoderamiento ciudadano. Los trabajadores de salud deben participar en la generación de entornos saludables trabajando con los agentes comunitarios, la comunidad y sus representantes. Los participantes como equipo de salud, deben iniciar la implementación del programa de instituciones educativas saludables en una institución educativa local y el programa de municipios y comunidades saludables, en este proceso cada profesional o técnico se desempeñará según roles asignados y de acuerdo a perfil ocupacional.</p>	
OBJETIVOS	UNIDADES DE APRENDIZAJE
<ul style="list-style-type: none"> Reflexionar sobre el grado de importancia de la atención integral de salud a la persona, a su familia y a la comunidad, con enfoque de interculturalidad, apoyándose en fuentes de información como datos del análisis situacional de salud, y los registros de información oficial contenidos en la carpeta familiar. 	Unidad I: Participación Comunitaria, Social y Ciudadana. Plan local de salud.
	Unidad II : Participación en Salud.
	Unidad III : Cogestión y Reforma Sanitaria.
	Unidad IV: Promoción de la Salud y Entornos Saludables.



Dr. Lizardo A. Huaman Angulo
Director Ejecutivo



Dr. Lizardo A. Huaman Angulo
Director Ejecutivo

MÓDULO 3: ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS PARA EL TRABAJO INTRAMURAL Y EXTRAMURAL

Sumilla: Los participantes revisan, analizan y explican, los avances de la reforma sanitaria en el país, la Atención Primaria de Salud, los aspectos más relevantes del marco conceptual, componentes y condiciones de éxito del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad, que fundamentan la gestión y organización de los establecimientos en Micro Redes prestadoras de servicios de salud.

Lográndose así, un desarrollo óptimo de la gestión y organización de los servicios, así como la prestación de atenciones de salud a la población de forma intramural y extramural. Los profesionales, técnicos y auxiliares deben participar en el proceso de sectorización, censo de su población o de una zona priorizada.

OBJETIVOS	UNIDADES DE APRENDIZAJE
<ul style="list-style-type: none"> • Emplear criterios conceptuales y estrategias durante el proceso de las intervenciones intramurales y extramurales, aplicando mecanismos de participación activa de la familia y la comunidad, además de prevención con enfoque comunitario, articulando acciones intersectoriales. 	Unidad I : Reforma del Sector Salud en el Perú, Atención Primaria de Salud y Primer Nivel de Atención .
	Unidad II: Gestión de los Servicios de Salud y el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC).
	Unidad III: Organización para el Trabajo Extramural.
	Unidad IV: Organización para el Trabajo Intramural.

MÓDULO 4: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A LA FAMILIA APLICANDO LAS PRÁCTICAS SALUDABLES

Sumilla: Se detallan conceptos sobre familia, su ciclo evolutivo e instrumentos para su atención integral, como recursos necesarios para mejorar su abordaje, así como la ficha familiar aprobada por el Ministerio de Salud para lograr el llenado correcto.

Solicitando que el participante ejecute visitas domiciliarias de evaluación inicial y la elaboración del Plan de Atención Integral a la Familia (PAIFAM), e iniciar la implementación de la estrategia de familias y viviendas saludables.

La planificación y ejecución de estas actividades están a cargo del equipo de salud según perfiles ocupacionales.

OBJETIVOS	UNIDADES DE APRENDIZAJE
<ul style="list-style-type: none"> • Analizar la atención integral de salud a la familia, con enfoque de interculturalidad, promoviendo el ejercicio de derechos y deberes en salud, apoyándose en fuentes de información como datos del análisis situacional de salud, haciendo uso de los registros de información oficiales 	Unidad I: Familia.
	Unidad II : Ciclo evolutivo de la familia.
	Unidad III : Instrumentos de atención integral a la familia.
	Unidad IV : Planificación y ejecución de las intervenciones a la familia.



Dr. Lizardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Lic. Ethel Roseth Huamán Ávila
Jefe de Equipo



DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

21 DIC 2015

MÓDULO 5: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A LA PERSONA I Y II

Sumilla: Se establecen pautas para el abordaje de las personas con enfoque biopsicosocial y se fomenta el registro adecuado de información en las historias clínicas por etapas de vida, asimismo se tratan tópicos sobre los principales problemas de salud a nivel nacional y local, incidiendo sobre dos grupos de riesgo: mujer gestante (con énfasis en la morbilidad materna) y niño (con énfasis en la morbilidad infantil). En la segunda parte del módulo se revisan contenidos para la atención integral de las personas con problemas de salud cardiovasculares, de salud mental, infecciosos y neoplasias (despistaje y signos de alarma), haciendo uso correcto de las guías de práctica clínica. El personal técnico y auxiliar asistencial participa en el proceso de atención de los principales tópicos seleccionados, enfatizando el trabajo en equipo y responsabilidades según perfil ocupacional.

OBJETIVOS	UNIDADES DE APRENDIZAJE
<ul style="list-style-type: none"> Analizar la atención integral de salud a la persona, con enfoque de interculturalidad, promoviendo el ejercicio de derechos y deberes en salud. 	Unidad I: Atención Integral e Integrada
	Unidad II: Identificación de las necesidades de salud de la población.
	Unidad III: Atención Integral de los principales problemas de salud en la mujer gestante.
	Unidad IV: Atención integral de los principales problemas de salud en el niño.
	Unidad V: Atención integral de las personas con problemas de salud cardiovasculares.
	Unidad VI: Atención Integral de las personas con problemas de salud mental.
	Unidad VII: Atención Integral de las personas con problemas de salud infecciosos.
	Unidad VIII: Atención Integral de las personas con problemas de salud Neoplásicos (Prevención).

3.6 ESTRATEGIAS DE DIDÁCTICAS Y MATERIAL EDUCATIVO**3.6.1 METODOLOGÍA**

La estrategia metodológica que orienta este módulo ha sido diseñada para cuatro semanas en la modalidad Autoformativa, aplicando la enseñanza aprendizaje para adultos, promoviendo la autonomía del aprendizaje y el pensamiento reflexivo y crítico del participante. La metodología incluye:

• Fase Autodidacta

Comprende un total de doscientas (200) horas de estudio por todo el Módulo, es decir veinticinco (25) horas de trabajo académico personal por Unidad en función a las exigencias del material autoformativo más las actividades de evaluación respectiva, a partir del análisis, reflexión y crítica sobre propuestas de mejora dirigidas a la población con la que laboralmente se vincula.

Los profesionales pueden proponer diálogos, discusiones o debates de casos para con el personal técnico y auxiliar asistencial de su establecimiento / microrred y propiciar el interaprendizaje utilizando técnicas y herramientas didácticas más convenientes.

• Fase Virtual

Es aplicable sólo para efectos de comprobación de los saberes, es decir la evaluación de cada Unidad y el tiempo es parte componente del total asignado a la Fase Autodidacta, en tal sentido.

3.6.2 ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS Y MATERIALES DIDÁCTICOS

La metodología educativa de la Diplomatura, está orientada al desarrollo de competencias cognitivas instrumentales en el contexto del trabajo en los establecimientos de salud, intramural y extramural. Tiene como característica la visión intercultural, el trabajo en equipo, generación de aptitudes y actitudes para una óptima tutoría dentro y fuera del ámbito de trabajo en beneficio de las personas, familia y comunidad. El modelo educativo del Diplomatura promueve estrategias didácticas con el estudio en los propios servicios de salud.

3.7 EVALUACIÓN

- La evaluación del DPROFAM es por cada unidad de aprendizaje de los cinco módulos.
- La calificación utiliza la escala vigesimal y la nota aprobatoria de cada unidad de aprendizaje y de cada módulo es doce (12). En el promedio final de cada módulo, toda fracción igual o mayor a 0,5 es redondeada al entero inmediato superior.
- El alumno tiene un máximo de tres oportunidades para rendir la evaluación regular por cada unidad de aprendizaje. En caso obtenga una calificación desaprobatoria, tendrá tres nuevas oportunidades para rendir la evaluación como sustitutorio por cada unidad.
- En relación a las oportunidades de evaluación, en todos los casos el Sistema registrará la última calificación obtenida.
- Para aprobar el DPROFAM deberá obtener calificación aprobatoria en los cinco módulos y sus respectivas unidades de aprendizaje.
- En caso no apruebe uno o dos módulos como máximo, el participante solicitará la subsanación mediante documento dirigido al Director General de la Dirección de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, dentro de los diez días hábiles de publicado los resultados. La solicitud de subsanación se enviará vía electrónica a través de la plataforma virtual educativa de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos.
- Sólo se aceptará subsanación hasta uno o dos módulos desaprobados, no accederán los que se inscribieron y no desarrollaron ninguna evaluación.
- El examen de subsanación es único por cada módulo y tendrá dos oportunidades por examen.



Dr. Lizardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Dr. Elizabeth Nilda Medina
Directora Ejecutiva



DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

21 DIC 2015

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

4. PROCESOS ACADÉMICOS ADMINISTRATIVOS

La ejecución de la actividad académica se desarrollará en el marco del acto resolutivo que autoriza su ejecución.

4.1. COORDINACIÓN ACADÉMICA Y VIRTUAL

Esta designado por el Secretario Académico.

4.2. REQUISITOS PARA LA POSTULACIÓN

Los criterios son:

- Ser profesionales, técnicos y auxiliares del primer nivel de atención, procedentes de establecimientos de salud categorizados del I-1, I-2, I-3 y I-4, de acuerdo al Decreto Legislativo 1153 artículo 3, numeral 3.2, incisos a) y b), que actualmente estén laborando en el primer nivel de atención.
- Profesionales, técnico y auxiliares, que tengan la condición de DESAPROBADOS, de los grupos anteriores en el DPROFAM en la modalidad virtual Autoformativa, así como los que habiéndose inscrito, no desarrollaron la actividad académica o tengan la condición de NO SE PRESENTÓ.

4.3. INSCRIPCIÓN

La inscripción será en forma virtual, a través de una convocatoria publicado en Comunicados en el cual se presentará un link para acceder a un aplicativo anexo al INFORHUS, utilizando la página web del MINSA a través del aplicativo del INFORHUS.

4.4. CERTIFICACIÓN

La certificación será otorgada al concluir satisfactoriamente el Diplomado, para lo cual deberá aprobar los cinco módulos.

La entidad encargada de realizar la certificación será la Escuela Nacional de Salud Pública, en el marco del Resolución Ministerial N° 692 -2014, previo cumplimiento de los requisitos académicos y administrativos.

4.5. MONITOREO Y SUPERVISIÓN

Para el monitoreo y supervisión del desarrollo del DPROFAM en la modalidad virtual Autoformativa, se designará a un profesional que asuma la Coordinación Virtual y, a un profesional de la salud que asuma la Coordinación Académica de la actividad, quien se encargará de las funciones descritas en la Directiva Académica N° 001-2014, numeral 6, inciso 6.2.

Siendo el DPROFAM desarrollado en la modalidad virtual Autoformativa, no cuenta con la asignación de docentes, ni tutores, de acuerdo a lo definido en la metodología del presente documento, es el propio participante quien asume sus horarios de aprendizaje y evaluación, cumpliendo el cronograma establecido para tal fin.



Dr. Lizaso A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Lic. Edith Muzamán Avila
de Recursos



Dr. Lizardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Lic. Silvia Estith Huamán Ávila
Asesor de Equipo



DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

21 DIC 2015

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

**DIPLOMADO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON
ENFOQUE EN SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIA
Modalidad Virtual Autoformativa**

Capítulo 2

ESTRUCTURA DE LOS SÍLABOS



Dr. Leonardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Dr. Iván Saldaña Huamán Avila
Jefe de Equipo



**DIPLOMADO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE EN SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

SÍLABO MODULO 1:

**Características de la población y sus determinantes económicos,
culturales y sociales**

Contenidos

- I. Datos Generales**
- II. Sumilla**
- III. Objetivos**
- IV. Unidades Didácticas**
- V. Estrategias Educativas**
- VI. Evaluación**
- VII. Bibliografía**



Lizardo A. Huanán Angulo
Director Ejecutivo



Lic. Edda Edith Huanán Avila
Jefe de Equipo



SÍLABO MODULO 1:**CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y SUS DETERMINANTES ECONÓMICOS, CULTURALES Y SOCIALES**

I. DATOS GENERALES		
1.1	Nombre del Módulo	Características de la población y sus determinantes económicos, culturales y sociales
1.2	Número de créditos	05
1.3	Tipo de módulo	Obligatorio
1.4	Requisitos	Ninguno
1.5	Nivel	Perfeccionamiento
1.6	Duración del módulo	3 semanas

II. SUMILLA

Tiene el propósito de que los participantes reconocen las características del territorio y de la población, en línea con sus determinantes económicos, culturales y sociales. Se revisan conceptos generales e información específica de la localidad que es analizada para plantear mejoras que sean aplicadas en los servicios. Se culmina con la identificación de los actores institucionales y los representantes de la comunidad como nexo para las acciones del siguiente módulo.

III. OBJETIVOS

Reconocer y analizar la participación ciudadana propiciando la inclusión social, los derechos y deberes, la identidad con los servicios de salud, identificando las acciones institucionales e intersectoriales en los grupos organizados y las diversas instituciones.

IV. UNIDADES DIDÁCTICAS**Unidad I: Características territoriales y demográficas**

- Tema 1: Salud
- Tema 2: Territorio
- Tema 3: Población
- Tema 4: Determinantes

Unidad II: Determinantes Económicos

- Tema 1: Determinantes económicos
- Tema 2: Población peruana y determinantes económicos

Unidad III: Determinantes Culturales

- Tema 1: Determinantes económicos
- Tema 2: Población peruana y determinantes económicos
- Tema 3: Determinantes culturales de la salud

Unidad IV: Determinantes Sociales. Identificación de actores institucionales

- Tema 1: Determinantes sociales
- Tema 2: Marco conceptual OMS
- Tema 3: Modelo de abordaje de promoción de la salud



Dr. Lizario A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Dr. Lizario A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Unidad V: Determinantes Sociales. Identificación de representantes de la comunidad

- Tema 1: Actores sociales en el ámbito de la microrred
- Tema 2: Descentralización y gestión territorial
- Tema 3: Organizaciones estructurales y funcionales

V. ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

La estrategia metodológica que orienta este módulo ha sido diseñada para dos y media semanas en sistema bimodal, aplicando la enseñanza aprendizaje para adultos, promoviendo la autonomía del aprendizaje y el pensamiento reflexivo y crítico del participante. La metodología incluye:

Fase Personal

Comprende un total de cien (100) horas de estudio por cada Unidad, es decir veinticinco (25) horas de trabajo académico personal en función a las exigencias del Material Autoformativo más las actividades de evaluación respectiva, a partir del análisis, reflexión y crítica sobre propuestas de mejora dirigidas a la población con la que laboralmente de vincula. Los profesionales pueden proponer diálogos, discusiones o debates de casos para con el personal técnico y auxiliar asistencial de su establecimiento / microrred y propiciar el interaprendizaje utilizando técnicas y herramientas didácticas más convenientes.

Fase Virtual

Es aplicable sólo para efectos de comprobación de los saberes, es decir la evaluación de cada Unidad y el tiempo es parte componente del total asignado a la Fase Personal, en tal sentido, se define como una (01) hora por cada Unidad.

VI. EVALUACIÓN

- La evaluación del módulo tiene un carácter sumativa, lo que implica que la comprobación de los saberes es mediante un examen por cada Unidad.
- Tendrá un máximo de tres oportunidades para rendir la evaluación por unidad.
- El promedio del módulo será el resultado de la aplicación los siguientes PORCENTAJES.

EVALUACIÓN	PONDERACIÓN (%)
• Examen virtual - Unidad 1	20
• Examen virtual - Unidad 2	20
• Examen virtual - Unidad 3	20
• Examen virtual - Unidad 4	20
• Examen virtual - Unidad 5	20
TOTAL	100%


 Dr. Libardo A. Husmán Angulo
 Director Ejecutivo


 Dra. Eddy Huamán Arévalo
 Jefe de Escuela


 MINISTERIO DE SALUD
 ELIZABETH NILDA MEDINA
 FEMATARIO

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2012 Nacional y Departamental.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI Perú. Población y Territorio. Estado de la Población Peruana 2013.
3. Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú. Cuadernos de Promoción de la salud N° 17. MINSA. Lima. 2005.
4. MINSA. RM 464-2011. Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad. pp. 23-24.
5. Moiso A. Determinantes de la Salud. En: Fundamentos de Salud Pública. Pp. 161-189.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Determinantes sociales de la salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas más frecuentes. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del Milenio. En: Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una mirada desde América Latina y El Caribe. 2004.
9. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (DRAE). 22ª ed. 2001.
10. Rodríguez F, Vaca D, Manrique L. Revisión de los conceptos de territorio, población y salud en el contexto colombiano. Cien. Tecnol. Salud. Vis. Ocul. Vol. 10. Nro. 2. Pp. 79-92. Julio-Diciembre 2012.
11. Moiso A: Determinantes de la Salud. En: Fundamentos de Salud Pública. Pp. 161-189.
12. MINSA. RM 464-2011: Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad. pp. 23-24.
13. Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales de la Salud en el Perú 2005. MINSA. Univ. Norbert Wiener. OPS.
14. Ministerio de Salud. Documento Técnico "Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, Marco Conceptual", aprobado con Resolución Ministerial N°792-2006/MINSA.
15. Sanchón M. Factores determinantes de la salud. Salud Pública y Atención Primaria de Salud. Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/material-de-clase/bloque-ii/2.1_factores_determinantes_salud.pdf
16. Fundación de Educación para la Salud. Determinantes sociales de la salud. Disponible en: <http://www.atlasdelasalud.org/seccion.asp>



Dr. Lizardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Lic. Betty Huamán Avila
Directora Ejecutiva



PROGRAMACIÓN DE LA SECUENCIA DE ACTIVIDADES

MÓDULO 1: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y SUS DETERMINANTES ECONÓMICOS, CULTURALES Y SOCIALES							
SEMANAS	DÍAS						
	1er al 4to	5to al 8avo	9no al 12avo	13avo al 16avo	17avo al 20avo	21avo al 24avo	25avo al 27avo
1º semana	Dosificación de contenidos de Unidad 1					Evaluación de cada Unidad del Módulo 1	Sustitutorio de cada Unidad del Módulo 1
2º semana		Dosificación de contenidos de Unidad 2 y 3					
3º semana			Dosificación de contenidos de Unidad 4 y 5				



Dt. Lizardo A. Huarán Angulo
Director Ejecutivo



Lic. Elizabeth Huarán Ávila
Coordinadora Ejecutiva



DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

21 DIC 2015

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

**DIPLOMADO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE EN SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

SÍLABO MODULO 2:

Participación Comunitaria, Social y Ciudadana

Contenidos

- I. Datos Generales**
- II. Sumilla**
- III. Objetivos**
- IV. Unidades Didácticas**
- V. Estrategias Educativas**
- VI. Evaluación**
- VII. Bibliografía**



SÍLABO MODULO 2:**PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, SOCIAL Y CIUDADANA**

I. DATOS GENERALES		
1.1	Nombre del Módulo	Participación Comunitaria, Social y Ciudadana
1.2	Número de créditos	04
1.3	Tipo de Módulo	Obligatorio
1.4	Requisitos	Ninguno
1.5	Nivel	Perfeccionamiento
1.6	Duración del módulo	3 semanas

II. SUMILLA

En el marco del análisis de su realidad sanitaria y la revisión conceptual sobre promoción de la salud y entornos saludables, proponer estrategias de participación social y empoderamiento ciudadano. Los trabajadores de salud deben participar en la generación de entornos saludables trabajando con los agentes comunitarios, la comunidad y sus representantes. Los participantes como equipo de salud, deben iniciar la implementación del programa de instituciones educativas saludables en una institución educativa local y el programa de municipios y comunidades saludables, en este proceso cada profesional o técnico se desempeñará según roles asignados y de acuerdo a perfil ocupacional.

III. OBJETIVOS

Reflexionar sobre el grado de importancia de la atención integral de salud a la persona, a su familia y a la comunidad, con enfoque de interculturalidad, apoyándose en fuentes de información como datos del análisis situacional de salud, y los registros de información oficial contenidos en la carpeta familiar.

IV. UNIDADES DIDÁCTICAS Y TEMAS**Unidad I: Participación Comunitaria, Social y Ciudadana**

- **Tema 1:** Participación y empoderamiento.
- **Tema 2:** Enfoque de derechos, de género e interculturalidad.
- **Tema 3:** Participación Comunitaria, Social y Ciudadana.

Unidad II: Participación en Salud.

- **Tema 1:** PAC, SIVICO y CODECO.
- **Tema 2:** La experiencia de los CLAS.
- **Tema 3:** Los agentes comunitarios.

Unidad III: Cogestión y Reforma Sanitaria

- **Tema 1:** Cogestión en Salud y Reforma.
- **Tema 2:** Conformación de las RIAPS.
- **Tema 3:** Participación en las RIAPS.

Unidad IV: Promoción de la Salud y Entornos Saludables.

- **Tema 1:** Promoción de la salud.
- **Tema 2:** Instituciones Educativas Saludables.
- **Tema 3:** Municipios y Comunidades Saludables.



Dr. Lizardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Dr. Lizardo A. Huamán Angulo



VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Promoviendo el Derecho a la Identificación para el ejercicio del Derecho a la Salud, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud. 2011.
2. Ministerio de Salud: Documento Técnico: Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. Marco Conceptual. Lima. 2006.
3. Alcázar L. "Agenda Pendiente de Reformas en el Perú". Políticas Sociales. 2008.
4. Contraloría General de la República. Programas Sociales en el Perú. Elementos para una propuesta desde el control gubernamental. Lima. 2008.
5. Muñoz I. Políticas sociales e inclusión. Políticas educativas. 2011.
6. MINSA. Dirección General de Promoción de la Salud. Programa de Familias y Viviendas Saludables. 2006.
7. Ministerio de la Protección Social Colombia. Manual de Gestión Territorial Estrategia de Entornos Saludables. Bogotá. 2009.
8. Ministerio de Salud. Documento Técnico Metodología para la capacitación de las y los agentes comunitarios de salud. "Guía de la y el facilitador". Curso de Entrenamiento de Facilitadores. 2011.
9. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Documento Técnico Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del agente comunitario de salud. 2014
10. OPS. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N° 4. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington. 2010.
11. Barceló A, Luciani S, Agurto I, et al. Mejora de los Cuidados Crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Washington. 2012.
12. OPS. XXVIII RESSCAD. Redes Integradas de Servicios de Salud. Avances en Centroamérica y República Dominicana. 2012. Disponible en:
http://resscad.salud.gob.do/downloads/dia1/9-Presentacion_Jose_Ruales_RISS_CA_DOR_XXVII_RESSCAD.pdf
13. Decreto Legislativo N° 1166, que aprueba la Conformación y Funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.
14. ADRA Perú. Estrategia de Municipios Saludables: Guía para Instituciones Educativas Saludables. 1ª ed. 2004.
15. Ministerio de Salud. Municipios Saludables. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/FamiliaSaludable/famsaludmuni.asp>
16. Ministerio de Salud. Guía Metodológica para la Implementación de Municipios Saludables. Lima. 2006.
17. Ministerio de Salud. Red de Municipios y Comunidades Saludables. Cuadernos de Promoción de la Salud N° 5. Lima. 2003.
18. Ministerio de Salud. OPS. Guía de Evaluación Participativa para Municipios y Comunidades Saludables. Lima. 2005.
19. Ministerio de Salud. Guía Metodológica para la Implementación de Comunidades Saludables. Lima. 2005.



Dr. Ricardo A. Nuñez Angulo
Director Ejecutivo



Dr. Elizabeth Huamani Avila
Directora Ejecutiva



V. ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

La estrategia metodológica que orienta este módulo ha sido diseñada para dos y media semanas en sistema bimodal, aplicando la enseñanza aprendizaje para adultos, promoviendo la autonomía del aprendizaje y el pensamiento reflexivo y crítico del participante. La metodología incluye:

Fase Personal

Comprende un total de cien (100) horas de estudio por cada Unidad, es decir veinticinco (25) horas de trabajo académico personal en función a las exigencias del Material Autoformativo más las actividades de evaluación respectiva, a partir del análisis, reflexión y crítica sobre propuestas de mejora dirigidas a la población con la que laboralmente se vincula.

Los profesionales pueden proponer diálogos, discusiones o debates de casos para con el personal técnico y auxiliar asistencial de su establecimiento / microrred y propiciar el interaprendizaje utilizando técnicas y herramientas didácticas más convenientes.

Fase Virtual

Es aplicable sólo para efectos de comprobación de los saberes, es decir la evaluación de cada Unidad y el tiempo es parte componente del total asignado a la Fase Personal, en tal sentido, se define como una (01) hora por cada Unidad.

VI. EVALUACIÓN

- La evaluación del módulo tiene un carácter sumativa, lo que implica que la comprobación de los saberes es mediante un examen por cada Unidad.
- Tendrá un máximo de tres oportunidades para rendir la evaluación por unidad.
- El promedio del módulo será el resultado de la aplicación los siguientes PORCENTAJES.

EVALUACIÓN	PONDERACIÓN (%)
• Examen virtual - Unidad 1	25
• Examen virtual - Unidad 2	25
• Examen virtual - Unidad 3	25
• Examen virtual - Unidad 4	25
TOTAL	100%



Lic. R. Huamán Angulo
Directora Ejecutiva



Lic. Ely Esteban Plazas
Jefe de Equipo



DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

21 DIC 2015

COPIA FIEL DE

PROGRAMACIÓN DE LA SECUENCIA DE ACTIVIDADES

MÓDULO 2: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, SOCIAL Y CIUDADANA						
SEMANAS	DÍAS					
	22 ^{avo} al 25 ^{avo}	26 ^{avo} al 29 ^{avo}	30 ^{avo} al 33 ^{avo}	34 ^{avo} al 37 ^{avo}	38 ^{avo} al 41 ^{avo}	42 ^{avo} al 44 ^{avo}
1° semana	Dosificación de contenidos de Unidad 1					
2° semana		Dosificación de contenidos de Unidad 2 y 3			Evaluación de cada Unidad del Módulo 2	Sustitutorio de cada unidad del Módulo 2
3° semana				Dosificación de contenidos de Unidad 4		



Dr. Lizardo A. Husmán Angulo
Director Ejecutivo



Lic. Edith Husmán Avila
de Equipo

COPIA FIEL DEL ORIGINAL



**DIPLOMADO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE EN SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

SÍLABO MODULO 3:

**Organización y Gestión de los Servicios de Salud para el Trabajo
Intramural y extramural.**

Contenidos

- I. Datos Generales**
- II. Sumilla**
- III. Objetivos**
- IV. Unidades Didácticas**
- V. Estrategias Educativas**
- VI. Evaluación**
- VII. Bibliografía**



Rr. Lizardo A. Huanán Angulo
Director Ejecutivo



Dr. Edmundo Huanán Avila
Director Ejecutivo



SÍLABO MODULO 3:**ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA EL TRABAJO INTRAMURAL Y EXTRAMURAL**

I. DATOS GENERALES		
1.1	Nombre del Módulo	Organización y Gestión de los Servicios de Salud para el Trabajo Intramural y extramural.
1.2	Número de créditos	04
1.3	Tipo de módulo	Obligatorio
1.4	Requisitos	Ninguno
1.5	Nivel	Perfeccionamiento
1.6	Duración del módulo	3 semanas

II. SUMILLA

Los participantes revisan, analizan y explican, los avances de la reforma sanitaria en el país, la Atención Primaria de Salud, los aspectos más relevantes del marco conceptual, componentes y condiciones de éxito del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad, que fundamentan la gestión y organización de los establecimientos en Micro Redes prestadoras de servicios de salud.

Lográndose así, un desarrollo óptimo de la gestión y organización de los servicios, así como la prestación de atenciones de salud a la población de forma intramural y extramural.

Los profesionales, técnicos y auxiliares deben participar en el proceso de sectorización, censo de su población o de una zona priorizada.

III. OBJETIVOS

Emplear criterios conceptuales y estrategias durante el proceso de las intervenciones intramurales y extramurales, aplicando mecanismos de participación activa de la familia y la comunidad, además de prevención con enfoque comunitario, articulando acciones intersectoriales.

IV. UNIDADES DIDÁCTICAS Y TEMAS

Unidad I: Reforma del Sector Salud en el Perú, Atención Primaria de Salud y Primer Nivel de Atención.

- **Tema 1:** Reforma Sanitaria en el Perú.
- **Tema 2:** Atención Primaria de Salud.
- **Tema 3:** Primer nivel de atención

Unidad II: Gestión de los Servicios de Salud y el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC).

- **Tema 1:** Gestión de las Redes y Microrredes de Servicios de Salud.
- **Tema 2:** El Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC).

Unidad III: Organización para el Trabajo Extramural.

- **Tema 1:** Censo Poblacional y Sectorización.
- **Tema 2:** Atención Extramural del MAIS-BFC.
- **Tema 3:** Registro codificado del Trabajo Extramural y de la Atención en Salud Familiar

Unidad IV: Organización para el Trabajo Intramural.

- **Tema 1:** Servicios adecuados y/o diferenciados.
- **Tema 2:** Infraestructura.
- **Tema 3:** Equipamiento, mobiliario y materiales.
- **Tema 4:** Referencia y contrarreferencia

V. ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

La estrategia metodológica que orienta este módulo ha sido diseñada para dos y media semanas en sistema bimodal, aplicando la enseñanza aprendizaje para adultos, promoviendo la autonomía del aprendizaje y el pensamiento reflexivo y crítico del participante. La metodología incluye:

Fase Personal

Comprende un total de cien (100) horas de estudio por cada Unidad, es decir veinticinco (25) horas de trabajo académico personal en función a las exigencias del Material Autoformativo más las actividades de evaluación respectiva, a partir del análisis, reflexión y crítica sobre propuestas de mejora dirigidas a la población con la que laboralmente de vincula. Los profesionales pueden proponer diálogos, discusiones o debates de casos para con el personal técnico y auxiliar asistencial de su establecimiento / microrred y propiciar el interaprendizaje utilizando técnicas y herramientas didácticas más convenientes.

Fase Virtual

Es aplicable sólo para efectos de comprobación de los saberes, es decir la evaluación de cada Unidad y el tiempo es parte componente del total asignado a la Fase Personal, en tal sentido, se define como una (01) hora por cada Unidad.

VI. EVALUACIÓN

- La evaluación del módulo tiene un carácter sumativa, lo que implica que la comprobación de los saberes es mediante un examen por cada Unidad.
- Tendrá un máximo de tres oportunidades para rendir la evaluación por unidad.
- El promedio del módulo será el resultado de la aplicación los siguientes PORCENTAJES.

EVALUACIÓN	PONDERACIÓN (%)
• Examen virtual - Unidad 1	25
• Examen virtual - Unidad 2	25
• Examen virtual - Unidad 3	25
• Examen virtual - Unidad 4	25
TOTAL	100%



Lic. Lizardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Lic. Elmer Echeverría Huamán Avila
Director de Estudios



MINISTERIO DE SALUD
ELIZABETH NILDA MEDINA
FEBRATARIO

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo Nacional de Salud. Documento de Política: Lineamientos y medidas de Reforma del Sector Salud. 2013.
2. DIRESA Cusco. Proyecto Norma Infraestructura Física en Salud. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/saludindividual/servicios/Normas/PRONIEM/Proyecto%20Norma%20Infraestructura%20F%C3%ADsica%20en%20Salud.pdf>
3. DIRESA La Libertad. Sistema de Vigilancia Comunal Modelo de Atención Integral de Salud. Trujillo. 2005.
4. Medicus Mundi Navarra, Salud Sin Límites Perú. Aportes para la Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad en el Primer Nivel. DCI-NSA. Lima. 2012.
5. Ministerio de Salud de Panamá. Atención Primaria de Salud: una revisión de prácticas y tendencias. Panamá. 2004.
6. Ministerio de Salud. APRISABAC. Registro y Seguimiento de las Acciones en Salud. Gestión de Servicios de Salud. Serie 3. Cajamarca. 1998.
7. MINSA. APRISABAC. Modelo de Atención en Salud. Gestión de Servicios de Salud Serie 3. Cajamarca. 1998.
8. MINSA. DIRESA Cajamarca. APRISABAC. Modelo de Atención en Salud. Gestión de Servicios de Salud. Serie 3. Cajamarca. 1998.
9. MINSA. Gua Técnica de Operativización del MAIS. 2006.
10. MINSA. Guía Metodológica de la Estrategia de Sectorización para la Promoción de la Salud en Cogestión con la Comunidad. Para fortalecer la efectividad de los servicios de salud en el primer nivel de atención con enfoque en la salud y nutrición materna, neonatal e infantil en la comunidad. Lima. 2012.
11. OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos. 2010.
12. R.M. 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
13. R.M. 632-2012/MINSA, que aprueba el Listado Nacional de Establecimientos de Salud Estratégicos en el Marco de las Redes de los Servicios de Salud.



Dr. Lizardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Dr. Lizardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



PROGRAMACIÓN DE LA SECUENCIA DE ACTIVIDADES

MÓDULO 3: ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA EL TRABAJO INTRAMURAL Y EXTRAMURAL						
SEMANAS	DÍAS					
	39avo al 42avo	43avo al 46avo	47avo al 50avo	51avo al 54avo	55avo al 58avo	59avo al 61avo
1º semana	Dosificación de contenidos de Unidad 1				Evaluación de cada Unidad del Módulo 3	Sustitutorio de cada Unidad del Módulo 3
2º semana		Dosificación de contenidos de Unidad 2 y 3				
3º semana				Dosificación de contenidos de Unidad 4		



Dr. Leonardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



Lic. Ely Huamán Avila
Coordinador de Equipo



DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

21 DIC 2015

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

**DIPLOMADO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE EN SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

SÍLABO MODULO 4:

**Atención Integral de Salud a la Familia aplicando las
Prácticas Saludables**

Contenidos

- I. Datos Generales
- II. Sumilla
- III. Objetivos
- IV. Unidades Didácticas
- V. Estrategias Educativas
- VI. Evaluación
- VII. Bibliografía



Dr. Ricardo A. Hernández Angulo
Director Ejecutivo



M.C. Elizabeth Pineda Arce
Directora Ejecutiva

DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

COPIA FIEL DEL ORIGINAL



41

21 DIC 2015

SÍLABO MODULO 4:

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A LA FAMILIA APLICANDO LAS PRÁCTICAS SALUDABLES

I. DATOS GENERALES		
1.1	Nombre del Módulo	Atención Integral de Salud a la Familia aplicando las Prácticas Saludables.
1.2	Número de créditos	04
1.3	Tipo de Módulo	Obligatorio
1.4	Requisitos	Ninguno
1.5	Nivel	Perfeccionamiento
1.6	Duración del módulo	3 semanas

II. SUMILLA

Se detallan conceptos sobre familia, su ciclo evolutivo e instrumentos para su atención integral, como recursos necesarios para mejorar su abordaje, así como la ficha familiar aprobada por el Ministerio de Salud para lograr el llenado correcto.

Solicitando que el participante ejecute visitas domiciliarias de evaluación inicial y la elaboración del Plan de Atención Integral a la Familia (PAIFAM), e iniciar la implementación de la estrategia de familias y viviendas saludables.

La planificación y ejecución de estas actividades están a cargo del equipo de salud según perfiles ocupacionales.

III. OBJETIVOS

Analizar la atención integral de salud a la familia, con enfoque de interculturalidad, promoviendo el ejercicio de derechos y deberes en salud, apoyándose en fuentes de información como datos del análisis situacional de salud, haciendo uso de

IV. UNIDADES DIDÁCTICAS Y TEMAS

Unidad I: Familia

- **Tema 1:** Familia. Concepto, clasificación y funciones.
- **Tema 2:** Familias y Viviendas Saludables.
- **Tema 3:** Situación de las familias en el Perú.

Unidad II: Ciclo evolutivo de la familia

- **Tema 1:** Familia en Formación.
- **Tema 2:** Familia en Expansión.
- **Tema 3:** Familia en Dispersión.
- **Tema 4:** Familia en Contracción.

Unidad III: Instrumentos de atención integral a la familia.

- **Tema 1:** Evaluación de la familia.
- **Tema 2:** Familiograma.
- **Tema 3:** Ecomapa
- **Tema 4:** Ficha Familiar del MINSA.



Lizardo A. Huarcán Angulo
Director Ejecutivo



Jr. Eloy Andía Huamán Avila
Jefe de Equipo



Unidad IV: Planificación y ejecución de intervenciones a la familia.

- **Tema 1:** Intervenciones en las familias.
- **Tema 2:** Plan de Atención Integral a la Familia (PAIFAM).
- **Tema 3:** Visitas domiciliarias.

V. ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

La estrategia metodológica que orienta este módulo ha sido diseñada para dos y media semanas en sistema bimodal, aplicando la enseñanza aprendizaje para adultos, promoviendo la autonomía del aprendizaje y el pensamiento reflexivo y crítico del participante. La metodología incluye:

Fase Personal

Comprende un total de cien (100) horas de estudio por cada Unidad, es decir veinticinco (25) horas de trabajo académico personal en función a las exigencias del Material Autoformativo más las actividades de evaluación respectiva, a partir del análisis, reflexión y crítica sobre propuestas de mejora dirigidas a la población con la que laboralmente se vincula. Los profesionales pueden proponer diálogos, discusiones o debates de casos para con el personal técnico y auxiliar asistencial de su establecimiento / microrred y propiciar el interaprendizaje utilizando técnicas y herramientas didácticas más convenientes.

Fase Virtual

Es aplicable sólo para efectos de comprobación de los saberes, es decir la evaluación de cada Unidad y el tiempo es parte componente del total asignado a la Fase Personal, en tal sentido, se define como una (01) hora por cada Unidad.

VI. EVALUACIÓN

- La evaluación del módulo tiene un carácter sumativa, lo que implica que la comprobación de los saberes es mediante un examen por cada Unidad.
- Tendrá un máximo de tres oportunidades para rendir la evaluación por unidad.
- El promedio del módulo será el resultado de la aplicación los siguientes PORCENTAJES.

EVALUACIÓN	PONDERACIÓN (%)
• Examen virtual - Unidad 1	25
• Examen virtual - Unidad 2	25
• Examen virtual - Unidad 3	25
• Examen virtual - Unidad 4	25
TOTAL	100%



VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Agostinho, M. Ecomapa. Dossier Família. Rev. Port Clín. Gral. 2007; 23:327-330.
2. Alegre, Y. y Suárez, M. A. Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. Fascículos CADEC. RAMPA, 2006. 1(1):48-57.
3. Archivos en Medicina Familiar: Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Vol. 7. Supl 1. Pp 15-19. 2005.
4. Arias, L. Medicina Familiar en la Práctica. Universidad del Valle. Cali. 2006.
5. Asdrúbal, V. y Duran, M. La Visita Domiciliaria como Programa para el Abordaje de la Familia. Universidad de los Andes. Mérida. 2003.
6. CENDEISS. Introducción a la Salud Familiar. Curso Especial de Postgrado en Gestión Local de Salud. Universidad de Costa Rica. San José. 2004.
7. Cerdán, C.; Isanta, C. y Muñoz, I. Visitas domiciliarias en un centro de salud de Zaragoza. Semergen. 2007; 33(8): 401-7.
8. Chávez, J. Introducción a la Medicina Familiar. UASLP. México. 1992.
9. Escartín, MJ. El Sistema Familiar y el Trabajo Social. 1992.
10. Escudero, V. Guía práctica para la intervención familiar. Junta de Castilla y León. 2009.
11. García X, Estremero J. Ciclo vital - Crisis evolutivas. Fundación MF, para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de Salud. Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires. 2003.
<http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/familias.htm>
12. Lago, G. Conceptos de familia y de violencia. CCAP. 5(2): 25-31. 2006.
13. Membrillo, A y Fernández, M. A. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. ETM. México DF. 2008.
14. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Estadísticas Familias en el Perú. Disponible en:
http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/estadisticas_diff.pdf
15. MINSA. Guía de Implementación del Programa de Familias y Viviendas Saludables. Lima. 2005.
16. MINSA. Guía Técnica para el Llenado de la Ficha Familiar. 2014. Versión preliminar.
17. MINSA. Programa de Familias y Viviendas Saludables. Lima. 2006.
18. R.M. N° 464-2011/MINSA. Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
19. Segovia, I. Instrumentos de Salud Familiar. Diploma de Fortalecimiento de la Capacidad Resolutiva para médicos de Atención Primaria. 2010.



Lizardo A. Nuamán Angulo
Director Escuelas



Luz. Ely - Edith Nuamán Avila
In de Escuelas



DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

21 DIC 2015

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

PROGRAMACIÓN DE LA SECUENCIA DE ACTIVIDADES

MÓDULO 4: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A LA FAMILIA APLICANDO LAS PRÁCTICAS SALUDABLES						
SEMANAS	DÍAS					
	57avo al 60avo	61avo al 64avo	65avo al 68avo	69avo al 72avo	73avo al 76avo	77avo al 79avo
1° semana	Dosificación de contenidos de Unidad 1				Evaluación de cada Unidad del Módulo 4	Sustitutorio de cada Unidad del Módulo 4
2° semana		Dosificación de contenidos de Unidad 2 y 3				
3° semana			Dosificación de contenidos de Unidad 4			



Dr. Lisardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



COPIA FIEL DEL ORIGINAL



**DIPLOMADO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE EN SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

SÍLABO MODULO 5:

Atención integral de salud a la persona I y II

Contenidos

- I. Datos Generales**
- II. Sumilla**
- III. Objetivos**
- IV. Unidades Didácticas**
- V. Estrategias Educativas**
- VI. Evaluación**
- VII. Bibliografía**



Dra. Lizbeth A. Huamán Angulo
Directora Ejecutiva



Lic. Edwin Huamán Avilón
Jefe de Equipo



DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

21 DIC 2015

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

SÍLABO MODULO 5:**ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A LA PERSONA I Y II**

I. DATOS GENERALES		
1.1	Nombre del Módulo	Atención integral de salud a la persona I y II
1.2	Número de créditos	08
1.3	Tipo de Módulo	Obligatorio
1.4	Requisitos	Ninguno
1.5	Nivel	Especialización
1.6	Duración del módulo	5 semanas

II. SUMILLA

Se establecen pautas para el abordaje de las personas con enfoque biopsicosocial y se fomenta el registro adecuado de información en las historias clínicas por etapas de vida, asimismo se tratan tópicos sobre los principales problemas de salud a nivel nacional y local, incidiendo sobre dos grupos de riesgo: mujer gestante (con énfasis en la morbilidad materna) y niño (con énfasis en la morbilidad infantil).

En la segunda parte del módulo se revisan contenidos para la atención integral de las personas con problemas de salud cardiovasculares, de salud mental, infecciosos y neoplasias (despistaje y signos de alarma), haciendo uso correcto de las guías de práctica clínica. El personal técnico y auxiliar asistencial participa en el proceso de atención de los principales tópicos seleccionados, enfatizando el trabajo en equipo y responsabilidades según perfil ocupacional.

III. OBJETIVOS

Analizar la atención integral de salud a la persona, con enfoque de interculturalidad, promoviendo el ejercicio de derechos y deberes en salud.

IV. UNIDADES DIDÁCTICAS Y TEMAS

Unidad I: Atención Integral e Integrada.

- Tema 1: Integralidad de la atención.
- Tema 2: Enfoque biopsicosocial.
- Tema 3: Atención centrada en la persona.

Unidad II: Identificación de las necesidades de salud de la población.

- Tema 1: Morbilidad en el Perú.
- Tema 2: Historias Clínicas por Etapas de Vida.

Unidad III: Atención Integral de los principales problemas de salud en la mujer gestante.

- Tema 1: Signos y síntomas de alarma de la gestación.
- Tema 2: Preeclampsia
- Tema 3: Atonía uterina.

Unidad IV: Atención integral de los principales problemas de salud en el niño.

- Tema 1: Asfixia neonatal.
- Tema 2: Infecciones respiratorias agudas.
- Tema 3: Enfermedades diarreicas agudas.

Unidad V: Atención integral de las personas con problemas de salud cardiovasculares.

- **Tema 1:** Hipertensión Arterial.
- **Tema 2:** Diabetes Mellitus

Unidad VI: Atención Integral de las personas con problemas de salud mental.

- **Tema 1:** Trastorno depresivo.

Unidad VII: Atención Integral de las personas con problemas de salud infecciosos.

- **Tema 1:** Tuberculosis.
- **Tema 2:** Enfermedades odontales y periodontales.

Unidad VIII: Atención Integral de las personas con problemas de salud neoplásicos (Prevención).

- **Tema 1:** Cáncer de próstata.
- **Tema 2:** Cáncer de cérvix.
- **Tema 3:** Cáncer de colon y recto.
- **Tema 4:** Cáncer de mama.
- **Tema 5:** Cáncer de piel.

V. ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

La estrategia metodológica que orienta este módulo ha sido diseñada para dos y media semanas en sistema bimodal, aplicando la enseñanza aprendizaje para adultos, promoviendo la autonomía del aprendizaje y el pensamiento reflexivo y crítico del participante. La metodología incluye:

Fase Personal

Comprende un total de cien (100) horas de estudio por cada Unidad, es decir veinticinco (25) horas de trabajo académico personal en función a las exigencias del Material Autoformativo más las actividades de evaluación respectiva, a partir del análisis, reflexión y crítica sobre propuestas de mejora dirigidas a la población con la que laboralmente de vincula. Los profesionales pueden proponer diálogos, discusiones o debates de casos para con el personal técnico y auxiliar asistencial de su establecimiento / microrred y propiciar el interaprendizaje utilizando técnicas y herramientas didácticas más convenientes.

Fase Virtual

Es aplicable sólo para efectos de comprobación de los saberes, es decir la evaluación de cada Unidad y el tiempo es parte componente del total asignado a la Fase Personal, en tal sentido, se define como una (01) hora por cada Unidad.

VI. EVALUACIÓN

- La evaluación del módulo tiene un carácter sumativa, lo que implica que la comprobación de los saberes es mediante un examen por cada Unidad.
- Tendrá un máximo de tres oportunidades para rendir la evaluación por unidad.
- El promedio del módulo será el resultado de la aplicación los siguientes PORCENTAJES.



EVALUACIÓN	PONDERACIÓN (%)
• Examen virtual - Unidad 1	12.5
• Examen virtual - Unidad 2	12.5
• Examen virtual - Unidad 3	12.5
• Examen virtual - Unidad 4	12.5
• Examen virtual - Unidad 5	12.5
• Examen virtual - Unidad 6	12.5
• Examen virtual - Unidad 7	12.5
• Examen virtual - Unidad 8	12.5
TOTAL	100%



Dr. Leonardo Alvarado Angulo
Director Ejecutivo



Dr. Elizabeth Bustamante Avella
Jefe de Equipo

DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

COPIA FIEL DEL ORIGINAL



VII. BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. *ObstetGynecol* 2013; 122:1122.
2. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2014. *Diabetes Care* 2014; 37 Suppl 1:S14.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
4. Bell RA, Franks P, Duberstein PR, et al. Suffering in silence: reasons for not disclosing depression in primary care. *Ann Fam Med* 2011; 9:439.
5. Bevers TB, Anderson BO, Bonaccio E, et al. NCCN clinical practice guidelines in oncology: breast cancer screening and diagnosis. *J NatlComprCancNetw* 2009; 7:1060.
6. Blomberg M. Maternal obesity and risk of postpartum hemorrhage. *ObstetGynecol* 2011; 118:561.
7. Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. *MedClín (Barc)* 2002; 119 (5): 175-9.
8. Canadian Task Force on Preventive Health Care, Tonelli M, Connor Gorber S, et al. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. *CMAJ* 2011; 183:1991.
9. Chan AT, Giovannucci EL. Primary prevention of colorectal cancer. *Gastroenterology* 2010; 138:2029.
10. CMP. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Disponible en:
<http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/gpcpoyp/IV-Guias-Clinicas-en-Obstetricia-y-Perinatologia.pdf>
11. Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, et al. Exercise and type 2 diabetes: the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. *Diabetes Care* 2010; 33:e147.
12. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin Number 131: Screening for cervical cancer. *ObstetGynecol* 2012; 120:1222.
13. Conde-Agudelo A, Romero R, Kusanovic JP, Hassan SS. Supplementation with vitamins C and E during pregnancy for the prevention of preeclampsia and other adverse maternal and perinatal outcomes: a systematic review and metaanalysis. *Am J ObstetGynecol* 2011; 204:503.e1.
14. Coppelillo F. Práctica clínica centrada en la persona. Enfoque para una medicina más humana. Disponible en:
<http://xa.yimg.com/kq/groups/18813170/1549028235/name/Practica+clinica+centrada+en+la+persona+articulo+sep+09.doc>
15. Doubeni CA, Major JM, Laiyemo AO, et al. Contribution of behavioral risk factors and obesity to socioeconomic differences in colorectal cancer incidence. *J Natl Cancer Inst* 2012; 104:1353.
16. Forman JP, Stampfer MJ, Curhan GC. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. *JAMA* 2009; 302:401.
17. Friedewald VE, Kornman KS, Beck JD, et al. The American Journal of Cardiology and Journal of Periodontology Editors' Consensus: periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease. *Am J Cardiol* 2009; 104:59.
18. Frosch DL, Uy V, Ochoa S, Mangione CM. Evaluation of a behavior support intervention for patients with poorly controlled diabetes. *ArchInternMed* 2011; 171:2011.
19. Fuentes L. Enfoque sociopolítico para el control de la Tuberculosis en el Perú. *RevPeruMedExp Salud Pública*. 2009; 26(3): 370-9.
20. García-Regalado J, Montañez-Vargas M. Signos y síntomas de alarma obstétrica. *RevMedInstMex Seguro Soc* 2012; 50 (6): 651-657.



Dr. Ricardo A. Huamán Angulo
Director Ejecutivo



21. Gonzáles F. Análisis de Situación de Salud del Perú 2012. Disponible en: <http://www.slideshare.net/soniaveronica/peru-asis-2012>
22. Grange F, Woronoff AS, Bera R, et al. Efficacy of a general practitioner training campaign for early detection of melanoma in France. *Br J Dermatol* 2014; 170:123.
23. HONADOMANI San Bartolomé. Guías de Atención: Asfixia perinatal. Lima. 2005.
24. HONADOMANI San Bartolomé. Guías de Práctica Clínica Nuevas y Actualizadas del Departamento de Gineco Obstetricia. Lima. 2012.
25. Horne DJ, Royce SE, Gooze L, et al. Sputum monitoring during tuberculosis treatment for predicting outcome: systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2010; 10:387.
26. Hospital Santa Rosa. Guías de Práctica Clínica: Diarrea Aguda. Lima. 2010.
27. Hubbard RA, Kerlikowske K, Flowers CI, et al. Cumulative probability of false-positive recall or biopsy recommendation after 10 years of screening mammography: a cohort study. *Ann Intern Med* 2011; 155:481.
28. INMP. Guías de Atención: Asfixia perinatal. Lima. 2004.
29. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - HideyoNoguchi". Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental. 2002. Informe General. Lima. 2002.
30. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - HideyoNoguchi". Estudio epidemiológico en salud mental en la sierra peruana. 2003. Informe General. Lima. 2003.
31. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - HideyoNoguchi". Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana. 2004. Informe General. Lima. 2004.
32. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Management of tuberculosis: A guide to the essential of good practice, 6th ed, 2010.
33. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2012; 35:1364.
34. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014; 311:507.
35. Janda M, Baade PD, Youl PH, et al. The skin awareness study: promoting thorough skin selfexamination for skin cancer among men 50 years or older. *ContempClin Trials* 2010; 31:119.
36. Johnson JL, Hadad DJ, Dietze R, et al. Shortening treatment in adults with noncavitary tuberculosis and 2-month culture conversion. *Am J RespirCritCareMed* 2009; 180:558.
37. Kasawara KT, do Nascimento SL, Costa ML, et al. Exercise and physical activity in the prevention of pre-eclampsia: systematic review. *Acta ObstetGynecolScand* 2012; 91:1147.
38. Larsen T, Mose FH, Bech JN, et al. Effect of cholecalciferol supplementation during winter months in patients with hypertension: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Hypertens* 2012; 25:1215.
39. Lazo VR. Medidas preventivas para la exposición a radiación solar de trabajadores. Ley N° 30102. Diciembre 2013. Perú.
40. Leachman SA, Carucci J, Kohlmann W, et al. Selection criteria for genetic assessment of patients with familial melanoma. *J Am AcadDermatol* 2009; 61:677.e1.
41. León-Sanromá M. El modelo biopsicosocial, de la teoría a la práctica. *Aten Primaria* 2007; 39(8): 451.
42. Lienhardt C, Cook SV, Burgos M, et al. Efficacy and safety of a 4-drug fixed-dose combination regimen compared with separate drugs for treatment of pulmonary tuberculosis: the Study C randomized controlled trial. *JAMA* 2011; 305:1415.
43. Lim S, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012; 380(9859):2224-226.


Dr. Pizarro A. Juanán Angulo
Directivo Ejecutivo



44. López M, Manríquez M. Factores de riesgos asociados con preeclampsia. Rev. MedInstMex Seguro Soc 2012; 50 (5): 471-476.
45. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2013; 31:1281.
46. Meng L, Chen D, Yang Y, et al. Depression increases the risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies. J Hypertens 2012; 30:842.
47. Milman N. Postpartum anemia II: prevention and treatment. Ann Hematol 2012; 91:143.
48. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid. 2008.
49. MINSA. Guía de Práctica Clínica en Depresión. Lima. 2008.
50. MINSA. Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria. Lima. 2007
51. MINSA. Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido. Lima. 2007.
52. MINSA. Módulo de Atención Integral en Salud Mental. Dirigido a Trabajadores del Primer Nivel de Atención. La depresión. Lima. 2005.
53. MINSA. Módulo de Promoción de la Salud Bucal. Higiene Oral. Lima. 2013.
54. MINSA. Proyecto de salud y nutrición básica. Procedimientos y protocolos de Atención en Salud Infantil. Lima. 1999.
55. MINSALUD. Guía de práctica clínica del recién nacido con asfixia perinatal. Bogotá. 2013.
56. MINSAP. Programa Nacional y Normas de procedimiento para la prevención y control de la Tuberculosis. La Habana. 2013.
57. Mori E, Vega L, Montes de Oca J. Guía Diagnostica y de Tratamiento de la Hipertensión Arterial. De la Teoría a la Práctica. Sociedad Peruana de Cardiología. 2011
58. Mori N, Caballero J. Historia natural de la depresión. Rev. Perú. epidemiol. 2010; 14 (2).
59. Moyer VA. Medications for Risk Reduction of Primary Breast Cancer in Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann InternMed 2013.
60. Nekhlyudov L, Braddock CH 3rd. An approach to enhance communication about screening mammography in primary care. J Womens Health (Larchmt) 2009; 18:1403.
61. NT N° 022-MINSA/DGSP v.02. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. Lima, Perú. 2007.
62. Oberg AS, Hernandez-Diaz S, Palmsten K, et al. Patterns of recurrence of postpartum hemorrhage in a large population-based cohort. Am J ObstetGynecol 2014; 210:229.e1.
63. O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. Ann Intern Med 2009; 151:793.
64. OMS. Cáncer de mama. Prevención y control. Disponible en:
65. OMS. Centro de prensa. Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva no 330. Abril 2013.
66. OPS. Estrategia de Cooperación de País. Perú 2010-2014.
67. OPS. Hacia un Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Atención Primaria de Salud. 2012. Propuesta preliminar.
68. OPS. Taller de políticas de cáncer de mama. 2012. Disponible en:
69. Partridge EE, Abu-Rustum NR, Campos SM, et al. Cervical cancer screening. J NatlComprCancNetw 2010; 8:1358.
70. Perelló M, Coloma J, Masoller N, et al. Intravenous ferrous sucrose versus placebo in addition to oral iron therapy for the treatment of severe postpartum anaemia: a randomized controlled trial. BJOG 2014; 121:706.
71. Pimouguet C, Le Goff M, Thiébaud R, et al. Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. CMAJ 2011; 183:E115.
72. Pollitt RA, Geller AC, Brooks DR, et al. Efficacy of skin self-examination practices for early melanoma detection. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2009; 18:3018.


 Dr. Juan Ángel
 Director Ejecutivo


 Lic. Elizabeth Hernández Avila
 de Equipo


 MINISTERIO DE SALUD
 ELIZABETH MILDA MEDINA
 FEJATARIO

DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
 ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

21 DIC 2015

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

73. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico y Control de la Hipertensión Arterial 2004. Guía para la Atención Médica.
74. Proyecto 2000. Información y orientación en el control prenatal. Lima. Perú.
75. Revilla L. Situación de la vigilancia de Diabetes Mellitus en el Perú al I semestre 20013.2013; 22(39):825-828.
76. Ricci M, Garoia F, Tabarroni C, et al. Association between genetic risk score and periodontitis onset and progression: a pilot study. Arch Oral Biol 2011; 56:1499.
77. RM 661-2007/MINSA. Implementación de actividades para disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas y prevención de la neumonía en las niñas y niños menores de cinco años, Invierno 2007. Lima. 2007.
78. RM 715-2013/MINSA. Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por Tuberculosis. Lima. 2013.
79. Rodríguez J, Fajardo G. Enseñanza del modelo biopsicosocial de la Medicina Familiar. RevHospGral Dr. M Gea González 2006; 7(3): 132-140.
80. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, et al. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMJ 2011; 342:d671.
81. Rothwell PM, Wilson M, Price JF, et al. Effect of daily aspirin on risk of cancer metastasis: a study of incident cancers during randomised controlled trials. Lancet 2012; 379:1591.
82. Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Screening and adenocarcinoma of the cervix. Int J Cancer 2009; 125:525.
83. Seshasai SR, Wijesuriya S, Sivakumaran R, et al. Effect of aspirin on vascular and nonvascular outcomes: meta-analysis of randomized controlled trials. ArchInternMed 2012; 172:209.
84. Shand AW, Nassar N, Von Dadelszen P, et al. Maternal vitamin D status in pregnancy and adverse pregnancy outcomes in a group at high risk for pre-eclampsia. BJOG 2010; 117:1593.
85. Sharma SK, Singla R, Sarda P, et al. Safety of 3 different reintroduction regimens of antituberculosis drugs after development of antituberculosis treatment-induced hepatotoxicity. Clin Infect Dis 2010; 50:833.
86. Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer statistics, 2014. CA Cancer J Clin 2014; 64:9.
87. Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. Cancer statistics, 2011: The impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. CA Cancer J Clin 2011; 61:212.
88. Sociedad Peruana de Endocrinología. Guía Peruana de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Lima. 2008.
89. Sperl-Hillen J, Beaton S, Fernandes O, et al. Comparative effectiveness of patient education methods for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. ArchInternMed 2011; 171:2001.
90. Stashenko P, Van Dyke T, Tully P, et al. Inflammation and genetic risk indicators for early periodontitis in adults. J Periodontol 2011; 82:588.
91. Thompson IM Jr, Goodman PJ, Tangen CM, et al. Long-term survival of participants in the prostate cancer prevention trial. N Engl J Med 2013; 369:603.
92. Trabert B, Ness RB, Lo-Ciganic WH, et al. Aspirin, nonaspirin nonsteroidal anti-inflammatory drug, and acetaminophen use and risk of invasive epithelial ovarian cancer: a pooled analysis in the Ovarian Cancer Association Consortium. J Natl Cancer Inst 2014; 106:djt431.
93. Trigub A, Cantale C. Medicina centrada en el paciente. CPMF. Diplomatura Universitaria en Medicina Familiar 2006. Intramed. Disponible en: http://www.intramed.net/UserFiles/Medicina_Centrada_en_el_Pacien.pdf
94. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for skin cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2009; 150:188.



Dr. Leonardo A. Huisman Aguado
 Director Ejecutivo



Dr. Leonardo A. Huisman Aguado
 Director Ejecutivo



95. Vesco KK, Whitlock EP, Eder M, et al. Risk factors and other epidemiologic considerations for cervical cancer screening: a narrative review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2011; 155:698.
96. Wald DS, Law M, Morris JK, et al. Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11,000 participants from 42 trials. *Am J Med* 2009; 122:290.
97. WHO. Treatment of tuberculosis guidelines (4th edition). Disponible en: whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf.



Dr. Cezario A. Huanán Angulo
Director Ejecutivo



Lic. Elmer Galich Huanán Ávila
Jefe de Ejecución

PROGRAMACIÓN DE LA SECUENCIA DE ACTIVIDADES

MÓDULO 5:												
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A LA PERSONA I Y II												
SEMANAS	DÍAS											
	74avo al 77avo	78avo al 81avo	82avo al 85avo	86avo al 89avo	90avo al 93avo	94avo al 97avo	98avo al 101avo	102avo al 105avo	106avo al 112avo	113avo al 117avo		
1° sem	Dosificación de contenidos de Unidad 1										Evaluación de cada Unidad del Módulo 5	Sustitutorio de cada Unidad del Módulo 5
2° sem	Dosificación de contenidos de Unidad 2											
3° sem	Dosificación de contenidos de Unidad 3 y 4											
4° sem	Dosificación de contenidos de Unidad 5 y 6											
5° sem	Dosificación de contenidos de Unidad 7											
6° sem	Dosificación de contenidos de Unidad 8											



Mario R. Alvarado Ancochea
Director Ejecutivo



Dr. Deymar Rodríguez Avila
Director

COPIA FIEL DEL ORIGINAL



ANEXO 1

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **El derecho a la salud** sin distinción de raza, género, religión, orientación política o situación económica o social se expresa en muchas constituciones nacionales y se articula en tratados internacionales, entre ellos la carta fundacional de la Organización Mundial de la Salud. Ello implica derechos legalmente definidos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado y de otros implicados, y crea los mecanismos para que los ciudadanos puedan reclamar en caso de que esos compromisos no se cumplan. El derecho al mayor nivel de salud posible es fundamental, al garantizar que los servicios de salud respondan a las necesidades de la población, que haya responsabilidad en el sistema de salud y que la APS se oriente a la calidad, de tal forma que se logre la máxima eficiencia y efectividad, minimizando a la vez los posibles daños a la salud. El derecho a la salud y otros derechos están unidos indefectiblemente a la equidad, y a su vez reflejan y ayudan a reforzar la solidaridad social.
- **La equidad** se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad tiene un valor intrínseco porque es un requisito para las capacidades, las libertades y los derechos de las personas. Es una piedra angular de los valores sociales: la forma en que una sociedad trata a sus miembros menos favorecidos refleja el valor que confiere a la vida humana, ya sea de manera explícita o implícita. La Equidad es uno de los valores centrales de un sistema de salud basado en la APS, busca que las políticas y los programas de salud sean pro-equitativos. La razón de ser de esta postura no es solamente el logro de una mayor eficiencia, costo-efectividad o calidad, sino más bien que, en una sociedad justa, la equidad debiera considerarse un imperativo moral y una obligación legal y social.
- **La cobertura y el acceso universales** son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal implica que los mecanismos de financiación y de organización son suficientes para cubrir a toda la población, al eliminar la capacidad de pago como barrera al acceso a los servicios de salud y al proteger a los ciudadanos del riesgo financiero, dándoles a la vez apoyo adicional de forma equitativa y llevar a cabo actividades de promoción de la salud. La accesibilidad implica la ausencia de barreras a la atención de la salud, ya sean de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. Requiere también que los servicios sean aceptables para toda la población y ello implica tener en cuenta las necesidades en materia de salud, las preferencias, la cultura y los valores a nivel local.
- **El primer contacto** se refiere a que la atención primaria (nivel primario) debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta de todos los nuevos problemas de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de ellos. Mediante esta función, la atención primaria refuerza la base de los sistemas de salud basados en la APS, representando, en la mayoría de los casos, el principal punto de contacto entre la población y los sistemas de servicios sociales y de salud.
- **Atención integral:** implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo para el autocuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención



Dr. Lizardo A. Huanán Angulo
Director Ejecutivo



Lic. Elizabeth Nilda Medina
Ejecutiva de Gestión



DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

21 DIC 2015

primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Las personas son reconocidas en su carácter multidimensional como seres biopsicosociales, inmersos en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y ecobiológicas. La atención de salud no se reduce a la atención de enfermedades motivo de consulta en los establecimientos de salud, sino que aborda las diversas necesidades de salud de las personas en cada etapa de su vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez, senectud), sean hombres o mujeres, desde la fecundación hasta la muerte. La integralidad incluye a la familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Es la institución fundamental para la vida de toda sociedad.

- **Atención integrada:** es complementaria de la integralidad porque exige la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así como a través de los diferentes niveles y lugares de atención sin interrupción. Para los individuos, la atención integrada implica un enfoque que abarca todo el ciclo de vida con sistemas de referencia y contrarreferencia a través de todos los niveles del sistema de salud, y en ocasiones, a otros servicios sociales. A nivel del sistema, la atención integrada requiere el desarrollo de redes de servicios y de proveedores, sistemas de información y gestión apropiado, incentivo, políticas y procedimientos, así como la capacitación de los proveedores de salud, personal de apoyo y de los administradores.
- **Orientación familiar y comunitaria** supone que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema. Por eso, en el campo de la salud, la familia se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros "tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero", por lo tanto, a ella se debe dirigir la atención para mejorar la salud de la población del país. La comunidad y el ambiente forman parte intrínseca de la realidad de las personas y la familia.
- **Énfasis en la promoción y en la prevención** es de vital importancia para un sistema de salud basado en la APS, porque sus acciones son costo-efectivas, éticas, pueden facultar a las comunidades y a los individuos para que ejerzan mayor control sobre su propia salud, y son esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud. El énfasis en la promoción y en la prevención permite ir más allá de la orientación clínica para abarcar la educación y el apoyo en materia de salud en el trabajo, las escuelas y el hogar. Estas cuestiones, incluida la necesidad de reorientar los servicios de salud hacia los principios de la APS, fueron articuladas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986. La promoción de la salud también requiere criterios normativos y políticas para mejorar las condiciones de trabajo y la seguridad laboral, reducir los riesgos ambientales y llevar a cabo estrategias de promoción de la salud en la población que incluyan a otras partes del sistema de salud o a otros actores sociales.
- **Organización y gestión óptimas:** permiten la innovación para mejorar constantemente la provisión de atención de forma que sea segura, cumpla las normas de calidad, ofrezca lugares de trabajo satisfactorios para los trabajadores de la salud y dé respuesta a las necesidades de los ciudadanos. Las buenas prácticas de gestión incluyen entre otras, la planificación estratégica, la investigación operativa y la evaluación del desempeño. Los profesionales de la salud y los gestores deben recopilar información y usarla regularmente en los procesos de toma de decisiones y planificación, incluido el desarrollo de planes para responder adecuadamente a eventuales crisis de salud y a los desastres naturales.



Dr. Lizbeth A. Huamán Angulo
Directora Ejecutiva

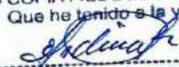


Dr. Lizbeth A. Huamán Angulo
Directora Ejecutiva

- La **intersectorialidad** en materia de salud significa que el sector de la salud debe trabajar con diferentes sectores y actores para velar por que las políticas públicas se alineen con el fin de maximizar su potencial contribución a la salud y al desarrollo humano. Es necesario que el sector de la salud participe cuando se tomen decisiones acerca de las políticas de desarrollo. El principio de intersectorialidad se hace posible con la creación y el mantenimiento de vínculos entre el sector público y el privado, tanto dentro como fuera de los servicios de salud, incluyendo, entre otros: empleo y trabajo, educación, vivienda, agricultura, producción y distribución de alimentos, medio ambiente, agua y saneamiento, protección social y planificación urbana.
- El **enfoque de equidad de género**: considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. Todo ello influye en el logro de las metas, las políticas y los planes de los organismos nacionales e internacionales; por lo tanto, repercuten en el proceso de desarrollo de la sociedad. Género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos, y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de éste. Mujeres y hombres tienen necesidades y problemáticas sanitarias distintas no sólo por sus diferencias biológicas, sino también a causa del papel específico que les ha asignado la sociedad según los patrones sociales y culturales prevalentes, lo que no impide el proceso social por la igualdad. En el sistema familiar, tanto el hombre como la mujer participan activa y equitativamente en el desarrollo de las tareas y el cumplimiento de roles, para lograr un adecuado funcionamiento familiar y así contribuir al desarrollo pleno de sus integrantes.
- El **enfoque intercultural**: es un proceso de respeto a las culturas y de acercamiento a los servicios de salud; es la comunicación intercultural que derriba las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios y aporta a los procesos de inclusión social. La existencia de una pluralidad de grupos étnico-culturales con conocimientos, prácticas, recursos terapéuticos propios y distintos del sistema de salud oficial ha generado en los agentes de este último, conductas discriminativas y relaciones autoritarias en perjuicio de los sistemas de salud tradicionales y de los miembros de estos sectores de la población que son rechazados, menos valorados y excluidos de las ventajas de los avances científicos de la medicina occidental.
- **Enfoque de territorialidad**. el territorio no sólo es concebido como un espacio físico y geográfico, sino como un espacio de relaciones entre los diferentes actores y sectores claves de la sociedad civil, sus organizaciones, instituciones, el medioambiente, las formas de producción, distribución y consumo, tradiciones e identidad cultural. A este concepto se le agrega la visión de cuencas que son principalmente escenarios para la vida, además de permitir el acceso al agua y a los recursos naturales del territorio, condiciona las posibilidades de comunicación en el espacio físico y los patrones de distribución de la población en el territorio.


 P. A. Huanán Angulo
 Director Ejecutivo


 Lic. Edith Mercedes Alva
 Asesora Ejecutiva

MINISTERIO DE SALUD
 ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 Que he tenido a la vista

 21 EDITH MERCEDES ALVA
 PEDATARIO
 Fecha: Nº Reg. 2062
 Solo para uso de la Institución o Ámbito del Sector



PERÚ Ministerio de Salud

HOJA DE ENVIO DE TRAMITE GENERAL

22/12/2015 17:23:39
MINSa-DGGDRH-nsanchezc
Página 1 de 1



Tipo Documento: MEMORANDUM N° Expediente: 15-099710-003 /
N° Documento: N° 1829-2015-DG-DGRH/MINSA Operador: MINSa-DGGDRH-nsanchezc
Fecha Registro: 22/12/2015 17:23
Interesado: DGGDRH-NUÑEZ VERGARA MANUEL LEON
Asunto: ENVIO DE R.D. N° 014-2015-DGGDRH-ENSAP/MINSA

N°	Destinatario (1)	Prio	Ind. (2)	Fecha Registro	Remitente (3)
1	DGGDRH/DGCS-HUAMAN ANGULO LIZARD O ALFONSO-DIRECTOR EJECUTIVO	NORM	6	22/12/2015	DGGDRH-NUÑEZ VERGARA MANUEL LEON -DIRECTOR GENERAL
2	<i>Lic Miriam J. S.</i>		<i>6</i>	<i>23/12/15</i>	<i>h</i>
3	<i>Lic Elva Medina</i>		<i>2,6,15</i>	<i>24/12/15</i>	<i>AD</i>
4	<i>Sra Ana Conchurpa</i>		<i>2,6,10¹⁵</i>	<i>24/12/15</i>	<i>AD</i>
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

CLAVE INDICACION DEL MOVIMIENTO

- 01. Aprobación
- 02. Atención
- 03. Su Conocimiento
- 04. Opinión
- 05. Informe y Devolver

- 06. Por Corresponderle
- 07. Para Conversar
- 08. Acompañar Antecedente
- 09. Según Solicitado
- 10. Según lo coordinado

- 11. Archivar
- 12. Acción Inmediata
- 13. Prepare Contestación
- 14. Proyecte Resolución
- 15. Ver Observación

CLAVE PRIORIDAD

- (B) Baja
- (I) Inmediato
- (MB) Muy baja
- (N) Normal
- (U) Urgente

N°	OBSERVACIONES POR MOVIMIENTO
3	<i>Publicar en plataforma D. PROSAM</i>
4	<i>Archivar físico y magnético según lo correspondiente.</i>

(1) Use Código

(2) Use Clave

(3) Use

IMPORTANTE NO DESGLOSAR ESTA HOJA





MEMORANDUM N° 1830-2015-DG-DGRH/MINSA

A : Doctor
LIZARDO HUAMAN ANGULO
Director Ejecutivo
DIRECCION DE GESTIÓN DE CAPACIDADES EN SALUD
Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos

ASUNTO : ENVIO DE R.D. N° 014-2015-DGGDRH-ENSAP/MINSA

REFERENCIA : Expediente N° 15-15-099710-001

FECHA : Lima, 22 DIC 2015

Luego de saludarlo cordialmente, remito copia de la Resolución Directoral N° 014-2015-DGGDRH-ENSAP-MINSA, con el cual se apruébala segunda versión del Plan Curricular del Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria, en la modalidad virtual autoformativa, asimismo aprueba la actividad académica V Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria – DPROFAM, en la modalidad virtual – autoformativa Grupo VI.

Documentación que se hace llegar en su calidad de Secretario Académico de la ENSAP, a fin de adoptar las acciones administrativas correspondientes.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD

DR. MAURICIO LEÓN NUÑEZ VERGARA
Director General
Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos

MLNV/lvo

Incl.: - Copia fedateada de R.D. N° 014-2015-DGGDRH/ENSAP/MINSA