



**Universidad de El Salvador**  
*Hacia la libertad por la cultura*

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



**COMPETENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD  
DEL MÉDICO(A) COORDINADOR DEL EQUIPO  
COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR EN TORNO A LA  
IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA DE SALUD EN LA  
REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA. SEPTIEMBRE  
2013 A MARZO 2014.**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO DE SALUD PÚBLICA**

**PRESENTADO POR:  
Christopher Rodríguez Seoane  
Patricia Eugenia Álvarez Ramírez**

**ASESORA:  
Licda. Celestina López de Masis. MSP.**

**San Salvador, Abril 2014.**

## **AUTORIDADES**

Ing. Mario Roberto Nieto Lovo  
RECTOR PERIODO 2011-2015

Dr. José Arnulfo Herrera  
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Licda. Celestina López de Masis. MSP.  
COORDINADORA GENERAL DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

## **JURADO CALIFICADOR**

Licda. Celestina López de Masis. MSP.  
Licda. Reina Araceli Padilla Mendoza. MSP.  
Dr. Rolando Masis López. MSP.

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestros padres, Jonathan Rodríguez Chicas, María Cristina Seoane de Rodríguez y Victoria Eugenia Ramírez por brindarnos educación y oportunidades para la superación profesional en cada momento de nuestra vida.

A la Dra. Jeannette Alvarado, Directora de la Región de Salud Metropolitana y los Coordinadores de los cuatro SIBASI de la región que brindaron su apoyo y facilitaron la información para el desarrollo de la investigación.

## RESUMEN

**Título:** Competencias de Atención Primaria en Salud del médico(a) coordinador del Equipo Comunitario de Salud Familiar en torno a la Implementación de la Reforma de Salud en la Región de Salud Metropolitana (RSM). Septiembre 2013 a marzo 2014.

**Propósito:** Analizar las Competencias de APS del médico(a) coordinador del ECOSF en torno a la Implementación de la Reforma de Salud en la RSM.

**Diseño Metodológico:** Estudio Descriptivo, Corte Transversal con Enfoque Cualicuantitativo, grupo poblacional: 383 médicos de las UCSF de la RSM, unidad de observación 30 médicos de ECOSF.

**Resultados:** Competencias Técnicas: obtuvo un 55% con diferencias de hasta 12% de un SIBASI a otro; Competencias Metodológicas: el cumplimiento varía del 52% al 63%; Competencias Participativas: el promedio varía de 74% a 84%; las responsabilidades más importantes de cada miembro del equipo según coordinador de la UCSFB son: Médico(a) coordinador(a): responsable de la planificación y supervisión de los miembros del equipo; Enfermera Comunitaria: brindar atenciones preventivas; Auxiliar de Enfermería: encargada de Farmacia; Promotor(a) de Salud: desarrollo de programas preventivos; Polivalente: mantener limpias y ordenadas las instalaciones, vehículo, equipos y materiales del equipo comunitario; las actividades del ECOSF a coordinar con la comunidad se relacionan con actividades de saneamiento ambiental.

**Conclusión:** Los porcentajes de cumplimiento alcanzados y su interrelación con las funciones que los médicos entrevistados consideran como las más importantes, permite concluir que las competencias de APS de los médicos(as) coordinadores(as) de los ECOSF no corresponden en su mayoría a las necesidades de la Reforma de Salud.

**Recomendación:** Para El MINSAL, desarrollar las competencias de los(as) coordinadores de ECOSF y coordinar con las instancias formadoras para que los nuevos profesionales médicos posean competencias que respondan a las necesidades de la reforma de salud.

## CONTENIDO

CAPÍTULO	PAG.
RESUMEN.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
III. MARCO TEÓRICO.....	4
IV. DISEÑO METODOLÓGICO .....	30
V. RESULTADOS.....	38
A. COMPETENCIAS TÉCNICAS.....	38
B. COMPETENCIAS METODOLÓGICAS.....	45
C. COMPETENCIAS PARTICIPATIVAS / PERSONALES .....	54
D. MATRIZ DE ANÁLISIS INTERPRETATIVO .....	64
VI. DISCUSIÓN.....	70
VII. CONCLUSIONES.....	88
VIII. RECOMENDACIONES.....	91
BIBLIOGRAFÍA.....	93
ANEXOS .....	98
Anexo 1: Instrumento de Supervisión .....	99
Anexo 2: Cuestionario Complementario .....	111
Anexo 3: Guía de Revisión Documental.....	113
Anexo 4: Consolidado competencias Técnicas.....	114
Anexo 5: Consolidado Competencias Metodológicas .....	117
Anexo 6: Consolidado Competencias Participativas-Personales .....	120

## I. INTRODUCCIÓN

Es de importancia considerar que las personas no son recursos, tienen recursos (conocimientos, capacidad, experiencia). En otras palabras, no son las instituciones las que tienen personas, sino las personas las que confeccionan las instituciones. Por lo cual se ha reconocido a nivel internacional que en los procesos de reforma del sector salud el recurso humano tiene una importancia estructural y se constituye en factor crítico para cualquier cambio que se proponga.

En El Salvador, específicamente en la Región de Salud Metropolitana, se evidencia en los resultados de las Supervisiones Integrales realizadas a los Equipos Comunitarios de Salud Familiar, dificultades en aspectos relacionados con la gerencia e implementación inadecuada de los Lineamientos para el Funcionamiento de los ECOS Familiares y Especializados, ambas situaciones pueden estar en relación con la necesidad del fortalecimiento de los conocimientos tomando en cuenta que es un proceso de reciente implementación, así como de la realidad de contar con personal que cambia frecuentemente, ya sea por promociones internas realizadas a los recursos, traslados y médicos(as) en servicio social que se encuentran en coordinaciones de ECOSF, los cuales luego de ser capacitados y de haber adquirido experiencia son sustituidos por nuevos recursos.

Sin embargo, para orientar los procesos de educación permanente al personal médico del MINSAL y otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, se hace necesario conocer la Situación de las competencias para la implementación de la Reforma de Salud del personal médico y especialmente de los médicos(as) coordinadores(as) de ECOSF, como parámetro que permita identificar los aspectos que deben ser incorporados/ reforzados en los planes de educación permanente del MINSAL y que deben retomarse por parte de las escuelas de medicina de las instituciones formadoras del país.

Aunque es claro que los motivos pueden ser múltiples para el buen desempeño en el cargo de Coordinador(a) de ECOSF surge la siguiente interrogante: **¿Las competencias en Atención Primaria en Salud de los médicos y médicas coordinadores de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar de la Región de Salud Metropolitana, corresponden a las necesidades para la implementación de la Reforma de Salud?**

El presente documento contiene la situación actual de las competencias en Atención Primaria en Salud para la implementación de la Reforma de Salud por parte de los(as) médicos(as) coordinadores(as) de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar de la Región de Salud Metropolitana, en el período septiembre 2013 a marzo 2014.

## II. OBJETIVOS

Analizar las Competencias de Atención Primaria en Salud del médico(a) coordinador del Equipo Comunitario de Salud Familiar entorno a la Implementación de la Reforma de Salud en la Región de Salud Metropolitana. Septiembre 2013 a marzo 2014.

### **Específicos:**

1. Determinar el grado de cumplimiento de las competencias técnicas de los médicos y médicas coordinadores de los ECOSF de la Región de Salud Metropolitana
2. Describir el grado de cumplimiento de las competencias metodológicas de los médicos y médicas coordinadores de los ECOSF de la Región de Salud Metropolitana.
3. Reconocer las competencias personales participativas de los médicos y médicas coordinadores de los ECOSF de la Región de Salud Metropolitana.



### III. MARCO TEÓRICO

El 12 de septiembre de 1978 en Alma-Ata se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud considerando la necesidad urgente para proteger y promover la salud de todos. En la cual se hace la siguiente declaración:

#### ***Salud:***

Como estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

#### ***La atención primaria de salud:***

Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

## La Atención primaria en salud:<sup>1</sup>

- Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
- Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
- Se incluye la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
- Fomenta la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
- Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

---

<sup>1</sup> *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. URSS, 6-12 de septiembre de 1978.*

En la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida el día 21 de noviembre de 1986 emite la Carta de Ottawa dirigida a la consecuencia del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”, la cual tomó como punto de partida los progresos alcanzados a partir de la declaración de Alma Ata sobre la atención primaria.

***Promoción de la salud:***

De acuerdo a la Carta de Ottawa 1986, consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo, debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Los sistemas de salud basados en la APS están conformados por elementos interrelacionados:<sup>2</sup>

- **La cobertura y el acceso universal:** Requiere 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. La aceptabilidad determina el uso real de los servicios influyendo en la percepción sobre el sistema de salud, incluyendo la satisfacción de las personas con los servicios prestados, su nivel de confianza con los proveedores, y el grado real de comprensión y

---

<sup>2</sup>OPS/OMS. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de la Posición de la OMS/OPS.* Washington, D.C: OPS/OMS; 2007

seguimiento de las indicaciones médicas recibidas.

- **El primer contacto:** La atención primaria 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, incluyendo los servicios sociales.
- **Atención integral, integrada y continua** implica que prestación 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 primaria, secundaria, terciaria y paliativa.
- ✓ La 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. 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.
- **La orientación familiar y comunitaria:** La APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. La APS 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.
- **El énfasis en la promoción y en la prevención** es de importancia para un sistema de salud basado en la APS. Se consideran sus acciones costo–efectivas,

éticas, pueden empoderar 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.

- **Cuidados apropiados.** La atención no se limita simplemente a la atención de una enfermedad o de un órgano. Debe centrarse en la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud, adecuando las respuestas a la comunidad local y a su contexto a lo largo de la vida, garantizando al mismo tiempo que las intervenciones son seguras y que la persona no sufrirá daños o perjuicios de ningún tipo. Es necesario que se ajusten a las necesidades comunes de toda la población, al tiempo que atiendan necesidades específicas de determinados grupos de población, como las mujeres, los ancianos, los discapacitados, las poblaciones indígenas o poblaciones de ascendencia africana, que quizá no estén recibiendo la atención apropiada debido a la manera en la que comúnmente ésta se organiza.

Encuestas realizadas por la OPS corroboran la importancia de la APS y confirman que abundan las discrepancias y los conceptos erróneos respecto a su significado, incluso en un mismo país. En general el papel de la APS pertenece a cuatro categorías:<sup>3</sup>

Enfoque	Definición o concepto de Atención Primaria de Salud	Énfasis
Atención Primaria de Salud selectiva	Se centra en un número limitado de servicios de gran repercusión para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes en los países en desarrollo. Los principales servicios, conocidos como GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización), a veces incluían los suplementos alimentarios, la alfabetización de la mujer y la planificación familiar (GOBI-FFF). En principio se consideró como una estrategia provisional sin embargo se convirtió en la forma dominante de APS en muchos países con programas verticales para determinadas subpoblaciones o para enfermedades específicas.	Conjunto específico de actividades de los servicios de salud dirigidas a los pobres

<sup>3</sup> OPS/OMS. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de la Posición de la OMS/OPS.* Washington, D.C: OPS/OMS; 2007.

Atención Primaria	Se refiere a la puerta de entrada del sistema de salud y al lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población, la mayoría de las veces. Éste es el concepto de Atención Primaria de Salud más común en Europa y en otros países industrializados. En su definición más simple, este enfoque se relaciona directamente con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o medicina de familia.	Nivel de atención de un sistema de servicios de salud
“Atención Primaria de Salud integral” de Alma Ata	La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de Salud como la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [...]. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud [...] como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad [...], llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud”.	Estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud
Enfoque de Salud y Derechos Humanos	Concibe la salud como un derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. Difiere de la Declaración de Alma Ata no tanto en los propios principios, sino en que pone énfasis en sus implicaciones sociales y políticas. Señala que el enfoque social y político de la Atención Primaria de Salud ha dejado atrás los aspectos específicos de las enfermedades y que las políticas de desarrollo debieran ser más “globales, dinámicas, transparentes y debieran estar apoyadas por compromisos legislativos y económicos” de modo de conseguir mejoras equitativas en materia de salud <sup>28</sup> .	Filosofía que impregna el sector social y de salud

De acuerdo a evidencias recopiladas por la OPS que para que la APS contribuya a mejorar la salud de la población es preciso que los servicios de salud tengan una buena calidad técnica ya que la calidad de los servicios de salud depende en gran medida de quienes trabajan en ellos. El personal de salud debe recibir una capacitación integral desde el punto de vista técnico y humanístico; su desempeño no sólo depende de sus conocimientos y habilidades, sino también de su entorno de trabajo y de las políticas de incentivos apropiadas tanto a nivel local como global.<sup>4</sup>

En el ámbito de la política de recursos humanos pocos países lograron plantear e

<sup>4</sup> OPS/OMS. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de la Posición de la OMS/OPS*. Washington, D.C: OPS/OMS; 2007

implementar políticas definidas que permitan contar con un sistema integral de desarrollo de recursos humanos que sustente los cambios en los servicios orientados por APS. Así lo demuestran la persistencia de desequilibrios crónicos en la distribución de recursos humanos (concentración urbana, crecimiento asimétrico de oferta y demanda de recursos humanos, crecimiento de la esfera de la educación mayor a los requerimientos de la esfera del trabajo en salud, desfases en la calidad de los recursos humanos, renovación desordenada de la profesionalización, estancamiento del empleo público y flujos crecientes de emigración de personal calificado).<sup>5</sup>

Implicación para la fuerza de trabajo en la Atención Primaria de salud<sup>6</sup>

<b>Objetivos</b>	<b>Implicaciones para las intervenciones estratégicas sobre la fuerza de trabajo</b>
<b>Equidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribución geográfica y por condiciones sociales</li> <li>• Distribución entre subsectores: público, privado, seguridad social.</li> <li>• Equidad en las remuneraciones.</li> <li>• Equidad de género.</li> </ul>
<b>Eficiencia distributiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descentralización: transferencia de poder de decisión y de la autoridad.</li> <li>• Transferencia de presupuestos y otros recursos.</li> <li>• Transferencia y desarrollo de las capacidades efectivas de la gestión de los recursos humanos.</li> <li>• Garantía de efectividad en programas especiales de ampliación o recuperación de cobertura.</li> </ul>
<b>Eficiencia económica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en las relaciones de trabajo; contrato y salario</li> <li>• Garantía de adecuadas condiciones de trabajo</li> <li>• Gestión y sostenibilidad de sistemas de incentivos</li> <li>• Regulación de la flexibilidad y gestión de la tercerización</li> <li>• Negociación colectiva</li> </ul>
<b>Calidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios positivos en las competencias y calificaciones del personal en relación a los modelos y resultados de la atención.</li> <li>• Regulación de la oferta educacional superior y técnica basada en evaluación de la calidad de procesos educacionales y de la competencia de los egresados.</li> <li>• Nuevas formas de organización y división del trabajo.</li> <li>• Garantía de desarrollo profesional permanente</li> </ul>
<b>Participación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balance de poder entre personal de salud y usuarios de los servicios.</li> </ul>

<sup>5</sup> OPS/OMS. *Atención primaria en salud y desarrollo de los recursos humanos*. Madrid, España: OPS/OMS; 2003

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Suiza: OMS; 2008

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apertura de espacios institucionales sostenibles para la participación de los actores en las decisiones.</li> <li>• Participación del sector Salud en las decisiones económicas y políticas que lo afectan.</li> </ul>
--	---

En el año 2009 en El Salvador debido a que el Estado salvadoreño no contaba con una política de salud equitativa, eficiente, solidaria y universal que abordara los determinantes sociales de la salud, así como la existencia de un sistema que adolecía de un virtual abandono de la promoción de la salud, con un pobre énfasis en la prevención de la enfermedad y la rehabilitación, y un sistema de servicios de salud en proceso de privatización, segmentado, fragmentado, inadecuadamente financiado y con énfasis en las acciones curativas.<sup>7</sup> Surge la Política Nacional de Salud de El Salvador 2009-2014 a partir del documento “Construyendo la Esperanza, estrategias y recomendaciones”, elaborado por medio de una amplia consulta nacional con la participación de diversos sectores de la sociedad civil organizada, y que además es retomado en el plan de gobierno presentado durante la campaña electoral por parte del Frente Farabundo Martí para la Liberación de la Nación (FMLN), que inicia su gestión en ese mismo periodo.

Así también, retomando las estrategias y recomendaciones mencionadas en la Política Nacional de Salud, se impulsa un proceso de Reforma de Salud el cual puede considerarse como “Un proceso de contenido progresista tendiente a generar mayor equidad, mayor participación de la sociedad y un amplio trabajo intersectorial a fin de producir más salud en la sociedad [...] concibe a la salud como un derecho humano fundamental”<sup>8</sup>

El Sistema Nacional Integrado de Salud se define como una alianza estratégica, funcional y regional materializada en un acuerdo interinstitucional que incluye a la sociedad civil, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a otros prestadores

<sup>7</sup> Ministerio de Salud de El Salvador. *Política Nacional de Salud de El Salvador 2009-2014*. Segunda edición. San Salvador, El Salvador: Editorial del Ministerio de Salud de El Salvador; octubre de 2009

<sup>8</sup> Barten, F., Rovere, M. & Espinoza, E. *Salud Para Todos: una meta posible. Pueblos Movilizados y Gobiernos Comprometidos*. 2da. Ed. San Salvador, El Salvador: Editorial del Ministerio de Salud; 2010.



y financiadores públicos de servicios de salud (Fondo Solidario para la Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Bienestar Magisterial, Batallón de Sanidad Militar). Su base será la Estrategia de Atención Primaria de Salud Integral, que buscará de modo constante y permanente la equidad, la solidaridad, la participación social y un intenso trabajo intersectorial. El ente rector del Sistema Nacional Integrado de Salud es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y la alianza que da origen al sistema es producto de un amplio proceso de diálogo social.<sup>9</sup>

Actualmente, dentro de la estructura del Ministerio de Salud (MINSAL) se identifica un nivel superior o secretaria de estado, a nivel regional 5 Direcciones Salud, 17 Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), 36 Unidades Comunitarias de Salud Familiar Especializadas (UCSFE), 295 Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias y 361 Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas. En total se cuenta con 481 ECOSF, esta diferencia debido a que no todos los ECOSF cuentan con infraestructura y se encuentran dentro de UCSF Intermedias o Especializadas. La Región de Salud Metropolitana cuenta con 4 SIBASI y 69 UCSF, de las cuales 5 son UCSFE, 33 UCSFI y 31 ECOSF.

Las prioridades para estructurar los cimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud son: **a)** construcción de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **b)** construcción del Sistema Nacional de Emergencias Médicas, **c)** respuesta a las necesidades de medicamentos y vacunas, **d)** articulación progresiva con la seguridad social y con otros prestadores públicos de salud y fortalecimiento de la intersectorialidad, **e)** apoyo al Foro Nacional de Salud, **f)** creación del Instituto Nacional de Salud, **g)** desarrollo del Sistema Único de Información en Salud, **h)** recursos humanos en salud como piedra angular del Sistema Nacional Integrado de Salud.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Gobierno de El Salvador. *Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014*. 2ª Edición. El Salvador; noviembre 2010.

<sup>10</sup> IBID

La actual Política Nacional de Salud de El Salvador establece como objetivo general “El Garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional de Salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la seguridad social) y regule efectivamente lo privado, el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro, incluyendo (pero no limitándose a ello) la creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutivez y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas.”

Entre las estrategias y recomendaciones dentro de la Política Nacional de Salud planteadas por el Ministerio de Salud de El Salvador para el periodo 2009-2014<sup>11</sup> se encuentran:

### **Estrategia 1: Sistema Nacional de Salud basado en la atención primaria de salud integral**

Construir un Sistema Nacional de Salud basado en la atención primaria de salud integral como una estrategia clave para el logro de los Objetivos del Milenio y el abordaje efectivo de las determinantes de la salud y de las inequidades en salud.

- *Reorientación del Sistema Nacional de Salud a la Atención Primaria de Salud Integral* a través del reajuste los servicios de salud para priorizar la promoción y la prevención y propiciando la asignación de las funciones que sean necesarias a otros niveles gubernamentales.
- *Prestación de servicios de salud integral* que incluyen promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el autocuidado en todos los niveles de atención.
- *El desarrollo de un programa de comunicación para promover los sistemas de salud basados en la APS.*
- *La creación de los mecanismos necesarios para fortalecer la colaboración*

---

<sup>11</sup> Ministerio de Salud de El Salvador. *Política Nacional de Salud de El Salvador 2009-2014*. Segunda edición. San Salvador, El Salvador: Editorial del Ministerio de Salud de El Salvador; octubre de 2009

*intersectorial y el desarrollo de redes y alianzas.*

- *Establecimiento de un marco jurídico y los mecanismos que aseguren la sostenibilidad y el financiamiento adecuado del sistema, aún en tiempos de inestabilidad política, económica y de cambio.*
- *Definir un mecanismo de integración progresiva de las redes de servicios de atención a la salud del subsistema público.*

### **Estrategia 18: Desarrollo de recursos humanos**

Formular y ejecutar la Política de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud

Recomendaciones:

- *Constituir en el nivel central del MSPAS la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos.*
- *Formular la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en consulta con el Consejo Nacional de Salud.*
- *Crear los mecanismos y condiciones necesarias para dar respuesta a los desafíos en recursos humanos en salud identificados para alcanzar los Objetivos del Milenio:*
  - ✓ Definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en los sistemas de salud;
  - ✓ Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados para lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de esas poblaciones;
  - ✓ Promover la acción nacional e internacional para que los países afectados por la migración conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación;
  - ✓ Generar ambientes de trabajo que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población;
- *Asignar al MSPAS la función de cuantificar y cualificar, con carácter general, las necesidades de las distintas categorías y características de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud y las funciones a ellos encomendadas (Perfil*

Profesional y Ocupacional).

- *Propiciar la estabilidad laboral* de los trabajadores de la salud promoviendo la adscripción del Estado salvadoreño a la Política de Trabajo Decente de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- *Coordinar con el sector educativo y profesional*, especialmente la Universidad Pública, la formación, acreditación y homologación de los recursos humanos de pre y postgrado en salud de acuerdo a la Política y al Plan Nacional de Salud y los compromisos internacionales de reorientar los sistemas de salud a la atención primaria de salud.
- *Promover el desarrollo de liderazgo* en el personal de salud.
- *Distribuir equitativamente los recursos humanos* en todo el sistema nacional de salud.
- *Aumentar la contratación de recurso humano* en enfermería en el Sistema Nacional de Salud para alcanzar una relación médico-enfermera de al menos de 1:1
- *Garantizar la desconcentración de las especialidades* médicas a los hospitales del segundo nivel.

Desafíos actuales de los recursos humanos de salud<sup>12</sup>:

- Los profesionales de salud tienen escasa motivación y remuneración en comparación con otros profesionales.
- Los trabajadores de salud cualificados son insuficientes para prestar cobertura universal.
- El trabajo en equipo está escasamente desarrollado o se estimula insuficientemente.
- Los profesionales cualificados prefieren trabajar en hospitales y ciudades.
- Falta de apoyo y supervisión adecuados.

---

<sup>12</sup> OPS/OMS. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de la Posición de la OMS/OPS.* Washington, D.C: OPS/OMS; 2007

- La formación universitaria y de postgrado del personal de salud no se ajusta a los requisitos de la práctica de la APS.
- Migración internacional de los trabajadores de salud (fuga de profesionales).

La educación del personal en los servicios de salud es una de las estrategias más utilizadas en los hospitales y centros sanitarios para mejorar la calidad de la atención. Los cambios importantes en los modelos y prácticas de gestión y en los modelos de atención, motivan la modificación del panorama laboral, desde el punto de vista de los requerimientos de desempeño, en los diferentes niveles de decisión y atención. Es decir, se generaron nuevas competencias.<sup>13</sup> Por lo cual cuando se habla de competencias se refiere a una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conductentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos.

A través de los años se han evidenciados 3 tendencias al momento de tratar de describir las competencias:

1. *Enfoque Conductista.* En el cual el desempeño competente es aquel que se ajusta a un trabajo descrito a partir de una lista de tareas claramente específicas. Es considerada como reduccionista por centrarse mucho en la tarea. No considera aspectos como el trabajo en equipo, la toma de decisiones y el juicio aplicado para la resolución de problemas.
2. *Enfoque Atribucional.* Este enfoque se dirige exclusivamente a identificar aptitudes y rasgos personales que influyen positivamente a la profesionalidad de la persona. Estas competencias han llegado a conocerse también como transversales ya que son propias de la persona y las aplica independientemente de la tarea o del puesto. En este caso el modelo presenta debilidad por un enfoque carente de especificidad.

---

<sup>13</sup> Irigoien M, Varga F. *Competencia Laboral. Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud.* OIT. Montevideo: Cinterfor: 2002.

3. *Enfoque integrado y Holístico*. Representa tanto las tareas desempeñadas como los atributos personales que permiten desarrollarse con eficiencia. Se entiende como una interacción dinámica entre los distintos acervos de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y desempeño en que se encuentre el individuo.

A continuación se describen algunos de los modelos más relevantes los cuales han tomado alguno o combinado los enfoques mencionados:

#### **Modelo de competencias de Alex<sup>14</sup>:**

- ✓ Competencias Técnicas: Referidas al puesto de trabajo en relación a las tareas y recursos. Se consideran los conocimientos y capacidades, la planificación y la ejecución.
- ✓ Competencias sociales: Derivadas del contexto socioorganizativo y referentes a aspectos comunicativos. Se consideran las actitudes y comportamientos al respecto a las personas, al trabajo y la profesión y al entorno.

#### **El modelo de competencias de Le Boterf<sup>15</sup>:**

Consideró las competencias como el conjunto de saberes y aptitudes necesarios para el desempeño de un puesto de trabajo. Ello implicó nuevamente la distinción entre:

- ✓ Competencia técnica: Incluyen cualificaciones técnicas, funcionales específicas de la profesión. Los **saberes** “saber” cómo conjunto de conocimientos generales o especializados tanto teóricos como científicos o técnicos. Y las **técnicas** “SABER –HACER” como dominio de métodos y técnicas en los contenidos específicos.
- ✓ Competencia social: Incluye las motivaciones, los valores, la capacidad de relación en un contexto social y organizativo.

---

<sup>14</sup> Alex, L. *Descripción y registro de las cualificaciones. El concepto de cualificación*. Revista Europea Formación Profesional, 1991; Número 2, CEDEFOP, Bruselas.

<sup>15</sup> Le Boterf, G. *Ingeniería y evaluación de los planes de formación*. Bilbao: Aedipe-Deusto; 1991

### **Modelo de competencias Mertens<sup>16</sup>:**

Según Leonard Mertens los tipos de competencias se pueden dividir en:

- ✓ Competencias genéricas: se relacionan con los comportamientos y actitudes laborales propios de diferentes ámbitos de producción, como, por ejemplo, la capacidad para el trabajo en equipo, habilidades para la negociación, planificación, etc.
- ✓ Competencias básicas: son las que se relacionan con la formación y que permiten el ingreso al trabajo: habilidades para la lectura y escritura, comunicación oral, cálculo, entre otras.
- ✓ Competencias específicas: se relacionan con los aspectos técnicos directamente relacionados con la ocupación y no son tan fácilmente transferibles a otros contextos laborales como: la operación de maquinaria especializada, la formulación de proyectos de infraestructura, etc.).

### **Modelo de competencias del Instituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori<sup>17</sup>:**

Establece un modelo de competencias definidas como un conjunto integrado y operativo de conocimientos técnico- específicos, requisitos de base para la ocupabilidad y comportamientos laborales de la persona, que se articulan en tres grandes bloques de competencias:

- ✓ Competencias de base: Entendidas como prerequisites de conocimientos que permiten el acceso a la formación y a la inserción laboral. Por ejemplo: Conocimiento del idioma inglés.
- ✓ Competencias técnico-profesionales: Incluyen el conjunto de conocimientos y técnicas necesarias para el desempeño de una determinada función laboral. Son competencias propias de los puestos.
- ✓ Competencias transversales: Definidas como aquellas habilidades de amplio

---

<sup>16</sup> Mertens, L. *Competencias Laboral: Sistemas, Surgimiento y Modelos*. 1ª Ed. Organización Internacional del Trabajo (Cinterfor/OIT); 1996.

<sup>17</sup> Instituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori. *Competenze trasversali e comportamento organizzativo. Le abilità di base per il lavoro che cambia*. Roma: 1995.

alcance que son generalizables, se adquieren a partir de las experiencias personales y son esenciales para el comportamiento eficaz.

### **El modelo de competencias Bunk<sup>18</sup>:**

Llamadas también competencias críticas; referidas a aquellas que posibilitan desarrollar un desempeño exitoso en diferentes contextos. Según el alemán G. Bunk podemos tipificarlas en:

- ✓ Competencia técnica: es el dominio experto de las tareas y contenidos del ámbito de trabajo, así como los conocimientos y destrezas necesarios para ello.
- ✓ Competencia metodológica: implica reaccionar aplicando el procedimiento adecuado a las tareas encomendadas y a las irregularidades que se presenten, encontrar soluciones y transferir experiencias a las nuevas situaciones de trabajo.
- ✓ Competencia social: colaborar con otras personas en forma comunicativa y constructiva, mostrar un comportamiento orientado al grupo y un entendimiento interpersonal.
- ✓ Competencia participativa: participar en la organización de ambiente de trabajo, tanto el inmediato como el del entorno capacidad de organizar y decidir, así como de aceptar responsabilidades.

### **El modelo de competencias de Echeverría<sup>19</sup>:**

- ✓ **Técnico [Saber]:** Poseer conocimientos especializados y relacionados con determinado ámbito profesional, que permiten dominar como experto los contenidos y tareas acordes a su actividad laboral.
- ✓ **Metodológico [Saber hacer]:** Saber aplicar los conocimientos a situaciones laborales concretas, utilizar procedimientos adecuados a las tareas pertinentes, solucionar problemas de forma autónoma y transferir con ingenio las experiencias adquiridas a situaciones novedosas.
- ✓ **Participativo [Saber estar]:** Estar atento a la evolución del mercado laboral,

---

<sup>18</sup> Bunk, G.P. *La transmisión de las competencias en la formación y el perfeccionamiento profesionales*. Revista Europea Formación Profesional, 1994; Núm. 1.

<sup>19</sup> Echeverría, B. *Gestión de la Competencia de Acción Profesional*. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2002



predispuesto al entendimiento interpersonal, dispuesto a la comunicación y cooperación con los demás y demostrar un comportamiento orientado hacia el grupo.

- ✓ **Personal [Saber ser]:** Tener una imagen realista de sí mismo, actuar conforme a las propias convicciones, asumir responsabilidades, tomar decisiones y relativizar las posibles frustraciones.

A partir de estos dos últimos modelos, se considera que una persona es competente *“cuando dispone de los conocimientos, destrezas y actitudes necesarias para ejercer su propia actividad laboral, resuelve los problemas de forma autónoma y creativa y está capacitada para colaborar en su entorno laboral y en la organización del trabajo”*.<sup>20</sup>

En los últimos años la Organización Panamericana de la Salud ha venido analizando y evaluando información teórica y empírica sobre el alcance, el funcionamiento y la eficacia de la APS. Sus hallazgos ponen en evidencia que las razones que no permitieron una implantación más amplia y profunda del modelo responden a limitaciones que incluyen desorganización, falta de políticas de incentivos, financiamiento y costos elevados, distribución desigual de servicios y, fundamentalmente, carencia de recursos humanos capacitados y dedicados a la atención primaria. Las principales competencias necesarias para los profesionales de los equipos de APS se pueden agrupar en seis categorías <sup>21</sup>

### **Características específicas de la APS:**

- ✓ Enfoque integral: vida, género, culturas, individuo, familia, comunidad
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Coordinación entre niveles: sistemas de referencia y contra-referencia

---

<sup>20</sup> Bunk, G.P. *La transmisión de las competencias en la formación y el perfeccionamiento profesionales*. Revista Europea Formación Profesional, 1994; Núm. 1.

<sup>21</sup> Carme Nebot Adell, Carlos Rosales Echeverría, Rosa M. Borrell Bentz. *Desarrollo de Competencias en Atención Primaria en Salud*. Año 2012. Rev. Panam Salud Pública.

**Área clínica:**

- ✓ Trato al paciente
- ✓ Atención centrada en el individuo y la familia
- ✓ Atención preventiva, curativa, rehabilitadora y cuidados paliativos
- ✓ Seguimiento compartido
- ✓ Emergencias
- ✓ Atención domiciliaria

**Comunicación:**

- ✓ Entre profesionales
- ✓ Entre profesionales de salud e individuos
- ✓ Con la comunidad
- ✓ Manejo de conflictos
- ✓ Anuncio de malas noticias

**Gestión del conocimiento:**

- ✓ Uso de sistemas de información
- ✓ Uso de internet
- ✓ Medicina basada en pruebas (guías clínicas)

**Salud pública y promoción de la salud:**

- ✓ Conocimientos de epidemiología
- ✓ Enfermedades de declaración obligatoria, brotes, campañas de vacunación
- ✓ Hábitos y estilos de vida

**Área de gestión:**

- ✓ Funciones administrativas y gerenciales: liderazgo, supervisión y coordinación
- ✓ Negociación
- ✓ Gestión de la calidad, reclamos
- ✓ Planificación y evaluación

✓ Gestión clínica

## COMPETENCIAS ESENCIALES DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Conocimientos	Habilidades para
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación de barreras de acceso.</li> <li>- Reconocimiento y análisis de actores.</li> <li>- Estrategias para alcanzar la cobertura universal.</li> <li>- Atención integral, integrada y continua.</li> <li>- Técnicas y procedimientos para la atención intra y extramural.</li> <li>- Mecanismos de referencia y contrarreferencia.</li> <li>- Ciclo vital individual y familiar.</li> <li>- Situación de salud de la comunidad, sus determinantes y</li> <li>- Condicionantes.</li> <li>- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</li> <li>- Buenas prácticas.</li> <li>- Nuevas tecnologías.</li> <li>- Uso de la red de servicios de atención.</li> <li>- Identificación y definición de necesidades de servicios.</li> <li>- Priorización de intervenciones.</li> <li>- Identificación de actores e instituciones en la comunidad.</li> <li>- Comunicación entre los miembros del equipo y la comunidad.</li> <li>- Políticas públicas y marcos legales vinculados con el sector salud.</li> <li>- Identificación de grupos de poder locales.</li> <li>- Nociones de gestión administrativa.</li> <li>- Identificación de organizaciones sociales, gremiales y sus actores.</li> <li>- Registros específicos en APS.</li> <li>- Identificación y análisis de inequidades existentes.</li> <li>- Resolución de inequidades en salud, marcos políticos y legales.</li> <li>- Proceso de acogida al individuo/familia.</li> <li>- Entrevista clínica.</li> <li>- Identificación y resolución de problemas.</li> <li>- Conocimiento y definición de roles y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar estrategias que reduzcan barreras de acceso, amplíen la cobertura y reduzcan las inequidades.</li> <li>- Identificar necesidades percibidas y no percibidas por el individuo y la familia.</li> <li>- Abordar el ciclo vital.</li> <li>- Promover el autocuidado de la salud en la comunidad, según las enfermedades prevalentes.</li> <li>- Promover el aprendizaje sobre la APS por parte del equipo de salud y la comunidad.</li> <li>- Establecer compromisos o alianzas para la producción social de la salud.</li> <li>- Liderar y participar en las iniciativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la comunidad.</li> <li>- Brindar atención apropiada, basada en la evidencia en distintos escenarios.</li> <li>- Aplicar los procedimientos de manera oportuna y eficiente.</li> <li>- Definir las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo.</li> <li>- Identificar fuentes de información y actores clave en la comunidad.</li> <li>- Recolectar, analizar y utilizar la información adecuada y pertinente.</li> <li>- Identificar y definir las necesidades de salud de la comunidad.</li> <li>- Establecer prioridades de intervención.</li> <li>- Estimular la participación activa de la comunidad en la gestión del sector salud.</li> <li>- Optimizar la información, comunicación y educación</li> <li>- Analizar la coherencia entre las políticas públicas y el trabajo multidisciplinar en APS.</li> <li>- Propiciar el desarrollo de políticas locales a través de la participación ciudadana.</li> <li>- Desarrollar planificación estratégica, investigación operativa y evaluación del desempeño.</li> </ul>

<p>responsabilidades dentro del equipo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código ético de los trabajadores de la salud.</li> <li>- Identificación de recursos necesarios.</li> <li>- Identificación de sectores vinculados a la salud.</li> <li>- Definición de acciones intersectoriales.</li> <li>- Prevención de desastres y mecanismos de respuesta en situaciones de emergencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir el proceso de gestión administrativa Involucrar a —y trabajar activamente con— los líderes reconocidos</li> <li>- Identificar y corregir inequidades a través del desarrollo de políticas y programas</li> <li>- Incorporar la participación social en la resolución de las inequidades</li> <li>- Brindar un trato digno y respetuoso.</li> <li>- Acoger al individuo dentro del sistema de salud.</li> <li>- Desarrollar una buena comunicación, a nivel individual y colectivo.</li> <li>- Identificar problemas que repercuten en el proceso salud-enfermedad.</li> <li>- Apoyar y participar en el proceso de formación permanente de los miembros del equipo.</li> <li>- Elaborar, desarrollar y participar en procesos del trabajo en equipo: comunicación, colaboración, coordinación, negociación y solución de conflictos, participación, toma de decisiones</li> <li>- Hacer un uso racional y eficiente de los recursos disponibles</li> <li>- Presentar información útil y detallada a los tomadores de decisión</li> <li>- Liderar, participar y apoyar las acciones intersectoriales</li> <li>- Movilizar recursos intersectoriales y de la propia comunidad para responder a las necesidades de salud</li> <li>- Interactuar con las autoridades nacionales y la comunidad</li> <li>- Transmitir las informaciones requeridas e identificar rutas de evacuación, lugares seguros, refugios</li> </ul>
---	---

**Fuente:** Paneles de expertos OPS/OMS en Tegucigalpa, Honduras y Fortaleza, Brasil. Junio y septiembre de 2006.

Competencias adicionales identificadas en el documento “La acreditación de Programas de Formación en Medicina y la orientación hacia la APS”<sup>22</sup> que deben de desarrollar los recursos egresados de medicina:

<sup>22</sup> OPS/OMS. *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Serie No. 3. La Acreditación de Programas de Formación en Medicina y la orientación hacia la APS. Washington D.C.: OPS/OMS; mayo 2010.

- Contribuir a la conservación de la vida y del medio ambiente en el ámbito de la salud promoviendo estilos de vida saludables.
- Asumir una conducta ética frente al paciente, el equipo de salud y la comunidad, respetando la dignidad y privacidad de las personas.
- Reconocer y respetar la diversidad de costumbres, etnias, creencias e ideas de las personas.
- Respetar las normas legales que regulan la práctica profesional.
- Actuar en la protección y promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y rehabilitación de las personas.
- Diagnosticar y tratar correctamente las enfermedades del ser humano en todas las fases de su desarrollo, teniendo en cuenta criterios de prevalencia y potencial mórbido.
- Reconocer, derivar y/o referir adecuada y oportunamente pacientes portadores de problemas, que están fuera del alcance de su competencia.
- Valorar el uso de la anamnesis y el examen físico y psíquico como elementos fundamentales de la práctica médica.
- Realizar procedimientos clínicos y quirúrgicos indispensables en la atención inicial de las urgencias y emergencias.
- Resolver problemas en diferentes niveles de atención de salud, con énfasis en la estrategia de atención primaria.
- Considerar las relaciones de costo-beneficio y riesgo-beneficio en las decisiones de todos los procedimientos médicos.
- Abordar los múltiples aspectos de la relación médico-paciente, desarrollando la capacidad, sensibilidad y pertinencia en la relación con el paciente, sus familiares y el equipo de salud.
- Desarrollar habilidades de comunicación oral, escrita y verbal con el paciente, su familia, el equipo de salud y el entorno, en la(s) lengua(s) que corresponda en el ámbito de su práctica.
- Constituir y trabajar en equipos de salud multiprofesionales e intersectoriales

reconociendo las competencias y compartiendo las responsabilidades con los demás integrantes.

- Interpretar, intervenir y contribuir, en el marco de su competencia, para mejorar la realidad social.
- Desarrollar actividades educativas en el área de la salud.
- Aplicar los principios básicos de administración y gestión de programas de salud.
- Autoformarse y autoevaluarse durante toda su vida profesional.
- Emplear el razonamiento crítico en la interpretación de la información, en la identificación del origen y resolución de los problemas de la práctica médica
- Utilizar metodología científica en la práctica profesional.
- Abordar críticamente la dinámica del mercado de trabajo, las políticas y la legislación vigente en materia de salud.
- Uso de al menos dos idiomas (uno de ellos el inglés científico-técnico) en el nivel de comprensión del idioma escrito.
- Uso de las computadoras y de los recursos afines de la informática.
- Estar dispuesto para participar en la producción de conocimientos en el ámbito de su práctica.
- Evaluar y conocer la realidad sanitaria de su medio y adecuar sus acciones a la misma gestionando con el paciente las soluciones a los problemas planteados.

La Red Iberoamericana para la Acreditación de la Calidad de la Educación Superior (RIACES), constituida formalmente en Buenos Aires en mayo de 2003 definió el perfil fundamental del médico en la cual incluye que los egresados tengan capacidad como:

- Generalista, con sólidos fundamentos científico-técnicos, y con formación ética y humanista;
- Con la Atención Primaria de Salud como estrategia y eje de la formación médica;
- Capacidad de reconocer las diferencias entre situaciones médicas que puedan

asumir; aquellas que deban derivar y las que obligatoriamente deban resolver y con énfasis en la solución de urgencias no derivable;

- Conocimiento amplio y de aplicación en las diferentes realidades epidemiológicas y culturales en las que ejerza su servicio;
- Formación en la atención integral del paciente, la familia y la comunidad, en los ámbitos de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; con un enfoque bio-psico-social-ambientalista;
- Capacidad de reconocer y respetar la dignidad y privacidad de las personas y la diversidad de costumbres, etnias, ideas y saberes sobre el proceso salud enfermedad;
- Capacidad para identificar e intervenir sobre los diferentes factores que integran la problemática del fenómeno salud-enfermedad (biológicos, psicológicos, sociales y económicos);
- Para considerar las relaciones de riesgo-beneficio y costo-beneficio en las decisiones respecto a todos los procedimientos médicos a prescribirse, tanto de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; basándose en evidencias científicas comprobables;
- Actitudes de comunicación para el paciente, la familia y la comunidad. Ser capaz de establecer comunicación verbal, no verbal y escrita con los pacientes, familiares, comunidad y el equipo de salud; y ser capaz de desarrollar actividades educativas;
- Habilidades técnico científicas comprobables;
- Pensamiento crítico, con capacidad de ejecutar o participar en proyectos de investigación, y de continuar y actualizar permanentemente s formación a través de postgrados o formación continua;
- Capacidad para aplicar conocimientos básicos de administración y gestión en servicios y programas de salud;
- Con conocimientos y aptitudes para contribuir a la conservación de la vida y el medio ambiente en el ámbito de la salud y promover estilos de vida saludable,

individuales y colectivos;

- Capaz de trabajar en equipos de salud, multidisciplinarios y multiprofesionales;
- Criterios para abordar críticamente la dinámica del mercado de trabajo, y para aplicar las políticas, y la legislación vigente en materia de salud, tanto en materia de salud pública como del ejercicio profesional, y
- Con actitudes que procuren su propia salud física y mental.

En la VIII Reunión Regional de Observatorios de Recursos Humanos en Salud: Planes de Acción para una Década de Recursos Humanos (20-22 de noviembre de 2006), los desafíos con respecto a al desarrollo de los recursos humanos adquiridos por El Salvador están representados por:

- La definición de políticas y planes para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
- Colocación de las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
- Regulación de los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
- Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
- Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativa y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

Las líneas de Acción consideradas para enfrentar los desafíos antes mencionados



son:

- Fortalecer la institucionalidad para el desarrollo de Recursos Humanos.
- Defensa y promoción acerca de la Importancia de los Recursos Humanos en Salud.
- Cooperación técnica y financiera para el desarrollo de los Recursos Humanos.
- Mejorar la capacidad técnica en el campo de los Recursos Humanos.
- Producción de información y conocimiento en Recursos Humanos.

Las implicaciones de APS sobre el campo específico de recursos humanos evidencian resultados variables. En general se puede hablar de modificaciones de dos procesos claves: la educación y trabajo. Esto hace referencia a sistemas institucionales diferentes y complementarios, con responsabilidades específicas y con áreas de decisión y jurisdicción particulares. Por lo anterior se recomienda además la implementación en SNS en El Salvador, tres estrategias en relación a los recursos humanos:

- **Desarrollo de recursos humanos.** *Formular y ejecutar la Política de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud*
- **Coordinación con el sector formador.** *Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud a fin de adaptar la educación de los profesionales de salud para la prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.*
- **Trabajadores comunitarios de salud.** *Potenciar las figuras del promotor y la promotora de salud como elementos básicos del Sistema Nacional de Salud en el primer nivel de atención, con base en la atención primaria de salud integral.*

Cada vez se tiene mayor conciencia de que, cuando hay componentes del sistema de salud que funcionan mal o están desajustados, el desempeño global se resiente. Denominados a veces “funciones básicas” o “elementos constitutivos”, los componentes de los sistemas de salud comprenden las infraestructuras, los recursos

humanos, la información, las tecnologías y la financiación, y todos ellos repercuten en la prestación de servicios.<sup>23</sup>

La inversión en recursos humanos se considera como hemos visto un área esencial que requiere atención, dado que la calidad de los servicios de salud depende en gran medida de quienes trabajan en ellos. El personal de salud debe recibir una capacitación integral desde el punto de vista técnico y humanístico; su desempeño no sólo depende de sus conocimientos y habilidades, sino también de su entorno de trabajo y de las políticas de incentivos apropiadas tanto a nivel local como global. También se ha llamado la atención sobre la escasez del personal de enfermería a nivel internacional y su distribución desigual, además de las dificultades para conservarlo, debido generalmente a las condiciones de empleo poco atractivas y a las políticas internacionales que tienden a estimular su emigración hacia los países más desarrollados.<sup>24</sup> Por lo cual es evidente el papel fundamental que tiene la formación de recursos humanos en salud para lograr el mayor beneficio posible y la aplicación correcta en la atención primaria en salud.

---

<sup>23</sup> Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Suiza: OMS; 2008

<sup>24</sup> OPS/OMS. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de la Posición de la OMS/OPS*. Washington, D.C: OPS/OMS; 2007

## **IV. DISEÑO METODOLÓGICO**

1. Tipo de estudio: Descriptivo al no haber relación de causa y efecto entre los fenómenos estudiados, de corte Transversal con enfoque cualicuantitativo.
2. Grupo Poblacional: 383 médicos de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de la Región Metropolitana de Salud.
3. Unidad de Observación: 30 médicos de 31 Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas.
4. Criterios de Inclusión
  - 1 Médico(a) que al momento de la investigación se encuentre laborando en la Región Metropolitana de Salud.
  - 2 Médico(a) director(a)/coordinador(a) de Unidad Comunitaria de Salud Familiar.
  - 3 Médico(a) que al momento de la investigación se encuentre laborando en un ECOSF.
  - 4 Médico(a) coordinador(a) de Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica.
  - 5 Médico(a) coordinador(a) laborando en Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básico con al menos un año de haberse conformado.
  - 6 Disponibilidad para evaluar funcionamiento del Equipo Comunitario de Salud Familiar y determinar competencias requeridas para coordinación del mismo.
5. Criterios de Exclusión
  - 1 Médico(a) que no labore en la Región de Salud Metropolitana.
  - 2 Médico(a) recién trasladado a la Región de Salud Metropolitana.
  - 3 Médico(a) que se encuentre con permiso o licencia durante el estudio.
  - 5 Equipos Comunitarios de Salud Familiar conformados pero con funcionamiento menor a 9 meses en el año 2013 ej. Delincuencia.

## 6. Conformación del Grupo

No.	Criterios de Inclusión	No.
1	Médico laborando en la Región Metropolitana de Salud	434
2	Médico director/coordinador de Unidad Comunitaria de Salud Familiar	69
3	Médico(a) laborando en un ECOSF	33
4	Médico coordinador de Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica	31
5	Médicos coordinadores laborando en Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básico con al menos un año de haberse conformado	31
6	Disponibilidad para evaluar funcionamiento del Equipo Comunitario de Salud Familiar y determinar competencias requeridas para coordinación del mismo	30
<b>TOTAL</b>		<b>30</b>

## 7. Conceptualización de componentes en descriptores:

**Objetivo 1:** Determinar las competencias técnicas de los médicos y médicas coordinadores de los ECOSF de la Región de Salud Metropolitana

- Descriptor:

1. Competencias Técnicas.

- Subdescriptor:

1. Atención en los diferentes ciclos de la vida de acuerdo a normativa.
2. Aplicación de lineamientos de violencia en todas sus formas
3. Registro diario de consulta.
4. Aplicación de lineamientos de Retorno, Referencia e Interconsulta.
5. Cumplimiento de lineamientos de sala situacional.
6. Aplicación del marco regulatorio de farmacia.
7. Fichas familiares y fichero de seguimiento a la dispensarización.
8. Manejo de expediente familiar e individual de acuerdo a lineamientos.

**Objetivo 2:** Describir las competencias metodológicas de los médicos y médicas coordinadores de los ECOSF de la Región de Salud Metropolitana.

- Descriptor:
  1. Competencias metodológicas
- Subdescriptor:
  1. Funciones administrativas y gerenciales: Liderazgo, supervisión y coordinaciones.
  2. Elaboración, ejecución y evaluación de la Planificación Operativa Anual.
  3. Atención al medio ambiente.
  4. Promover el autocuidado de la salud a través de la limpieza y organización de la sede con información visible en la misma.
  5. Autoevaluación y automonitoreo
  6. Recolectar, analizar y utilizar la información adecuada y pertinente del área de influencia del ECOSF (Análisis de Situación de Salud Integral)

**Objetivo 3:** Reconocer las competencias del tipo participativo y personales de los médicos y médicas coordinadores de los ECOSF de la Región de Salud Metropolitana.

- Descriptor:
  1. Competencias participativas y personales
- Subdescriptor:
  1. Comunicación entre los miembros del equipo y la comunidad.
  2. Participación comunitaria, Identificación de actores e instituciones en la comunidad (grupos de poder local).
  3. Conocimiento y definición de roles y responsabilidades dentro del equipo
  4. Proceso de acogida al individuo/familia.

**8. Fuente de Información:**

- Primaria: Personas que se encuentran dentro de los equipos comunitarios de salud familiar con conocimiento del funcionamiento del mismo.

- ✓ Coordinadores de equipos comunitarios de salud familiar
- Secundaria: Informes y documentos que se encuentran disponibles en los cuatros SIBASI (Centro, Norte, Oriente y Sur) de la Región Metropolitana de Salud con evidencias de evaluación del desempeño integral de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar.
- ✓ Documentos de las supervisiones integrales realizadas en el último semestre del año
- ✓ Material bibliográfico

## 9. Técnicas:

- a. Entrevistas Semiestructuradas: Se obtuvo información del funcionamiento de los ECOSF estandarizada para su comparación.
- b. Observación directa: Para la obtención de información necesaria para evaluar determinados subdescriptores de acuerdo a al instrumento adaptado de Supervisión Integral del Primer Nivel de Atención.
- c. Encuesta: Permitió obtener información del tipo cualitativa de informantes claves.
- d. Revisión documental.

## 10. Instrumentos:

- a. Guía de Entrevista: Comprende área de Generalidades de Prestación de servicios, Monitoreo y supervisión, Aplicación de Normativa y Modelo de Atención.
- b. Guía de Observación: Correspondiente a las utilizadas por el MINSAL en la Supervisión Integral del Primer Nivel de Atención.
- c. Cuestionario: Preguntas orientadas a la obtención de la información de competencias personal y participativas.
- d. Guía de revisión documental

## 11. Operacionalización de los descriptores:

<b>Descriptor</b>	<b>Subdescriptor</b>	<b>Fuente de Información</b>	<b>Técnica</b>	<b>Instrumento</b>
Competencias Técnicas.	Atención en los diferentes ciclos de la vida de acuerdo a normativa.	Supervisiones Integrales	Entrevista Observación directa	Guía de Entrevista Guía de Observación
	Aplicación de lineamientos de violencia en todas sus formas	Supervisiones Integrales	Entrevista Observación directa	Guía de Entrevista Guía de Observación
	Registro diario de consulta	Supervisiones Integrales	Observación directa	Guía de Observación
	Aplicación de lineamientos de Retorno, Referencia e Interconsulta.	Supervisiones Integrales	Observación directa	Guía de Observación
	Cumplimiento de lineamientos de sala situacional.	Supervisiones Integrales	Entrevista Observación directa	Guía de Entrevista Guía de Observación
	Aplicación del marco regulatorio de farmacia.	Supervisiones Integrales	Entrevista Observación directa	Guía de Entrevista Guía de Observación
	Fichas familiares y fichero de seguimiento a la dispensarización.	Supervisiones Integrales	Entrevista Observación directa	Guía de Entrevista Guía de Observación
	Manejo de expediente familiar e individual de acuerdo a lineamientos.	Supervisiones Integrales	Entrevista Observación directa	Guía de Entrevista Guía de Observación
<b>Descriptor</b>	<b>Subdescriptor</b>	<b>Fuente de Información</b>	<b>Técnica</b>	<b>Instrumento</b>
Competencias metodológicas	Funciones administrativas y gerenciales: Liderazgo, supervisión y	Supervisiones Integrales Coordinadores del ECOSF	Entrevista Encuesta Observación directa	Guía de Entrevista Cuestionario Guía de Observación

	coordinaciones.			
	Elaboración, ejecución y evaluación de la Planificación Operativa Anual	Supervisiones Integrales	Entrevista	Guía de Entrevista
	Atención del medio ambiente	Supervisiones Integrales	Entrevista Observación directa	Guía de Entrevista Guía de Observación
	Promover el autocuidado de la salud, limpieza y organización de la sede con información visible en la misma	Supervisiones Integrales	Entrevista Observación directa	Guía de Entrevista Guía de Observación
	Autoevaluación y automonitoreo	Supervisiones Integrales	Entrevista Observación directa	Guía de Entrevista Guía de Observación
	Recolectar, analizar y utilizar la información adecuada y pertinente del área de influencia del ECOSF (Análisis de Situación de Salud Integral)	Supervisiones Integrales	Entrevista Observación directa	Guía de Entrevista Guía de Observación
<b>Descriptor</b>	<b>Subdescriptor</b>	<b>Fuente de Información</b>	<b>Técnica</b>	<b>Instrumento</b>
Competencias participativas y personales	Participación comunitaria, Identificación de actores e instituciones en la comunidad (grupos de poder local).	Supervisiones Integrales	Entrevista	Guía de Entrevista
	Proceso de acogida al individuo/familia.	Supervisiones Integrales	Entrevista	Guía de Entrevista
	Conocimiento y definición de roles y responsabilidades dentro del equipo	Coordinadores(as) de ECOSF	Encuesta	Cuestionario



	Brindar un trato digno y respetuoso	Supervisiones Integrales	Entrevista	Guía de Entrevista
--	-------------------------------------	--------------------------	------------	--------------------

## 12. Procedimientos:

- ✓ Solicitud de audiencia realizada a Directora de la Región de Salud Metropolitana para presentar los objetivos de la investigación y la solicitud de autorización para realizar las encuestas a los informantes claves y utilizar la información de las Supervisiones Integrales realizadas en septiembre 2013 a marzo de 2014 a los ECOSF.
- ✓ Realización de encuestas a los informantes claves previa validación del instrumento
- ✓ Recolección de información correspondiente a supervisiones realizadas en los diferentes equipos comunitarios de Salud Familiar.
- ✓ Clasificación de los criterios de supervisión para la determinación del grado de desempeño de las competencias evaluadas.
- ✓ Sistematización la información de las encuestas y las supervisiones integrales.

## 13. Validación del instrumento:

Se realizó por medio de la revisión de la Guía de Supervisión Integral del Primer Nivel de Atención disponible del ECOSF La Flor para verificar el contenido y aplicabilidad del mismo al estudio. Y por medio de la encuesta realizada a coordinadora anterior del ECOSF San Francisco Dos Cerros.

## 14. Recolección de información:

Se obtuvo información relevante del área de provisión de servicios y recursos humanos de la Región Metropolitana de Salud. Posteriormente se abordó a cada coordinador de SIBASI para facilitar la documentación necesaria que corresponden a

supervisiones con la Guía de Supervisión Integral del Primer Nivel de Atención. Y se entregó a médicos coordinadores de los Equipos Comunitarios de Salud familiar un cuestionario con el fin de obtener información adicional no presente en la documentación revisada proporcionada en los diferentes SIBASIs.

#### **15. Presentación de resultados:**

- ✓ Matrices de análisis interpretativo cualitativas: Permitieron contener información de forma sintetizada
- ✓ Gráficos Radiales: Muestran los valores relativos a un punto central, sobre todo en parámetros no comparables.
- ✓ Gráficos de Barra: Permitieron comparar visualmente las categorías y variables

#### **16. Análisis de resultados:**

Se realizó a través de los diferentes criterios que comprenden los rubros o área de supervisión del Ministerio de Salud agrupados en las competencias evaluadas en el presente estudio. Y por medio de las encuestas realizadas a coordinadores de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar.

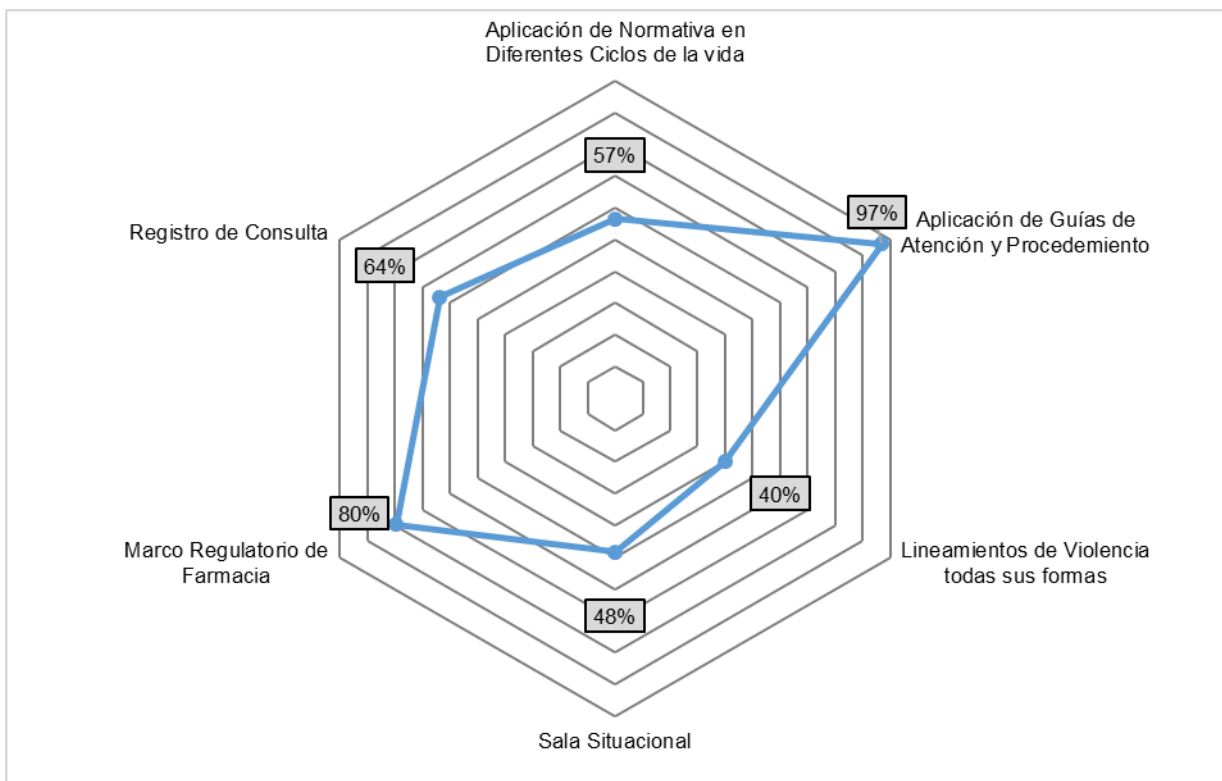
#### **17. Elaboración del informe final:**

Socialización del informe final escrito a las respectivas autoridades de la Maestría de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, y Ministerio de Salud de El Salvador, a través de la directora de la Región de Salud Metropolitana, coordinadores de SIBASI y coordinadores de ECOSF, con los resultados de la investigación.

## V. RESULTADOS

### A. COMPETENCIAS TÉCNICAS

**Gráfico 1: Competencias Técnicas - Grado de Cumplimiento de la Aplicación de las Diferentes Normativas por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud en el SIBASI Centro. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**



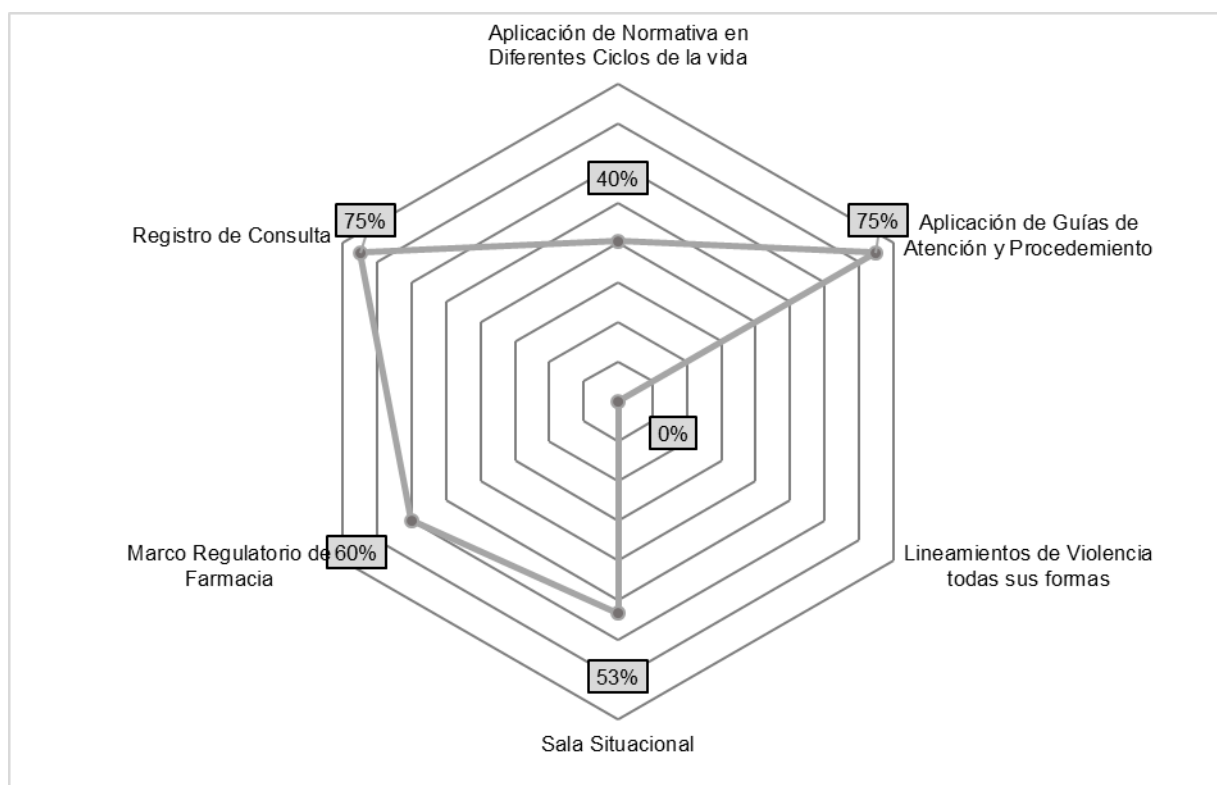
Se presentan subcriterios correspondientes a las competencias técnicas de los establecimientos del SIBASI Centro. La aplicación de la normativa a través de la revisión de expediente clínico logró un 57% y registro diario de consulta 64%, a comparación de las guías de atención y procedimiento que obtuvo un cumplimiento del 97%.

Lineamientos de violencia todas sus formas y Sala Situacional obtuvieron los

menores valores, 40% y 48% respectivamente.

Se obtuvieron de los 6 subcriterios presentados, 2 igual o arriba del 80% y 3 debajo de 60%.

**Gráfico 2: Competencias Técnicas - Grado de cumplimiento de la Aplicación de las Diferentes Normativas por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud en el SIBASI Oriente. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**

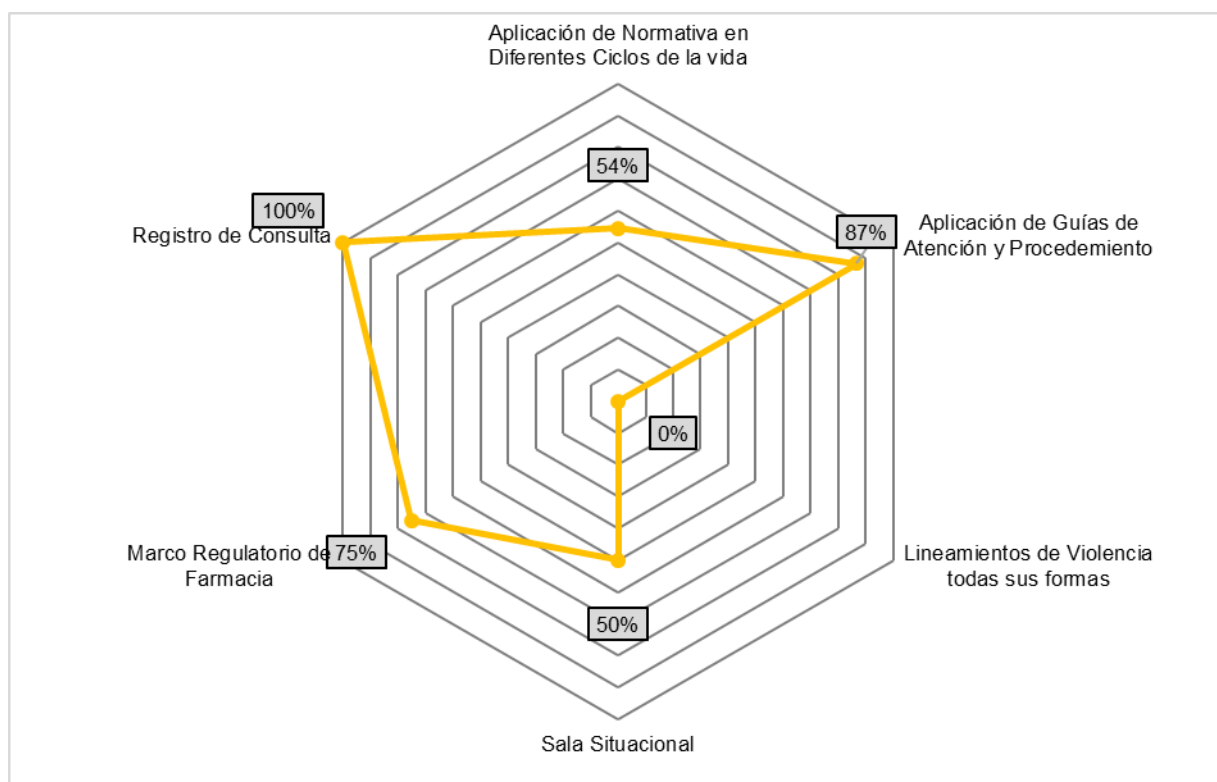


Los ECOSF en el SIBASI Oriente de acuerdo al instrumento adaptado del MINSAL no obtuvieron un valor favorable con respecto a los lineamientos de violencia. La aplicación de la normativa logró un 40%; obteniendo un mayor grado de cumplimiento en el registro diario de consulta y la aplicación de guías de atención y procedimiento, ambos del 75%.

Sala situacional obtuvo un 53% y marco regulatorio de farmacia tuvo un cumplimiento del 60%.

En total de los 6 subcriterios presentados, 3 obtuvieron un valor abajo del 60%. Ningún subcriterio logró un porcentaje igual o mayor del 80%.

**Gráfico 3: Competencias Técnicas - Grado de cumplimiento de la Aplicación de las Diferentes Normativas por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud en el SIBASI Norte. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**

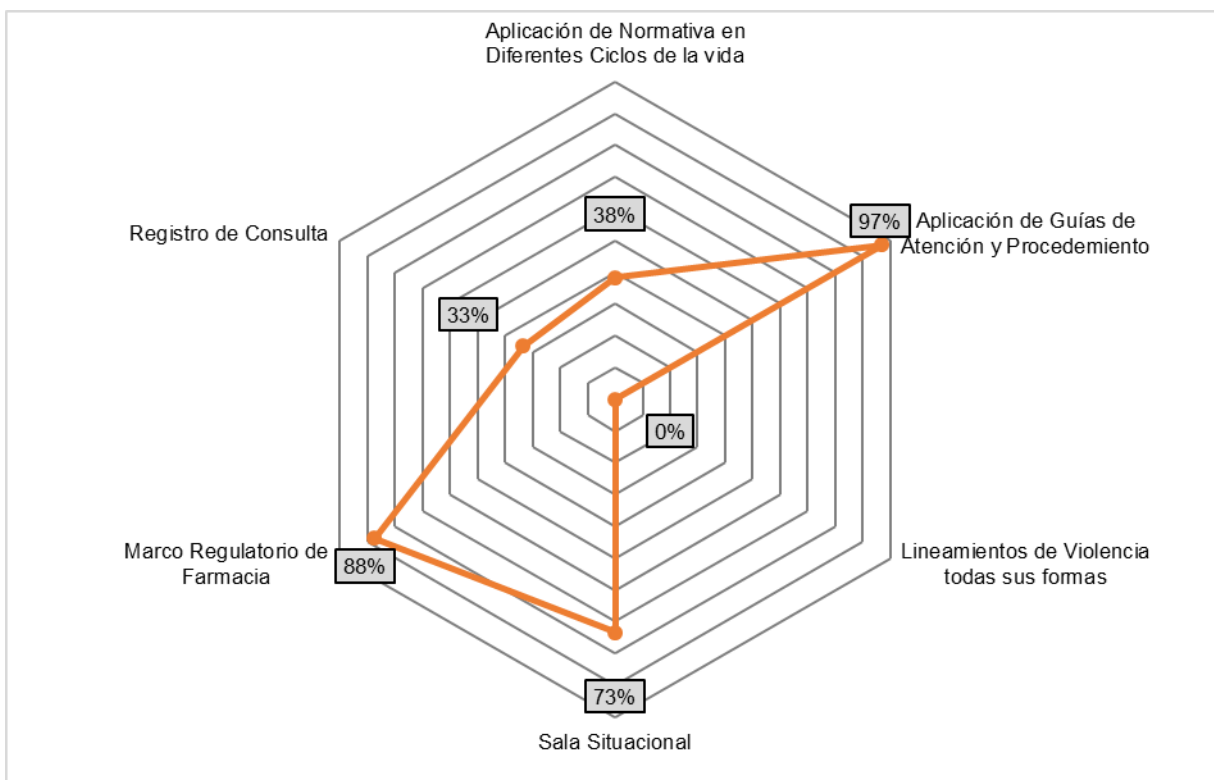


El menor valor obtenido corresponde a los lineamientos de violencia lo cual se asemeja al valor del SIBASI Oriente. La revisión de expediente clínico obtuvo un 54%; el registro diario de consulta 100% y la aplicación de las guías de atención logró un 87%, ambos mucho mayores que el cumplimiento de lineamientos en los diferentes ciclos de la vida en la revisión de expedientes clínicos.

La revisión de situacional presentó un cumplimiento 50%, el segundo menor valor. La aplicación del marco regulatorio de farmacia logró un valor intermedio a comparación del resto de subcriterios del 75%.

Con respecto a los 6 subcriterios, 2 obtuvieron un valor arriba del 80% y 3 abajo del 60%.

**Gráfico 4: Competencias Técnicas - Grado de cumplimiento de la Aplicación de las Diferentes Normativas por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud en el SIBASI Sur. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**

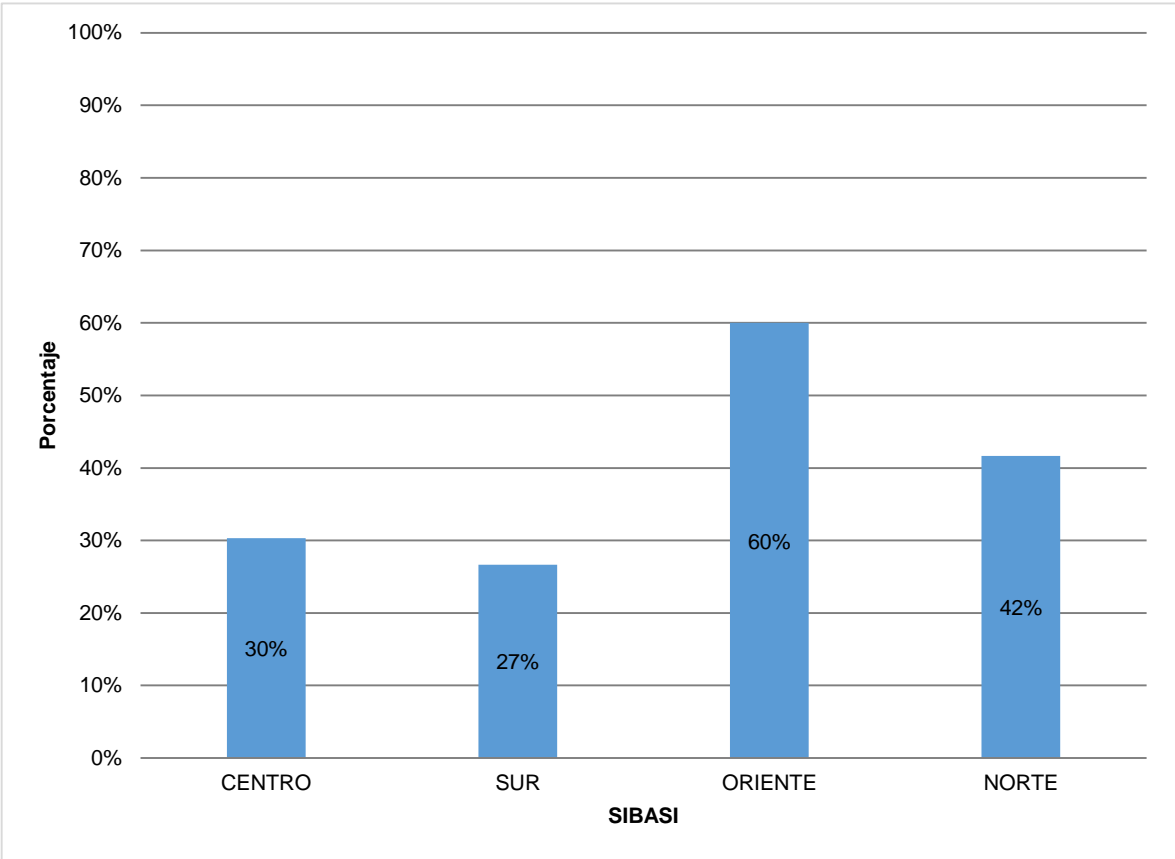


El resultado correspondiente a la aplicación de la normativa en los diferentes ciclos de la vida obtenido a partir del expediente clínico y registro diario de consulta fue similar, 38% y 33% respectivamente. Sin embargo el cumplimiento de la aplicación de las guías de atención y procedimiento fue mucho mayor, 97%. Se obtuvo un 0% del cumplimiento de lineamientos de violencia.

El cumplimiento de sala situacional por parte de los establecimientos del SIBASI fue en promedio 73%. La aplicación del marco regulatorio de farmacia fue del 88%.

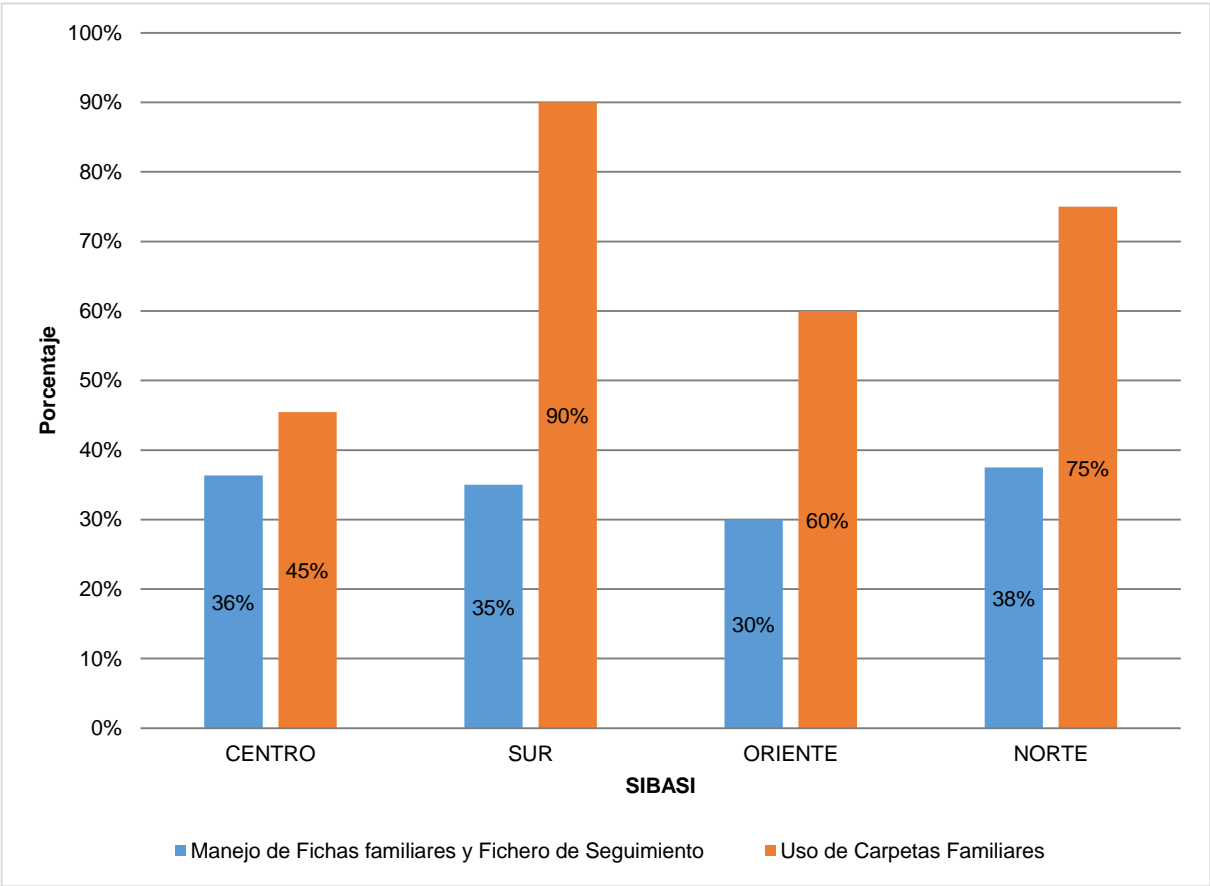
En total 3 subcriterios obtuvieron un valor abajo del 60% y 2 arriba del 80%.

**Gráfico 5: Competencia Técnicas - Grado de Funcionamiento del Sistema de Referencia, Retorno e Interconsulta en los ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud agrupado por SIBASI. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2104.**



El grado de funcionamiento del Sistema de Referencia Retorno e Interconsulta corresponde en promedio a un 40%. Se espera que el funcionamiento sea mayor de 80% en el ECOSF. Los ECOSF del SIBASI Oriente presentaron el mayor cumplimiento con un promedio del 60% y el SIBASI Centro y Sur obtuvieron un porcentaje similar.

**Gráfico 6: Competencias Técnicas - Promedio de Cumplimiento del Modelo de Atención por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud agrupado por SIBASI. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014**

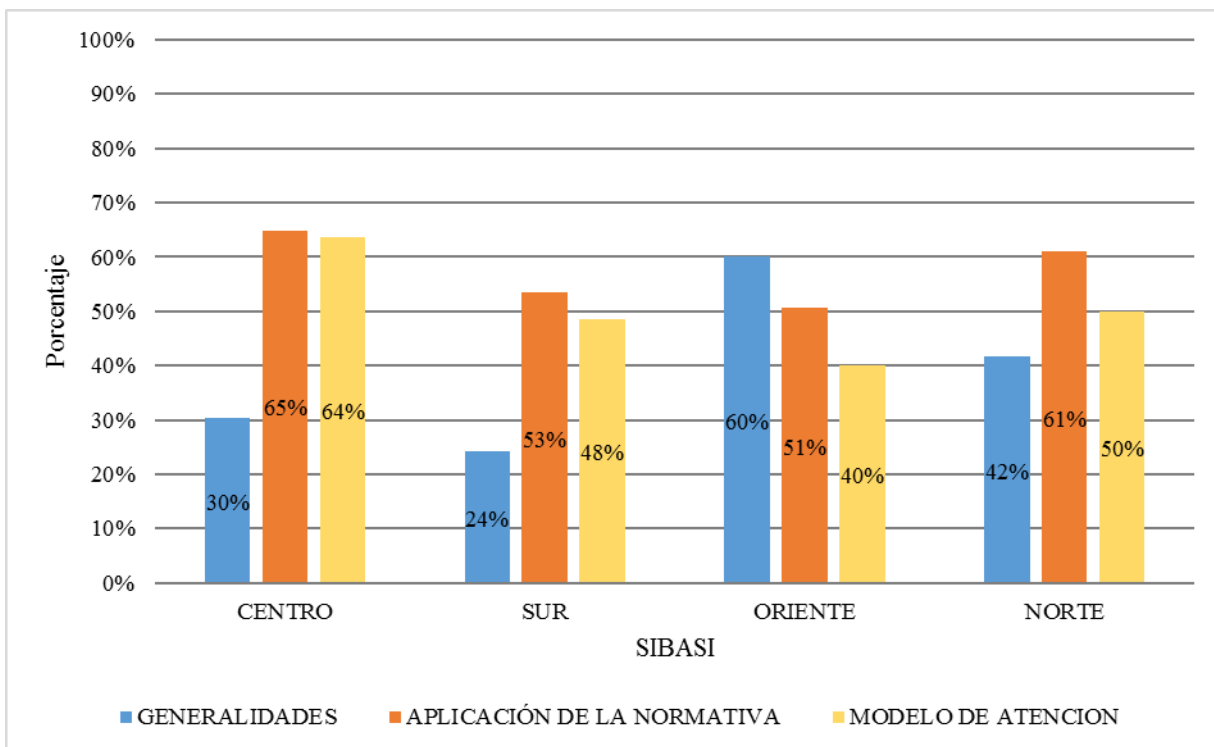


Se obtuvo un grado de cumplimiento general abajo del 35% con respecto al manejo de fichas familiares y fichero de seguimiento a la dispensarización. El promedio de cumplimiento se asemeja en los 4 SIBASIs.

En cuanto el uso de carpetas familiares se logró obtener un cumplimiento mayor que el anterior. El SIBASI Centro obtuvo un grado de cumplimiento semejante en ambos. La variación de manejo de las fichas familiares y fichero de seguimiento fue entre 30% al 38% a comparación del uso de carpetas familiares el cual vario del 45% al 90%.



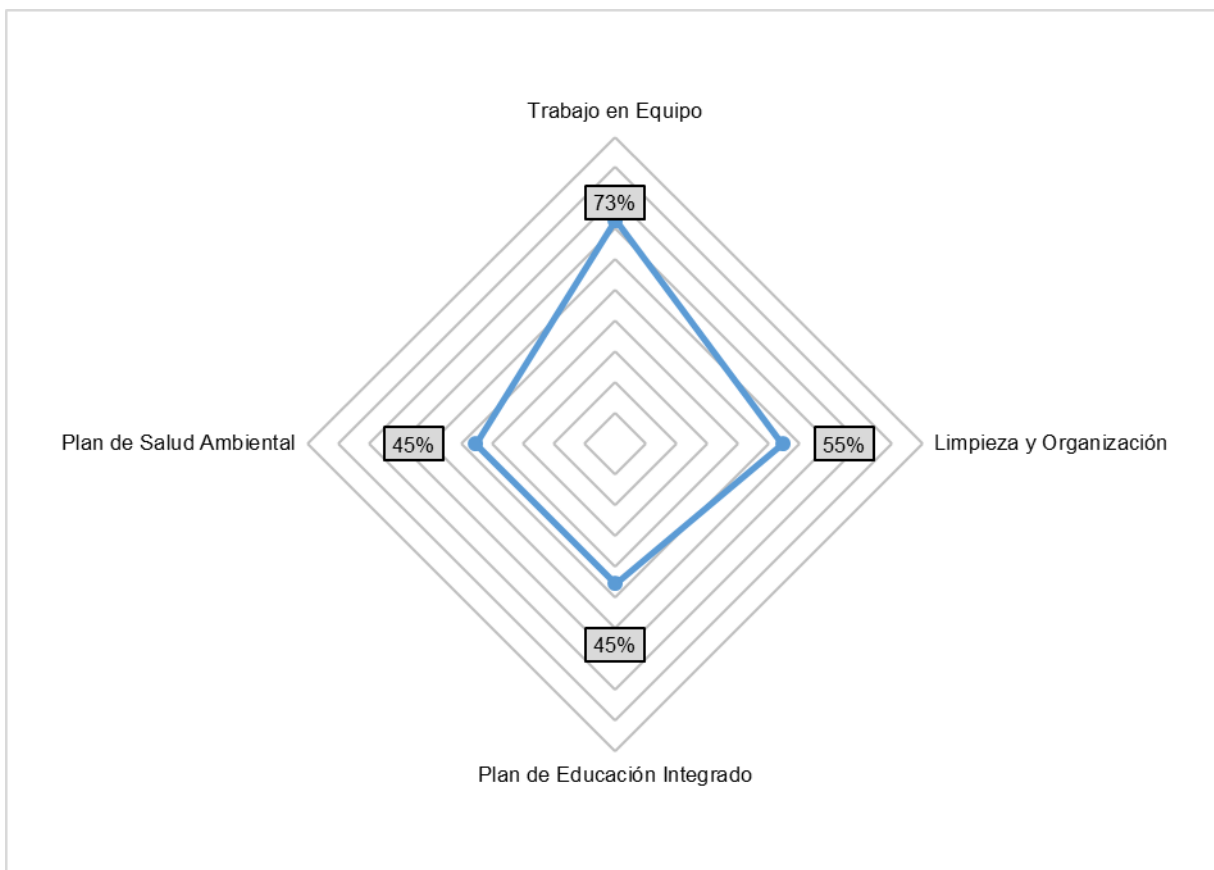
**Gráfico 7: Competencias Técnicas - Grado de cumplimiento de acuerdo Áreas o Rubros por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud agrupado por SIBASI. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014**



Se presenta el consolidado de la información obtenida correspondiente a las competencias técnicas. Las áreas contempladas son Generalidades, Aplicación de Normativa y Modelo de Atención el resto de áreas se pueden consultar en el Anexo 1. En los consolidados por SIBASI se obtuvieron los menores valores correspondientes a las competencias técnicas en el área de las Generalidades con excepción del SIBASI Oriente. El modelo de atención y la aplicación de Normativa presentaron semejanza en el SIBASI Centro y SUR, los dos SIBASIs restantes presentaron diferencias en las tres áreas evaluadas con diferencias de 10 a 20 puntos porcentuales. Al promediar los criterios evaluados para determinar el grado de desarrollo de las competencias técnicas se obtuvo un 55% con diferencias de hasta 12% de un SIBASI con respecto a otro.

## B. COMPETENCIAS METODOLÓGICAS

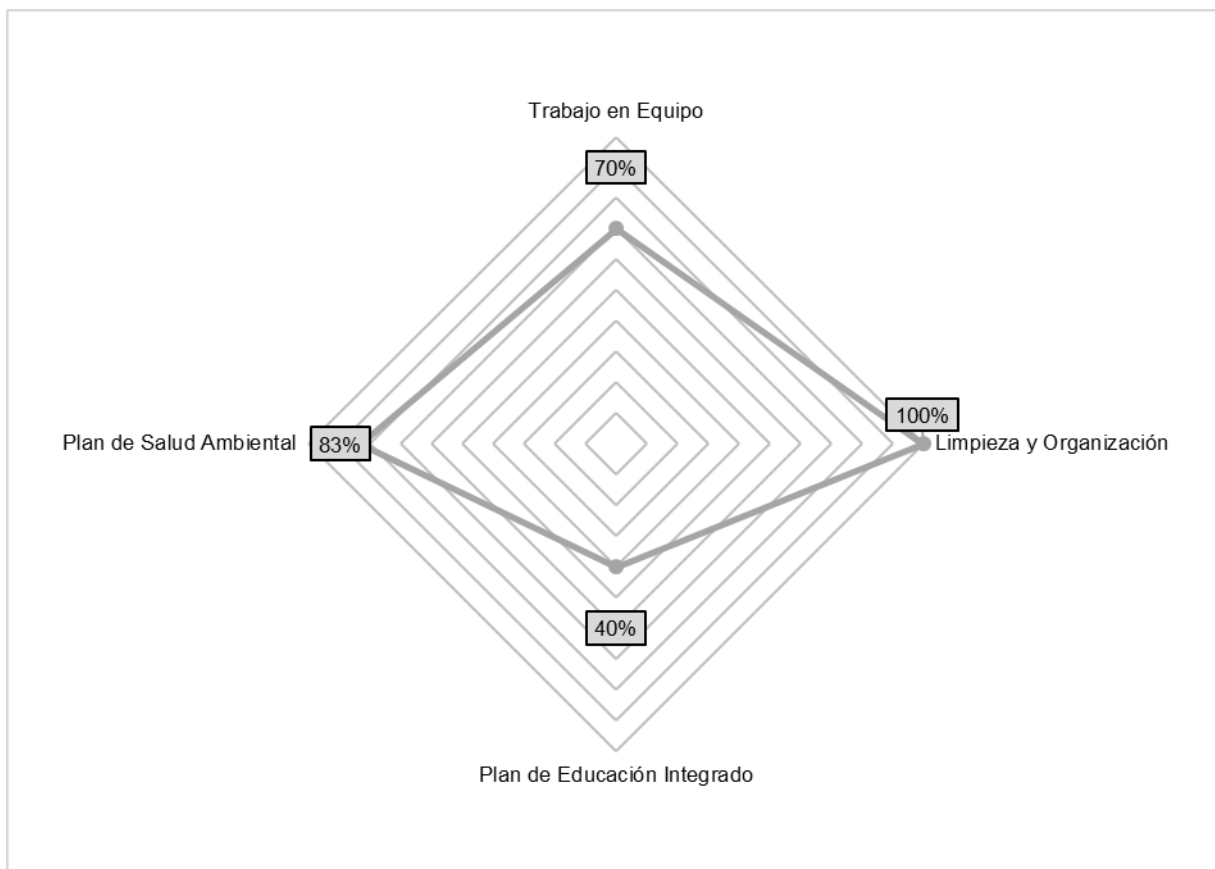
**Gráfico 8: Competencias Metodológicas - Cumplimiento de las Generalidades en las Prestación de Servicios por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud en el SIBASI Centro. Región de Salud Metropolitana. Septiembre 2013 a marzo 2014.**



Con respecto a los subcriterios del rubro de Generalidades de la prestación de servicios correspondiente a las competencias metodológicas. La elaboración y ejecución del plan de salud ambiental y educación integrado lograron ambos un 45%. Y limpieza y organización, subcriterio relacionado con plan de salud ambiental, obtuvo un valor mayor del 55%.

Trabajo en equipo logró el mayor valor de los 4 subcriterios presentados del 73%. Siendo este último el único criterio mayor del 60%.

**Gráfico 9: Competencias Metodológicas - Cumplimiento de las Generalidades en las Prestación de Servicios por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud en el SIBASI Oriente. Región de Salud Metropolitana. Septiembre 2013 a marzo 2014.**



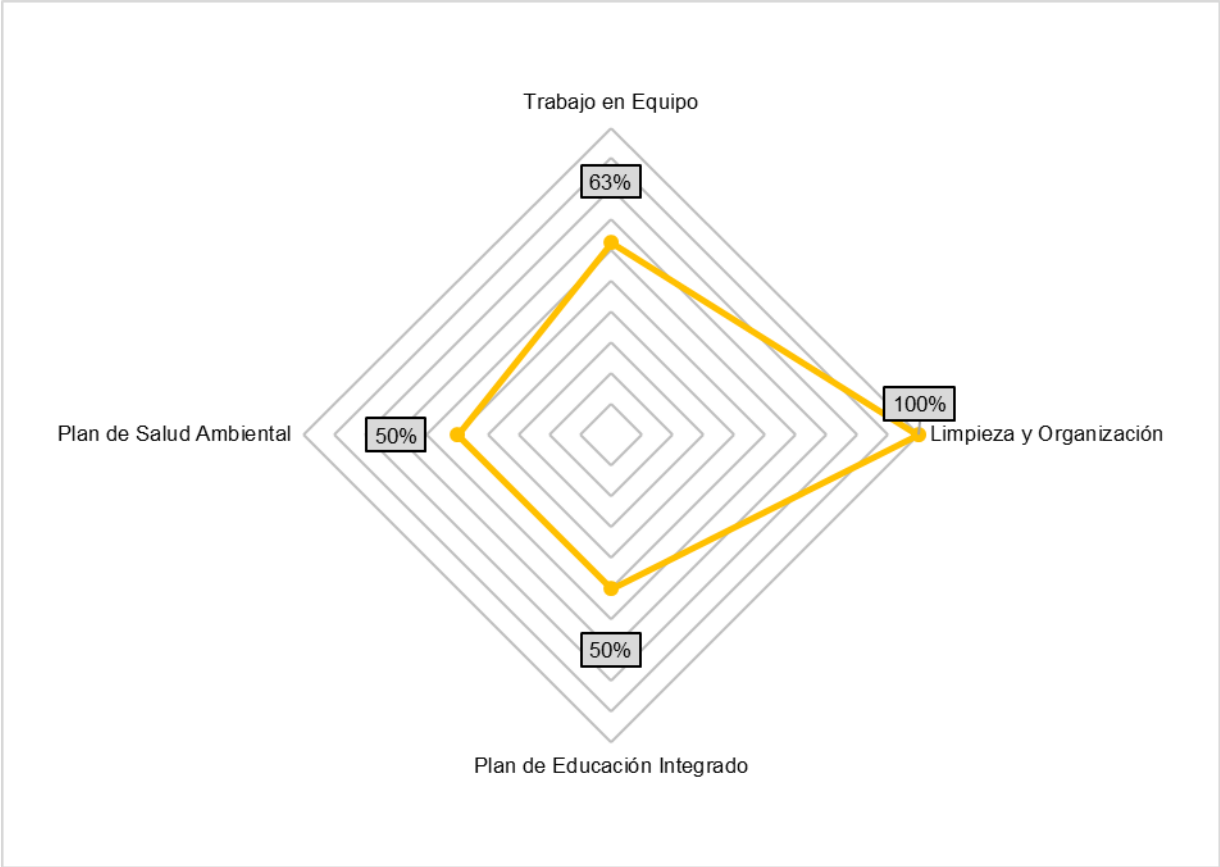
El trabajo en equipo logró un cumplimiento del 70%, un valor intermedio con respecto a los demás subcriterios presentados.

El plan de salud ambiental logró un porcentaje del 83% a comparación del plan educación integrado que fue del 40%, el menor valor de los 4 subcriterios.

Cumplimiento de limpieza y organización de la sede fue del 100%.

Por lo anterior 2 subcriterios de los 4 evaluadas presentaron un logro de más del 80%.

**Gráfico 10: Competencias Metodológicas - Cumplimiento de las Generalidades en las Prestación de Servicios por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud en el SIBASI Norte. Región de Salud Metropolitana. Septiembre 2013 a marzo 2014.**

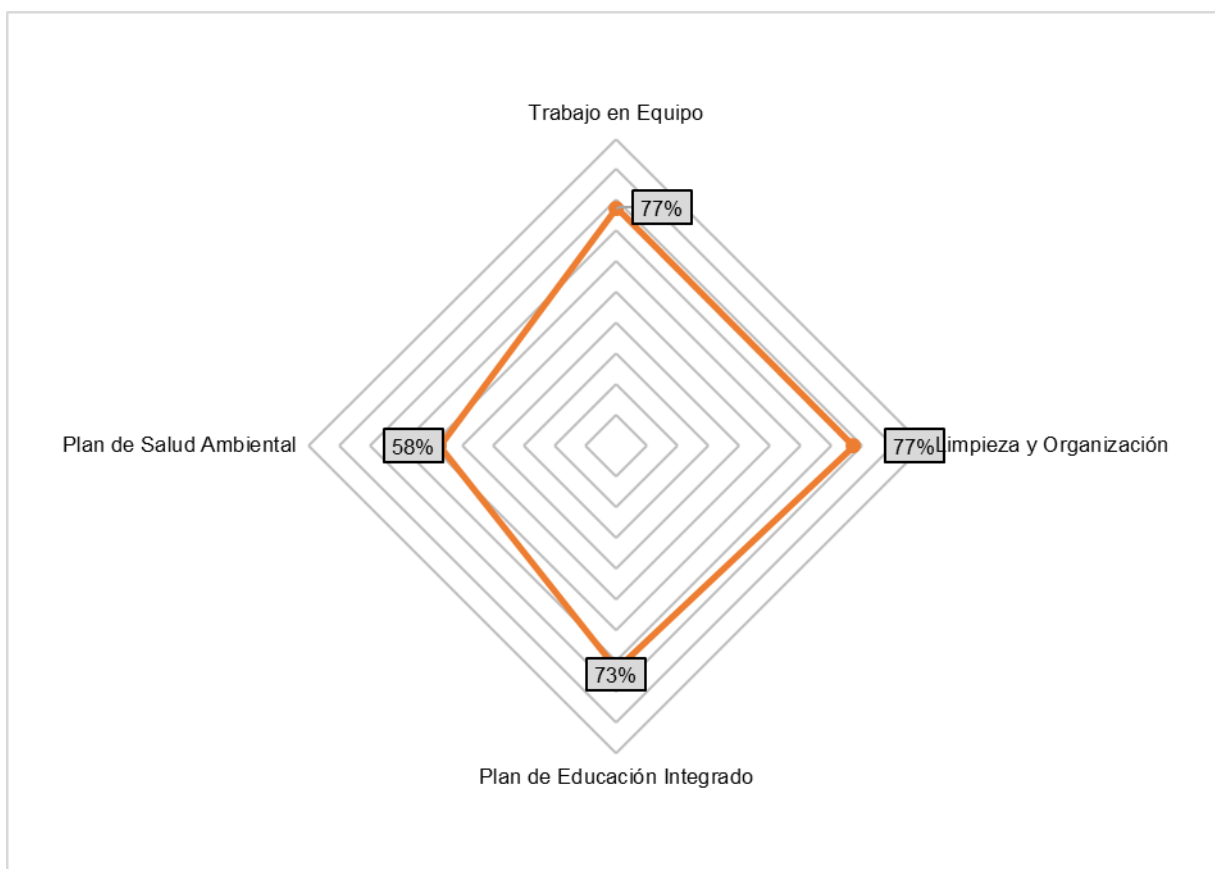


El SIBASI Norte al igual que el Oriente logró un cumplimiento del 100% en el subcriterio de limpieza y organización.

Ambos subcriterios de plan de salud ambiental y de educación integrado obtuvieron 50%. En cuanto el trabajo en equipo se obtuvo un valor del 63%.

De un total de 4 subcriterios, 1 obtuvo un valor arriba del 80% y 2 abajo del 60%. Es de mencionar que el trabajo en equipo el cual se colocó próximo sin embargo superior al valor del 60%.

**Gráfico 11: Competencias Metodológicas - Cumplimiento de las Generalidades en las Prestación de Servicios por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud en el SIBASI Sur. Región de Salud Metropolitana. Septiembre 2013 a marzo 2014.**

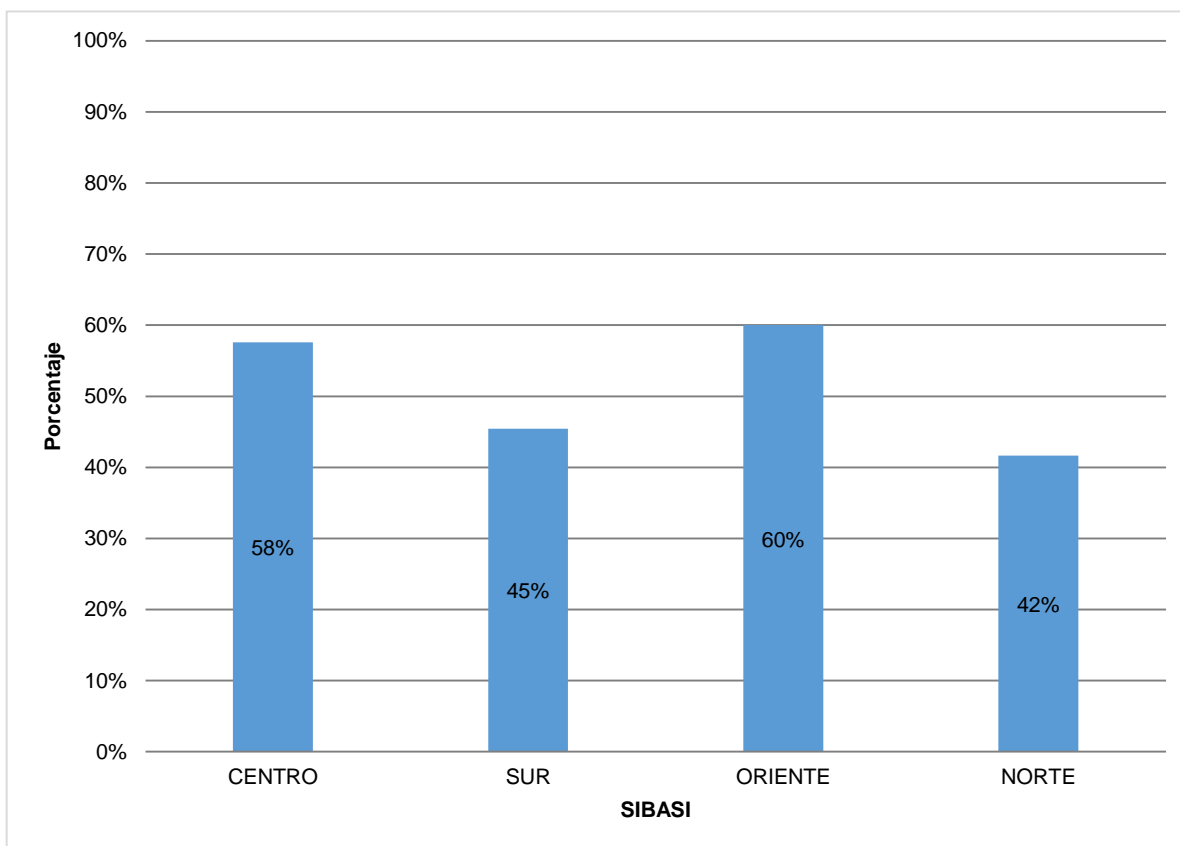


Los valores obtenidos en el SIBASI Sur se asemejan a comparación de lo observado en los otros SIBASIs. La mayor variación es de 19 puntos porcentuales entre el menor y mayor subcriterio.

Trabajo en equipo y limpieza y organización obtuvieron un porcentaje del 77%, aproximándose el grado de cumplimiento del plan de educación integrado con un 73%.

El plan de salud ambiental fue del 58% a comparación de lo obtenido en el plan de educación integrado, el cual fue el menor de los 4 subcriterios presentados.

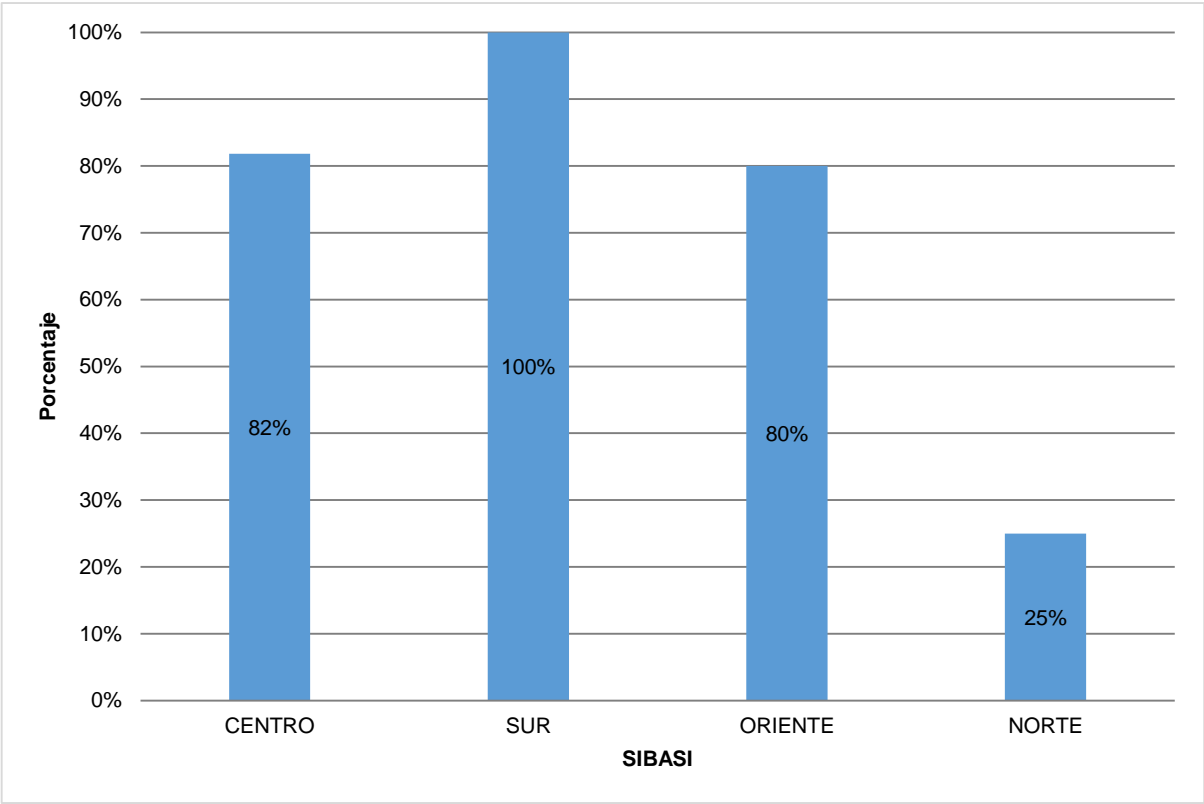
**Gráfico 12: Competencias Metodológicas - Cumplimiento de aplicación interna de monitoreo y supervisión por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud agrupado por SIBASI. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**



El promedio de cumplimiento de aplicación interna de monitoreo y supervisión es del 51% muy por debajo de lo que se espera.

La variación del consolidado de los ECOSF por SIBASI es hasta de 18 puntos porcentuales. El cumplimiento del SIBASI Centro se asemeja con el Oriente y el SIBASI Sur con el Norte.

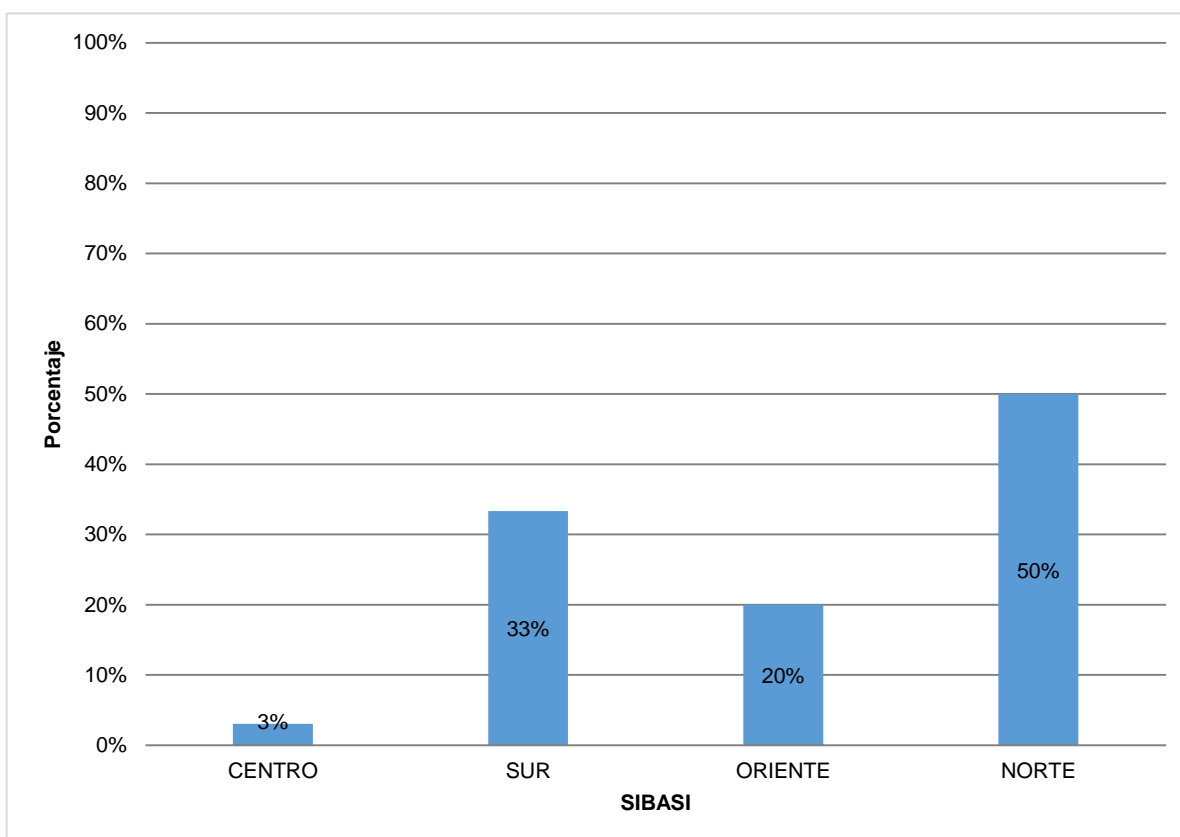
**Gráfico 13: Competencias Metodológicas - Cumplimiento de Información Visible a la Población por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud agrupado por SIBASI. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**



En cuanto la disponibilidad de información visible se logró obtener un promedio del 72%. Se evidencia semejanza entre el SIBASI Centro y Oriente y con un distanciamiento hasta de 20 punto porcentuales del SIBASI Sur.

El SIBASI Norte obtuvo el menor valor y con un distanciamiento en el cumplimiento apreciable en comparación al promedio obtenido en los establecimientos del resto de SIBASIs.

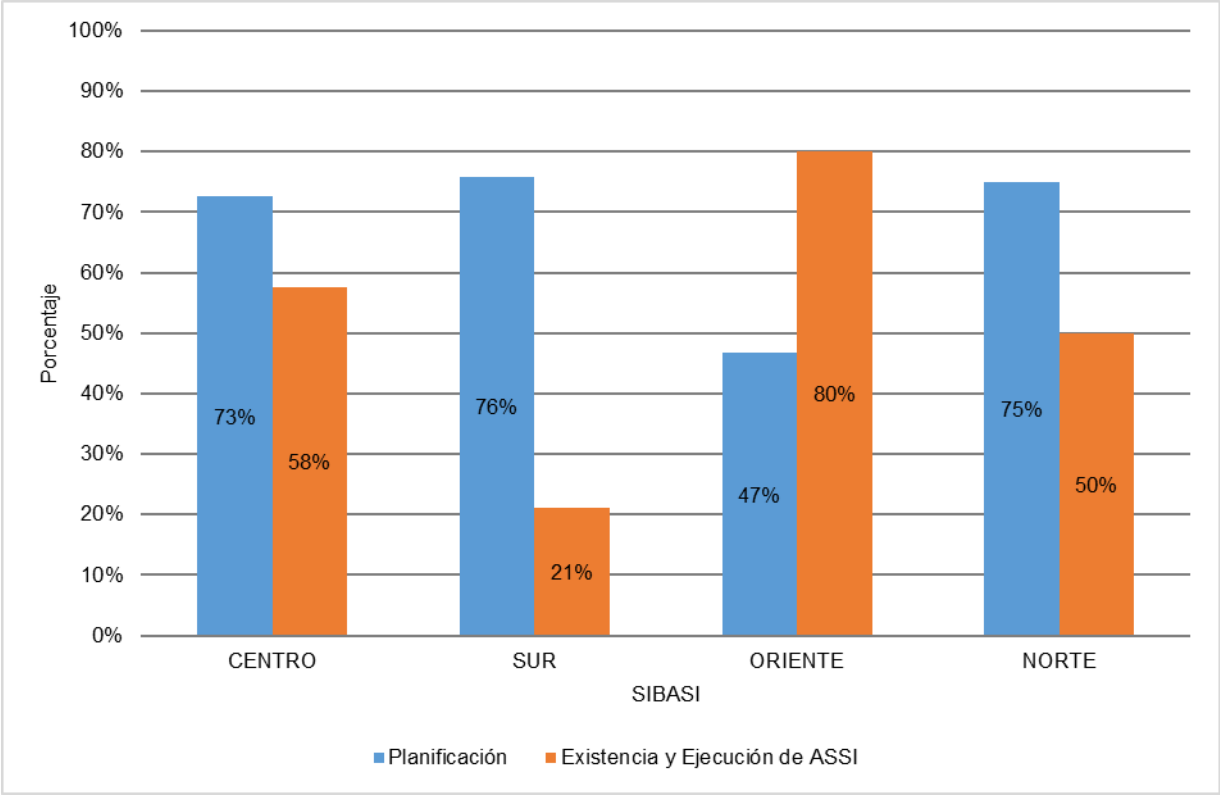
**Gráfico 14: Competencias Metodológicas - Cumplimiento de metas de acuerdo a Planificación Operativa Anual por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud agrupado por SIBASI. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**



De acuerdo a la gráfico se obtiene un promedio de 27% de ejecución siendo el más bajo el SIBASI Centro el cual corresponde a un 3%. Es de mencionar que la variación entre el promedio obtenido en los establecimientos de cada SIBASI es notable, entre el SIBASI Centro y el SIBASI Norte hay una diferencia de 47 puntos porcentuales. El SIBASI Sur y Oriente tienen la menor variación entre las posibles combinaciones de valores obtenidos.

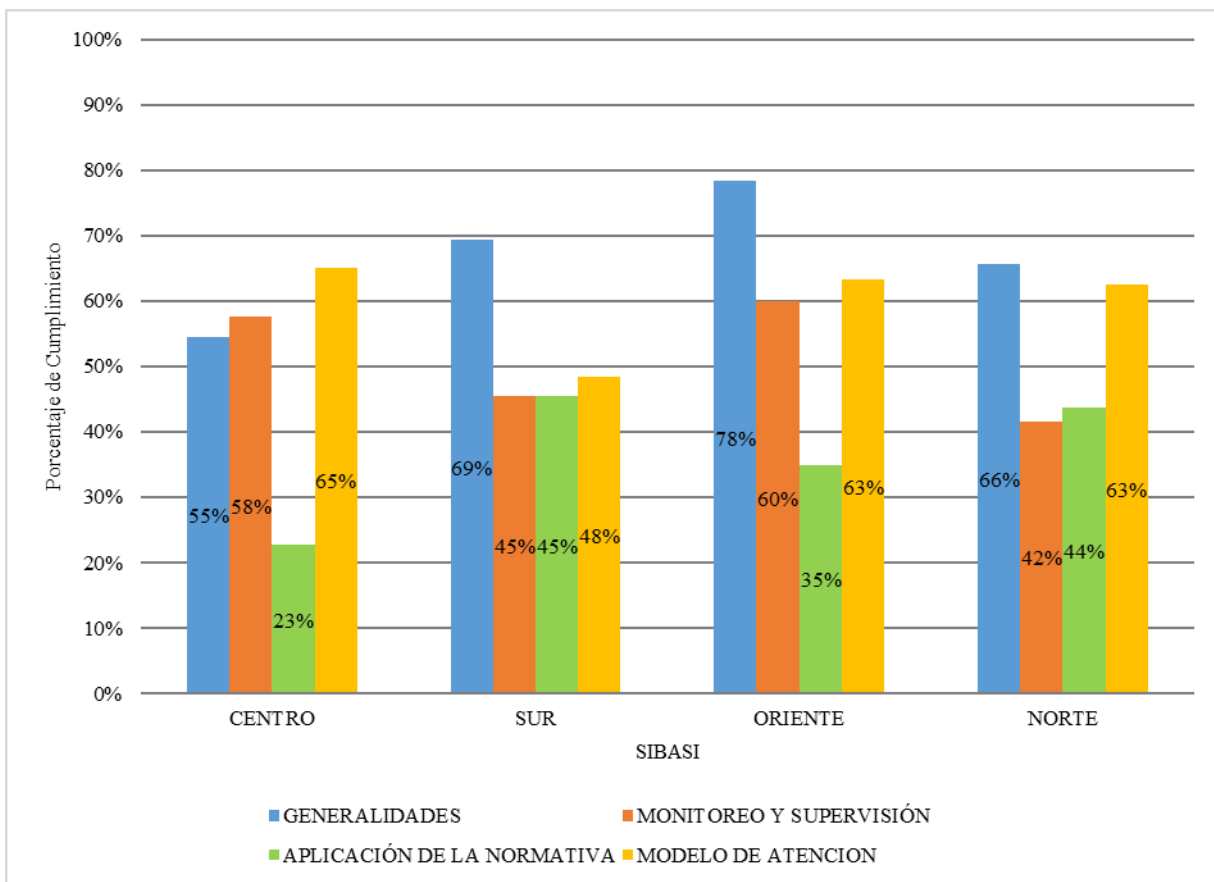


**Gráfico 15: Competencias Metodológicas - Grado de Cumplimiento del Modelo de Atención por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud agrupado por SIBASI. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**



En el subcriterio de planificación se logra obtener en promedio un 69%, siendo los establecimientos del SIBASI Oriente que presentaron el menor cumplimiento, el resto de los establecimientos de los tres SIBASIs restantes mantuvieron cierta semejanza. En cuanto el Análisis Situacional de Salud Integral presenta mayor variabilidad de los establecimientos de un SIBASI a otro. A diferencia del indicador anterior, el promedio obtenido por los establecimientos del SIBASI Oriente fue el mayor (80%).

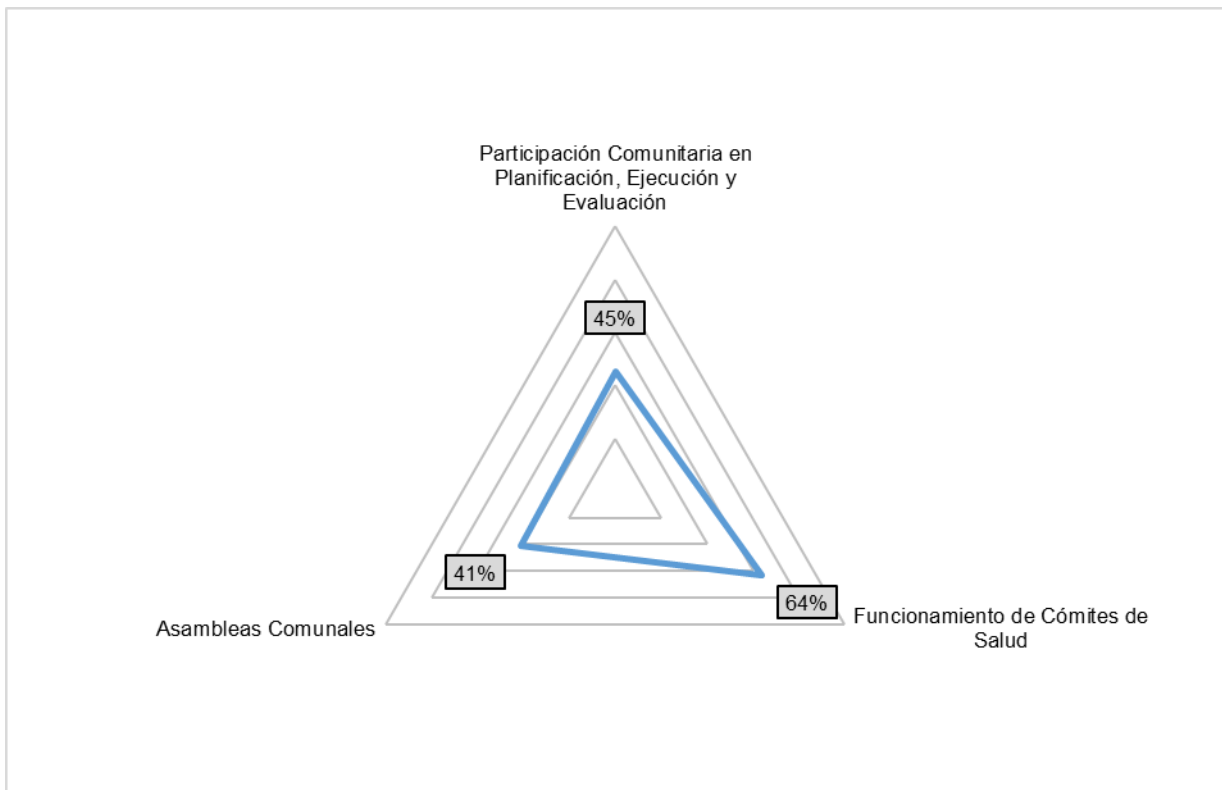
**Gráfico 16: Competencias Metodológicas - Grado de cumplimiento de acuerdo Áreas o Rubros por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud agrupado por SIBASI. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**



El grado de cumplimiento del consolidado de áreas o rubros evaluados varía del 52% al 63%. El SIBASI Oriente tiene una diferencia del 43 puntos porcentuales entre el menor y mayor valor, seguido por el Centro y los dos restantes tiene ambos 23 a 24 puntos de diferencias. Los establecimientos que presenta menor grado de variación entre áreas evaluadas son del SIBASI Sur en el cual únicamente el área de Generalidades difiere de la tendencia de las otras 3 áreas evaluadas.

### C. COMPETENCIAS PARTICIPATIVAS / PERSONALES

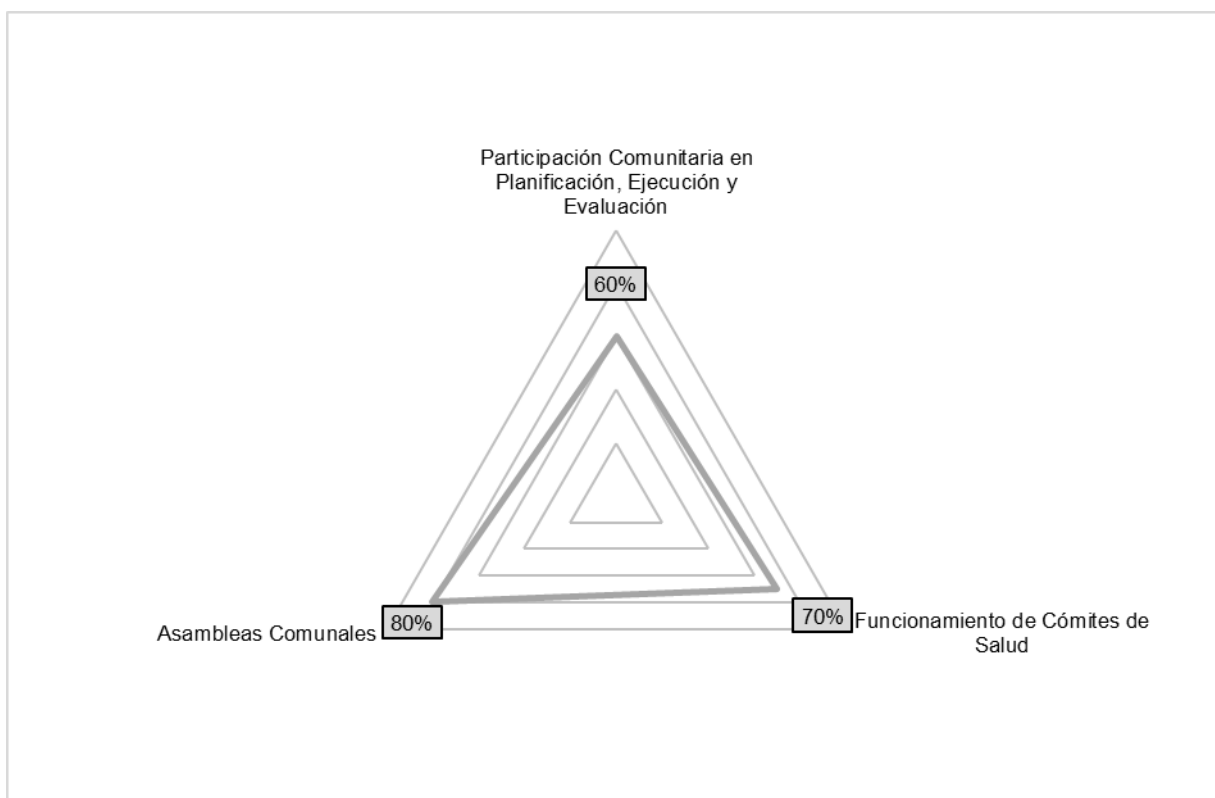
**Gráfico 17: Competencias Participativas / Personales – Grado de Aplicación de Modelo de Atención por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud en el SIBASI Centro.Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**



El cumplimiento de los 3 subcriterios evaluados presentó valores próximos o inferiores al 60%. El funcionamiento de comités de salud fue el mayor con un valor del 64%.

La participación comunitaria en la planificación familiar, ejecución y evaluación fue del 45% seguido de manera cercana por el grado de cumplimiento de asambleas comunitarias con un 41%.

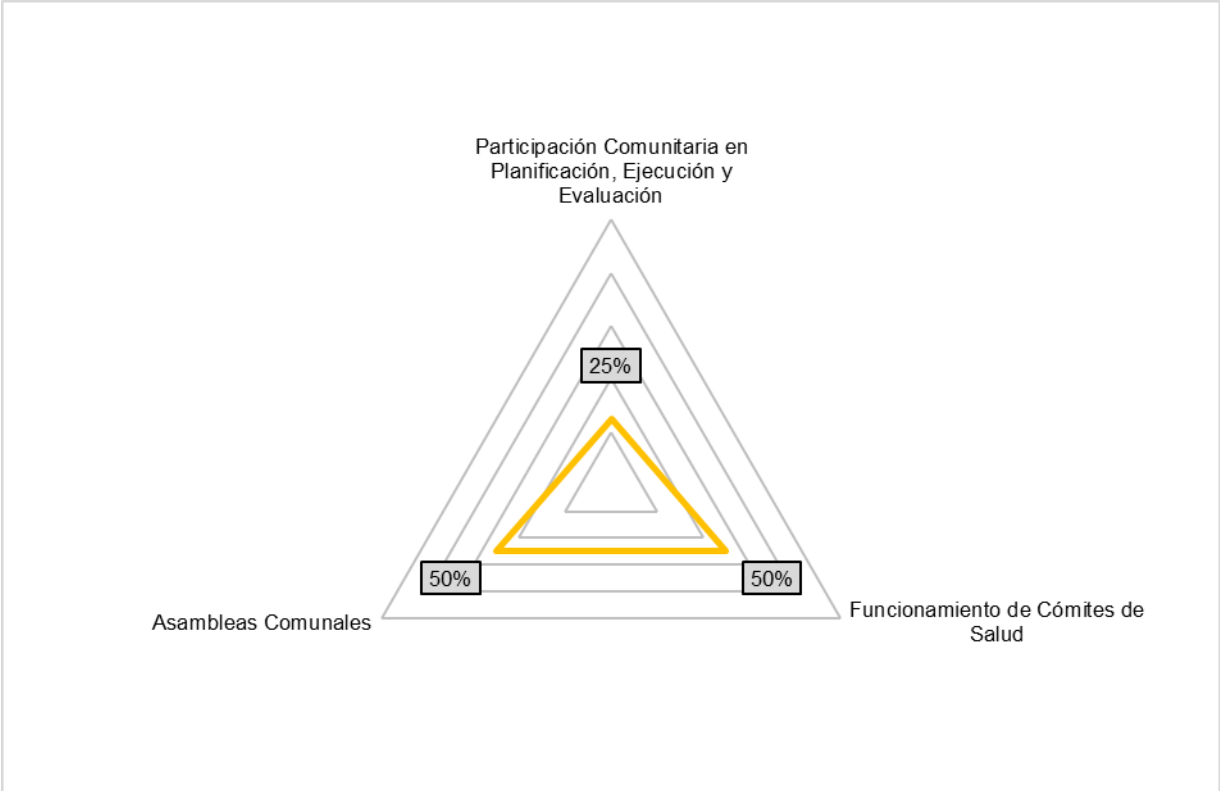
**Gráfico 18: Competencias Participativas / Personales – Grado de Aplicación de Modelo de Atención por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud en el SIBASI Oriente. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**



Los subcriterios evaluados del SIBASI Oriente presentaron una variación de 10 puntos porcentuales. El menor valor fue obtenido por el grado de cumplimiento de la participación, comunitaria, ejecución y evaluación siendo este del 60%.

Con respecto al funcionamiento de comités de salud este logró un 70% siendo aun mayor el cumplimiento de la realización de asambleas comunitarias con 80%.

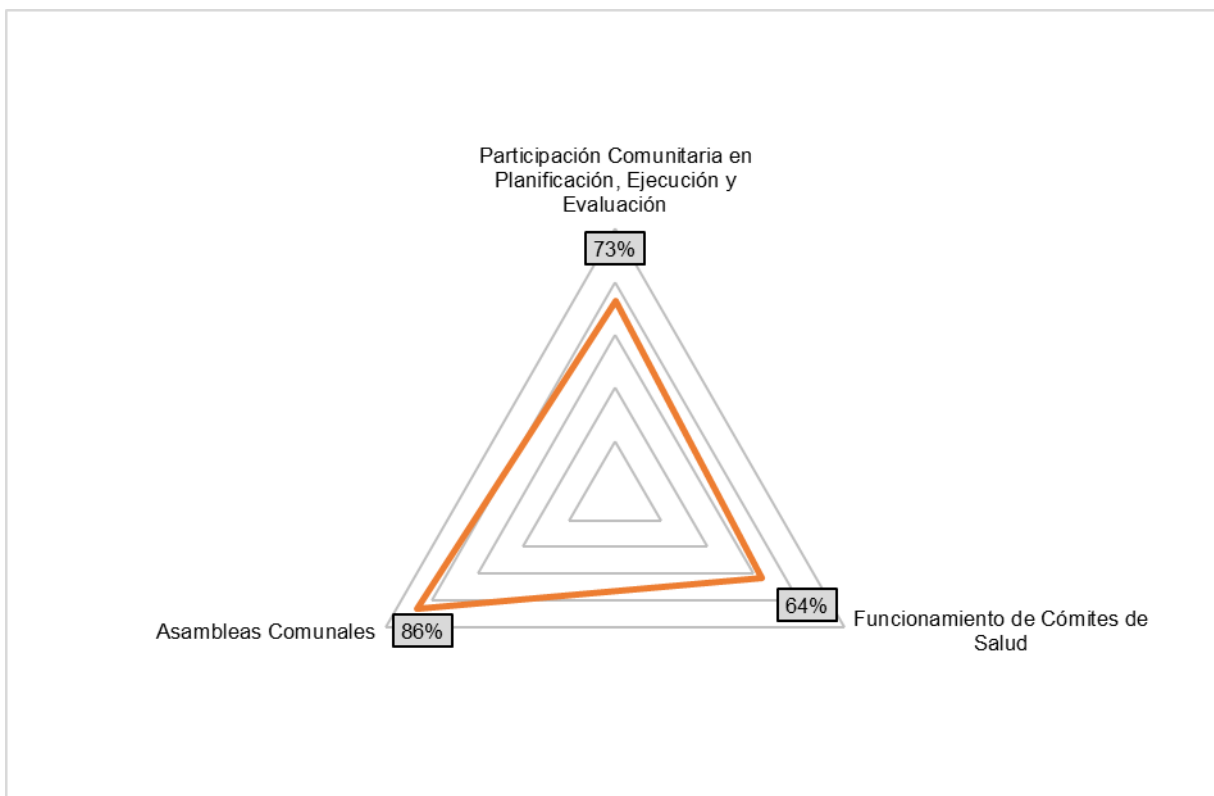
**Gráfico 19: Competencias Participativas / Personales – Grado de Aplicación de Modelo de Atención por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud en el SIBASI Norte. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**



El mayor porcentaje de cumplimiento obtenido de los 3 subcriterios presentados fue del 50% el cual pertenece a la realización de asambleas comunitarias y el funcionamiento de comités de salud.

Participación comunitaria en planificación, ejecución y evaluación obtuvo el menor porcentaje el cual fue del 25%. Por lo que el total de subcriterios evaluados fueron valores inferiores al 60%.

**Gráfico 20: Competencias Participativas / Personales – Grado de Aplicación de Modelo de Atención por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud en el SIBASI Norte. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**

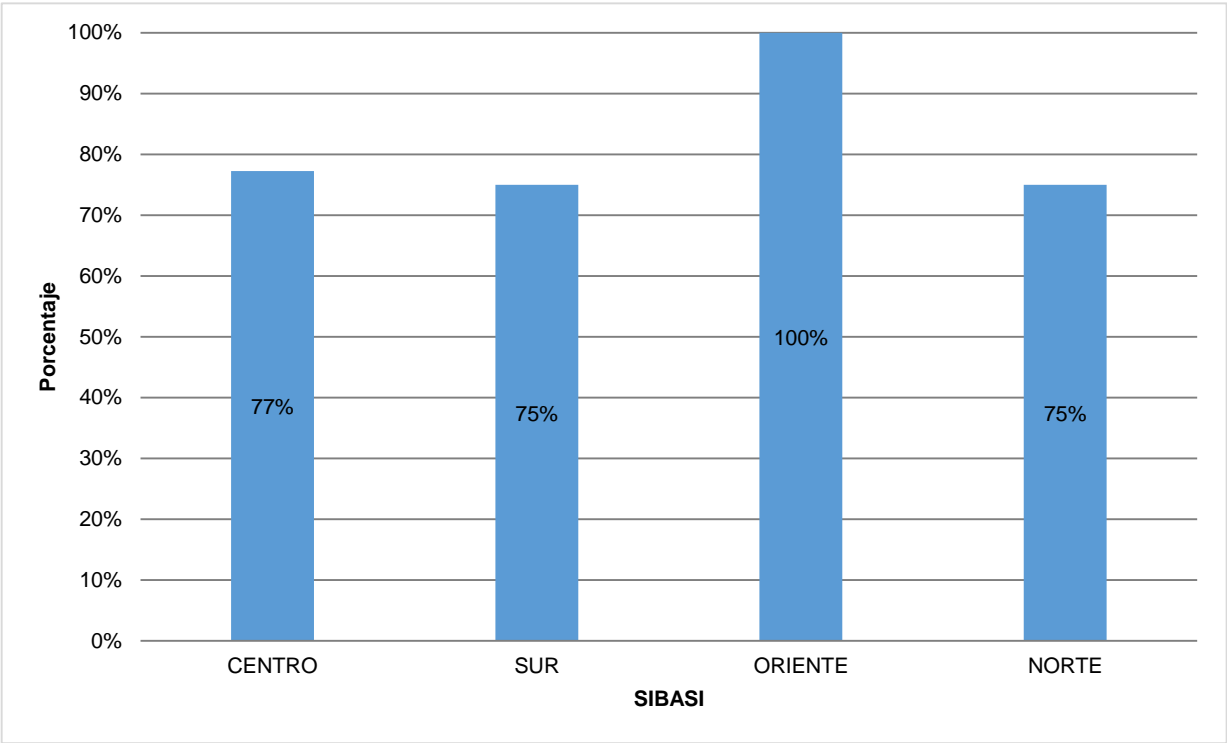


La variación del grado de cumplimiento fue hasta del 22% siendo el mayor valor la realización de asambleas comunitarias y el menor el funcionamiento de comités de salud.

La participación comunitaria en planificación, ejecución y evaluación obtuvo un valor intermedio del 73%.

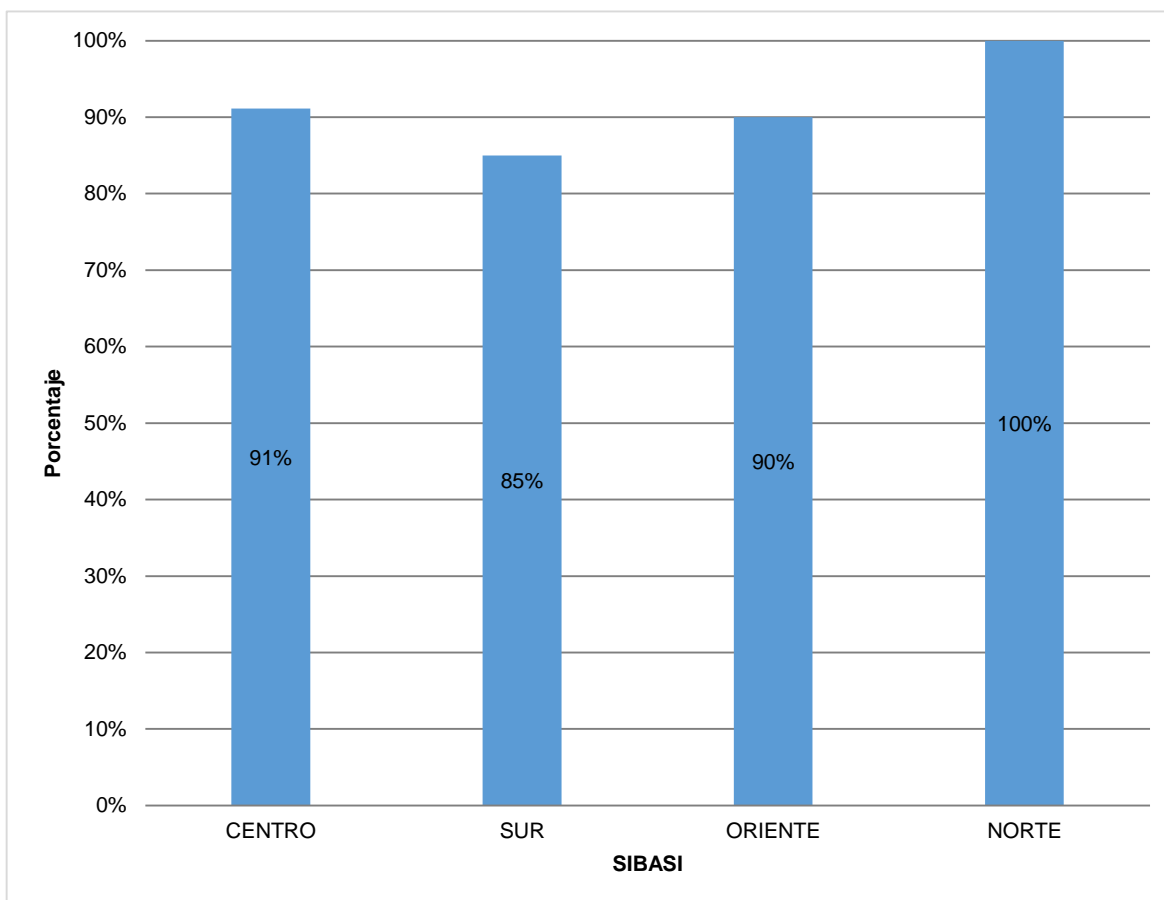
El total de subcriterios evaluados obtuvieron un grado de cumplimiento superior al 60% y de estos, el grado de cumplimiento de asambleas comunitarias, obtuvo un valor mayor del 80%.

**Gráfico 21: Competencias Participativas / Personales - Grado de Funcionamiento de Coordinación Intersectorial realizado por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud agrupado por SIBASI. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**



Se presenta las coordinaciones/participación comunitarias con un grado de cumplimiento del 82%. El promedio de los establecimientos del SIBASI Centro, Sur y Norte se asemejan siendo idénticos los últimos dos que corresponden al 75%. El valor obtenido por el SIBASI Oriente fue del 100%, arriba de lo obtenido del resto de SIBASIs.

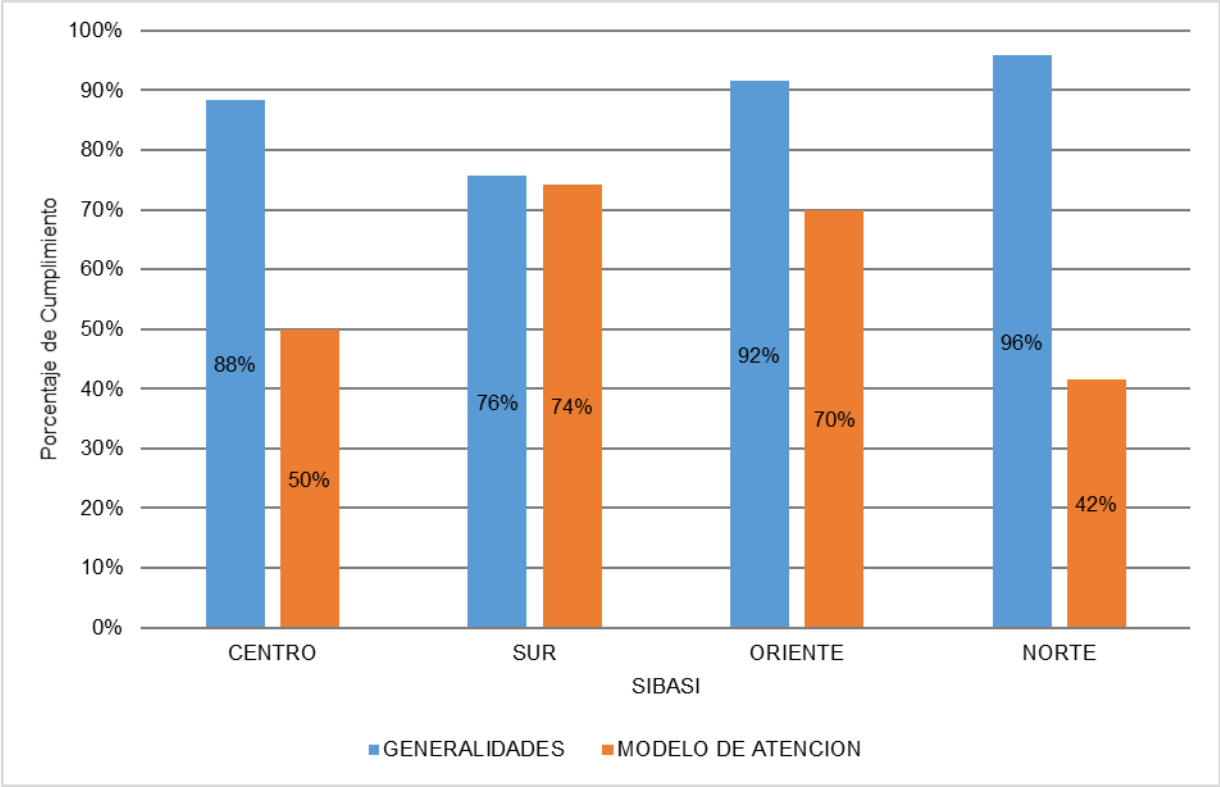
**Gráfico 22: Competencias Participativas / Personales - Grado de Satisfacción de Usuarios Externos en los ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud agrupado por SIBASI. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014**



Con respecto a las encuestas de satisfacción de usuarios el SIBASI Sur obtuvo el menor porcentaje de satisfacción de acuerdo al instrumento oficializado por el MINSAL el cual es del 85%. El porcentaje obtenido en el SIBASI Oriente y SIBASI Centro varía por un punto porcentual. El SIBASI Norte obtuvo el valor mayor y más distante del promedio obtenido del resto.

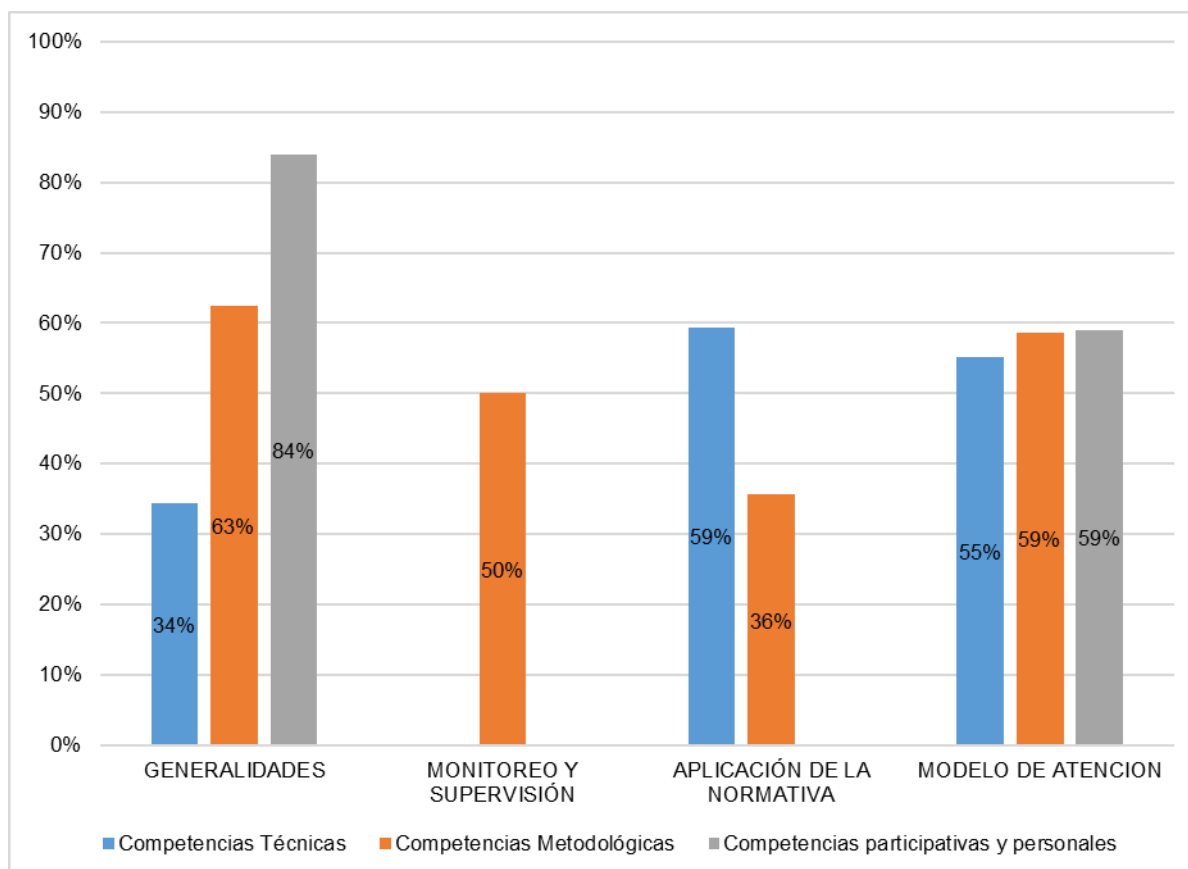


**Gráfico 23 Competencias Participativas / Personales - Grado de cumplimiento de acuerdo Áreas o Rubros por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud agrupado por SIBASI. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**



En este caso los subcriterios correspondientes a competencias participativas y personales se encontraron en las áreas de Generalidades y Modelo de Atención. Se puede evidenciar que el promedio obtenido de los establecimientos por SIBASI varía de 59% a 88% al considerar el promedio global por áreas. Sin embargo al observar el promedio del SIBASI Norte y Centro presenta variaciones evidentes entre las áreas del 57% y 35% respectivamente. El SIBASI Sur presentó las menores variaciones entre áreas de 2 puntos porcentuales.

**Gráfico 24 Promedio de Cumplimiento de las Competencias Técnicas, Metodológicas y Participadas/Personales por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud agrupado por Áreas. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**



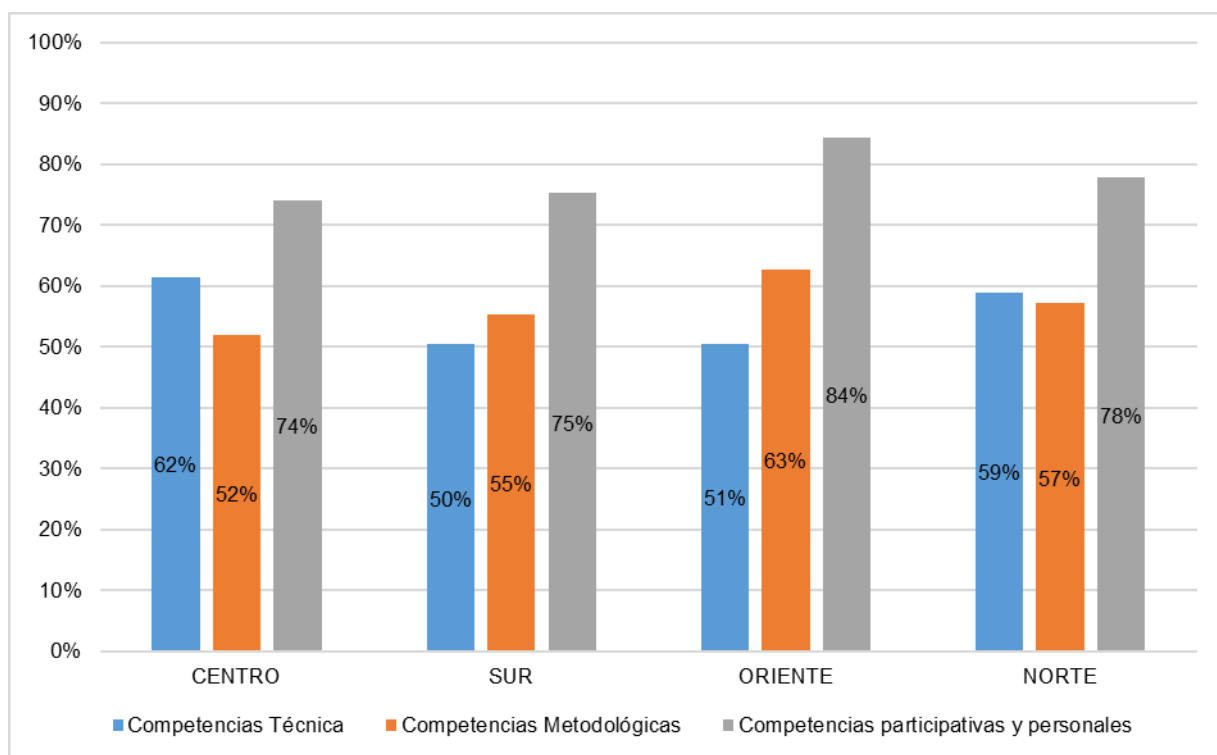
Se presentan las áreas o rubros tradicionalmente evaluadas por el MINSAL. Las áreas de generalidades y modelo de atención presentan competencias de los tres tipos evaluados el resto varía entre uno a dos competencias.

En el área de modelo de atención se observa que las tres competencias son similares con una variación de hasta 4%, siendo las competencias metodológicas y participativas / personales iguales con el 59%.

El área de generalidades posee una mayor variación entre las competencias de hasta 50%. El menor cumplimiento fue obtenido por competencias técnicas (34%) y el mayor corresponde a competencias participativas / personales (34%).

Al comparar el grado de desarrollo de competencias en las diferentes áreas se puede observar que hay variación incluso de las mismas competencias. Con respecto a las competencias técnicas hay una variación de hasta 25%, competencias metodológicas de 27% y competencias participativas y personales de 25% al comparar lo obtenido en las diferentes áreas.

**Gráfico 25: Cumplimiento Promedio de las Competencias Técnicas, Metodológicas y Participativas / Personales por el Médico(a) Coordinador(a) del ECOSF en torno a la implementación de la Reforma de Salud agrupado por SIBASI. Región Metropolitana de Salud. Septiembre 2013 a marzo 2014.**



Se puede observar que el desarrollo de las competencias participativas / personales son las mayores en los 4 SIBASIs y de estos el mayor corresponde al SIBASI Oriente con el 84%.

Las competencias técnicas fueron las menores en el SIBASI Sur y Oriente con 50% y 51% respectivamente. A comparación del SIBASI Centro y Norte que obtuvieron los

menores valores en las competencias metodológicas, 52% y 57% respectivamente. Entre las competencias las dos que se puede considerar que se asemejan más en cuanto su desarrollo corresponde a las técnicas y metodológicas. Entre los SIBASIs la mayor similitud de las competencias mencionadas son del SIBASI Sur y Norte con una diferencia de 5 y 2 puntos porcentuales respectivamente.

Al evaluar el puntaje logrado de acuerdo a la cantidad de establecimientos que se tomaron en cuenta en la investigación y asignando el mismo puntaje otorgado por MINSAL por cada ítem que corresponde a los subcriterios en la investigación, se obtuvo en competencias técnicas 56%, 609.50 de 1086 puntos (Anexo 3); competencias metodológicas 57%, 360 de 627 puntos (Anexo 4) y competencias participativas obtuvo 79%, 413 puntos de 520 puntos (Anexo 5).

#### D. MATRIZ DE ANÁLISIS INTERPRETATIVO

##### Matriz no.1: Competencias Personales y Participativas

No.	¿Cuáles son sus responsabilidades como coordinador(a) de ECOSF?	Repetición de Respuesta
1	Coordinación, planificación, monitoreo y supervisión del trabajo del ECOSF, asignando actividades y responsabilidades a los diferentes integrantes del ECOSF y velar su cumplimiento de acuerdo a las normativas y promoviendo el trabajo en equipo. Coordinar reuniones semanales Apoyo y cooperación en el fortalecimiento de la capacidad técnica y administrativa de los integrantes del equipo. Evaluación de los RRHH.	12 P
2	Garantizar la atención continua y sistemática según normativa vigente, de los individuos por ciclo de vida por medio de los seguimientos a la dispensarización. (Atenciones preventivas) Incluye visitas domiciliarias.	10 P
3	Brindar atenciones curativas, de urgencia y emergencia medica.	9 P
4	Coordinaciones con líderes comunitarios, actores sociales locales, promover la participación comunitaria.	9 P
5	Elaboración y análisis de los indicadores (Indicadores del Primer Nivel de Atención, Plan Operativo Anual, epidemiología) para la toma de decisiones.	5 P
6	Trabajo intersectorial y con las microredes y redes departamentales y regionales.	4 P
7	Elaborar y actualizar el Analisis de Situación de Salud Integral en conjunto con los miembros de ECOSF y con participación comunitaria, para la toma de decisiones.	2 P
8	Garantizar el continuo de la atención por medio del Sistema de Referencia, Retorno e Interconsulta.	1 P
9	Responsable de gestionar todos los suministros necesarios para el funcionamiento del ECO, mobiliario, implementos e insumos, (papelería, medicamentos, instrumentos con los cuales se le brinda atención a la población), y la utilización adecuada de éstos.	1 P

#### ANÁLISIS INTERPRETATIVO

Las respuestas más frecuentes brindadas por las personas encuestadas (45 respuestas) coinciden que las 5 principales responsabilidades del médico coordinador del ECOSF son 1) responsable de la Planificación, monitoreo y supervisión de los miembros del equipo (12 P), 2) Seguimiento de brindar la atención de los individuos por ciclo de vida por medio de los seguimientos a la dispensarización (10 P), 3) la responsabilidad de coordinar con líderes comunitarios (9 P), 4) Brindar atenciones curativas y de emergencias (9 P) y 5) Elaboración y análisis de indicadores (5 P).

De forma minoritaria los y las coordinadores(as) de ECOSF respondieron (8 respuestas) que El trabajo intersectorial (4 P), elaboración de ASSI (2 P), responsable de gestionar las necesidades del ECOSF (1 P) y garantizar el sistema de referencia, retorno e interconsulta (1 P). Es necesario aclarar que no todas las personas encuestadas completaron las 5 responsabilidades más importantes del coordinador(a) del ECOSF, por otra parte brindaron respuestas que se incluyen en una sola de las mencionadas por el resto de los encuestados.

P: Personas. ECOSF: Equipo Comunitario de Salud Familiar

Matriz no. 2: Competencias Personales y Participativas

No.	¿Cuales son los roles y responsabilidades de los miembros(as) de su ECOSF? Mencione 5 responsabilidades principales de: Enfermera	Repetición de Respuesta
1	Atenciones de programas preventivos (seguimientos a la dispensarización) en todos los ciclos de la vida (Incluye toma de pruebas citológicas, examen de mamas, vacunación y Atención integral a la mujer embarazada, puérpera y recién nacido sin riesgo.)	15 P
2	Llenado y evaluación de tabuladores diarios de actividades, actualización de libros y apoyo en la elaboración de informes.	6 P
3	Planificación y ejecución de actividades educativas y de promoción de salud, así como el plan de educación continua intramural.	6 P
4	Aplicar procesos y cuidados de enfermería en el hogar y la comunidad dirigidos a personas con problemas de salud, mediante visitas domiciliarias.	5 P
5	Apoyo al médico coordinador (incluye supervisión y monitoreo del personal).	5 P
6	Atenciones curativas y Realizar visitas domiciliar grupos de riesgo y enfermos.	4 P
7	Elaboración de Planes Operativos y programación de las diferentes actividades a realizar en el equipo de salud familiar y supervisar su cumplimiento. Metas e indicadores.	4 P
8	Preparar el proceso para la atención integral, a través de la selección y clasificación de riesgo, intra o extramuralmente, para la atención oportuna y de calidad de los(as) usuarios(as).	2 P
9	Curaciones.	2 P
10	Participar en la elaboración y/o actualización del diagnóstico comunitario de salud familiar.	1 P
11	Apoyo de archivo.	1 P
<b>ANALISIS INTERPRETATIVO</b>		
<p>Las respuestas más comunes en relación a las 5 responsabilidades principales de la enfermera comunitaria del ECOSF según los coordinadores(as) encuestados son 1) Atenciones de programas preventivos (15 P), 2) Llenado y evaluación de tabuladores y apoyo en elaboración de informes (6 R), 3) Planificación y ejecución de actividades educativas y de promoción de la salud (6 R), 3) Aplicar procesos y cuidados de enfermería (5 P), 4) Apoyo al coordinador(a) del ECOSF en la supervisión y monitoreo del personal (5 P) y Elaboración de Planes operativos y programación de actividades (4 P), así como Atenciones Curativas y visitas a grupos de riesgo y enfermos (4 P). La 5° principal tiene 2 respuestas con el mismo puntaje por lo que se hace un total de 39 respuestas.</p> <p>Sin embargo un total de 6 respuestas brindadas expresan que 6) Las Curaciones (2 P), 7) La selección y preparación de los pacientes (2 P), 8) Participación en la elaboración y actualización del diagnostico comunitario (1 P), y 9) Apoyo en archivo, forman parte de las 5 principales responsabilidades de la enfermera comunitaria del ECOSF (1 P).</p> <p>Cabe aclarar que no todos los coordinadores(as) encuestados brindaron 5 respuestas.</p>		

P: Personas. ECOSF: Equipo Comunitario de Salud Familiar

Matriz No. 3: Competencias Personales y Participativas

No.	¿Cuáles son los roles y responsabilidades de los miembros(as) de su ECOSF? Mencione 5 responsabilidades principales de: Auxiliar de Enfermería	Repetición de Respuesta
1	Encargada de farmacia de la UCSF B. Despacho de medicamentos, manejo del kardex	12 P
2	Preparación de pacientes, toma de signos vitales y medidas antropométricas. Preparación del expediente clínico	11 P
3	Vacunación y reporte de dichas actividades	9 P
4	Efectuar en pacientes curaciones, nebulizaciones, inyecciones, cumplimiento de medicamento prescritas por el médico, así como velar por el buen estado de las áreas de curación y URO	8 P
5	Seguimientos a la dispensarización, atenciones preventivas y visitas domiciliarias integrales	5 P
6	Elaboración de material	3 P
7	Planificación y ejecución de actividades educativas en salud (incluye charlas)	3 P
8	Encargada de archivo junto al polivalente	3 P
9	Circular de procedimientos	2 P
10	Colaborar en la elaboración y/o actualización del diagnóstico comunitario participativo de salud, mapa de riesgos y recursos de la comunidad	1 P
11	Proporcionar orientación a los usuarios sobre los servicios que se prestan, en ausencia de la enfermera comunitaria.	1 P
12	Registro de actividades en los diferentes libros	1 P
<b>ANÁLISIS INTERPRETATIVO</b>		
<p>De acuerdo a las respuestas brindadas por los coordinadores de ECOSF entrevistados(as) las principales 5 responsabilidades de la Auxiliar de Enfermería son: 1) Encargada de Farmacia (12 P), 2) Preparación de pacientes (11 P), 3) Vacunación (9 P), 4) Curaciones, nebulizaciones, inyecciones, cumplimiento de medicamento y responsable de URO (8 P), 5) Seguimiento a la dispensarización, con un total de 45 respuestas.</p> <p>Con una minoría de 14 respuestas, 6) Encargada del archivo junto al polivalente (3 P), 7) Elaboración de Material (3 P), 8) Planificación y ejecución de actividades educativos (3 P), 9) Colaborar en la elaboración y/o actualización del diagnóstico comunitario participativo de salud (1), 10) Proporcionar orientación a los usuarios sobre los servicios que se prestan, en ausencia de la enfermera comunitaria (1) y 11) Registro de actividades en los diferentes libros (1 P)</p>		

P: Personas. URO: Unidad de Rehidratación Oral. ECOSF: Equipo Comunitario de Salud Familiar

Matriz No. 4: Competencias Personales y Participativas

No.	¿Cuáles son los roles y responsabilidades de los miembros(as) de su ECOSF? Mencione 5 responsabilidades principales de: Promotor(a) de Salud	Repetición de Respuesta
1	Desarrollar los diferentes programas preventivos en las comunidades. Identificación y Atención integral (seguimiento a la dispensarización) a la mujer embarazada, puérpera y recién nacido según reglamento vigente. Visitas domiciliarias	10 P
2	Organizar y coordinar las acciones de vigilancia epidemiológica comunitaria de enfermedades infecciosas y no infecciosas y condiciones de salud pública y nutrición. Promover las prácticas adecuadas de saneamiento	9 P
3	Planificación y ejecución de actividades educativas en salud, de promoción y prevención de salud: Promover la maternidad segura, consejería.	7 P
4	Vacunación y reporte de dichas actividades	3 P
5	Desarrollo de Asambleas comunitarias, Conformación, coordinación y seguimiento a los diferentes grupos de organización social. (Comités de salud, comités locales ,mesas de la salud, Foro Nacional de Salud)	7 P
6	Levantamiento de fichas familiares. Hacer un diagnostico de su comunidad y elaborar el plan de intervenciones junto a la comunidad	3 P
7	Registrar las intervenciones realizadas y completar los formularios de acuerdo a lineamientos normativos de Registro Estadístico	2 P
8	Realizar seguimiento a referencia y retorno	2 P
9	Curación de lesiones menores en la comunidad	1 P
10	Abastecimientos de planificación familiar	1 P
<b>ANÁLISIS INTERPRETATIVO</b>		
<p>Las respuestas más frecuentes en relación a las 5 responsabilidades principales de la enfermera comunitaria del ECOSF según los coordinadores(as) encuestados son: 1) Desarrollar los diferentes programas preventivos (10 P), 2) Organizar y coordinar las acciones de vigilancia epidemiológica comunitaria (9 P), 3) Planificación y ejecución de actividades educativas en salud, de promoción y prevención de salud (7 P), 4) Desarrollo de Asambleas Comunitarias (7 P) 5) Levantamiento de fichas familiares (3 P) y Vacunación con la misma frecuencia de respuestas (3 P), con un total de 39 respuestas.</p> <p>Con una minoría 6) Registrar las intervenciones realizadas (2 P) 7) Realizar seguimiento a referencia y retorno (2 P), 8) Curación de lesiones menores en la comunidad (1 P) y 9) Abastecimientos de planificación familiar (1 P).</p>		

P: Persona



Matriz No. 5: Competencias Personales y Participativas

No.	4) ¿Cuáles son los roles y responsabilidades de los miembros(as) de su ECOSF? Mencione 5 responsabilidades principales de: Polivalente	Repetición de Respuesta
1	Mantener limpias y ordenadas las instalaciones, vehículo, equipos y materiales empleados por el personal del equipo comunitario.	13 P
2	Encargado de Archivos y fichero del ECOSF. Manejo y control de papelería.	12 P
3	Conducir vehículos automotores para el transporte del ECOSF, medicamentos, materiales, equipos e insumos y pacientes según lo requiera el caso. Tramite de diligencias oficiales.	11 P
4	Colaboración en el área de Farmacia y almacén.	7 P
5	Todas aquellas que le sean delegadas por la autoridad superior en beneficio del ECOSF, la familia y la comunidad que sean acordes a su capacidad personal. (Acercamientos comunitarios, Jornadas de abatización y fumigación, vacunación).	3 P
6	Eliminar los desechos sólidos bioinfecciosos.	2 P
7	Lleva inventario y vela por la seguridad y buen uso de los recursos.	2 P
8	Aplicación y conocimiento de lineamientos para el funcionamiento de ECOSF.	1 P
<b>ANÁLISIS INTERPRETATIVO</b>		
<p>En relación a las funciones principales de los(as) Polivalentes según los(as) coordinadores(as) de ECOSF encuestados, las primeras 5 son: 1) Mantener limpias y ordenadas las instalaciones, vehículo, equipos y materiales empleados por el personal del equipo comunitario (13 P), 2) Encargado de Archivos y fichero del ECOSF. Manejo y control de papelería (12 P), 3) Conducir vehículos automotores para el transporte del ECOSF, medicamentos, materiales, equipos e insumos y pacientes según lo requiera el caso. Tramite de diligencias oficiales (11 P), 4) Colaboración en el área de Farmacia y almacén (7 P) y 5) Todas aquellas que le sean delegadas por la autoridad superior en beneficio del ECOSF (3 P), haciendo un total de 46 respuestas.</p> <p>Con 5 respuestas en total se identificaron otras respuestas 6) Eliminar los desechos sólidos bioinfecciosos (2 P), 7) Lleva inventario y vela por la seguridad y buen uso de los recursos (2 P), 8) Aplicación y conocimiento de lineamientos para el funcionamiento de ECOSF, siendo la minoría.</p>		

P: Persona, ECOSF: Equipo Comunitario de Salud Familiar

Matriz No. 6: Competencias Personales y Participativas

No.	Mencione 3 ejemplos de las actividades desarrolladas en los últimos 3 meses con el apoyo de la comunidad	Repetición de Respuesta
1	Actividades de saneamiento ambiental, antivectoriales	7 P
2	Desarrollo de asambleas comunitarias	6 P
3	Organización de la comunidad para realizar el ornato y limpieza de las instalaciones de la UCSF B a falta del polivalente, mejoras en la infraestructura del ECOSF	3 P
4	Formación de comités de salud, así como la asistencia a las charlas preventivas y	4 P
5	Actividades de movilización (Día del corazón, ferias de salud)	4 P
6	Capacitaciones a miembros de comunidades	2 P
7	Acercamientos comunitarios	2 P
8	Venta de café en la sede del ECOSF para conseguir dinero para pagar el agua y la luz del local. Pago del local	2 P
9	Abastecimiento de agua para lavado de baños y limpieza de la sede	1 P
10	Gestiones con la municipalidad	1 P
11	Reuniones mensuales	1 P

**ANÁLISIS INTERPRETATIVO**

Las respuestas más frecuentes respecto a las 3 actividades desarrolladas con el apoyo de la comunidad según los(as) coordinadores de ECOSF encuestados: 1) Actividades de saneamiento ambiental, antivectoriales (7 P), 2) Desarrollo de asambleas comunitarias (6 P) y 3) Formación de comités de salud, así como la asistencia a las charlas preventivas y mejoras en la infraestructura del ECOSF (4 P).

Otras de las respuestas brindadas, siendo la minoría: 4) Actividades de movilización (4 P), 5) Organización de la comunidad para realizar el ornato y limpieza de las instalaciones de la UCSFB a falta del polivalente (3 P), 6) Capacitaciones a miembros de comunidades (2 P), 7) Acercamientos comunitarios (2 P), 8) Venta de café en la sede del ECOSF para conseguir dinero para pagar el agua y la luz del local. Pago del local (2 P), 9) Reuniones mensuales (1 P), 10) Gestiones con la municipalidad (1 P), 11) Abastecimiento de agua para lavado de baños y limpieza de la sede (1 P)

R: Respuesta. ECOSF: Equipo Comunitario de Salud Familiar. UCSFB: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica

## VI. DISCUSIÓN

Los tipos de competencias y las divisiones o agrupaciones de las mismas tienen un grado de variabilidad de autor a autor debido a que tiene que ver mucho con el interés particular del estudio o de la investigación. Por lo cual para lograr determinar qué aspectos a evaluar se hizo uso del instrumento diseñado por la Dirección del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud el cual consiste en un instrumento de supervisión que pretende evaluar de manera integral a cada Equipo Comunitario de Salud Familiar. Y de esta manera con un instrumento estandarizado y acoplado a las necesidades de la investigación se logra obtener información real y estandarizada que puede hacer de utilidad en el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL).

Es de mencionar que las áreas o rubros evaluados estandarizados por el MINSAL corresponden a Generalidades, Monitoreo y Supervisión, Aplicación de Normativa y Aplicación del Modelo de Atención. Además incluye Medicamentos, equipos materiales e insumos sin embargo en la investigación posterior a la validación del instrumento, no se consideró debido a que es un valor que no tiene ponderación objetiva y evalúa aspectos que no dependen directamente del coordinador(a) del establecimiento.

Con respecto a las competencias técnicas en la revisión de expedientes clínicos se obtuvo un porcentaje de cumplimiento de 47% en la aplicación de normativa en los diferentes ciclos de vida. Se evaluó aplicación de normativa vigente en el MINSAL estando sujetos al cumplimiento toda persona natural o jurídica de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud contemplado en el ámbito de aplicación de cada uno de las normas. Por lo cual sin excepción alguna se espera que en los Equipos Comunitarios de Salud Familiar a pesar de su menor complejidad a comparación a los demás establecimientos, aplique de manera correcta la normativa. Al considerar si este valor obtenido se debe a médicos de nuevo ingreso,

se identificó que de los 30 coordinadores únicamente 3 eran de servicio social que a pesar de haber obtenido un promedio de cumplimiento del 25%, no era suficiente para disminuir el porcentaje por debajo de lo esperado. Por lo cual se cuenta con personal de antiguo ingreso o permanente que no ha dado cumplimiento a la normativa. Además es de recalcar que a diferencia a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedia que cuenta con una cantidad de personal más numerosa, en el ECOSF siendo un mismo médico (coordinador) y enfermera comunitaria se esperaría que fuera mucho más fácil controlar la calidad y cumplimiento de la normativa reflejada en el expediente clínico.

Es de mencionar que las normativas se encuentran en proceso de revisión para lograr adecuarlas a la Reforma de Salud. El principal lineamiento el cual surge a partir de la Reforma de Salud corresponde a los Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los Ecos Familiares y Ecos Especializados. Se puede evidenciar algunas inconsistencias correspondientes a la frecuencia del seguimiento y/o control de pacientes entre las diferentes normativas y lineamientos en especial con la incorporación de la dispensarización que anteriormente no existía. Dichas inconsistencias ocasiona que si se evalúa con una normativa por programa puede considerarse como incumplimiento y si utiliza otra como Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los Ecos Familiares y Ecos Especializados puede que no se considere como tal, pudiendo ser el caso contrario. Actualmente se han actualizado normas como los Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido.

Es importante observar que los porcentajes obtenidos relacionados con el cumplimiento de los lineamientos comparados con lo expresado por los(as) coordinadores(as) de los ECOSF sobre cuales son su principales responsabilidades, permiten inferir que el conocimiento de sus responsabilidades no se traduce *per se* en su cumplimiento.

La aplicación de los lineamientos de Violencia obtuvo un porcentaje de cumplimiento mucho menor probablemente por su falta de supervisión o monitoreo que no se le daba mucho énfasis anteriormente. Sin embargo se puede atribuir a falta de interés del recurso o falta de actualización autodidacta del mismo. Por otro lado se podría atribuir a su incumplimiento debido al riesgo social y mecanismos para garantizar la seguridad del recurso de salud al realizar la notificación de acuerdo a lo establecido en los lineamientos. Esto último aunado que se encuentran recursos que viven en la misma área de responsabilidad del ECOSF siendo estos los promotores de salud.

En cuanto el registro diario de consulta este se relaciona con la aplicación correcta de la normativa. Lo anterior se debe a que si en el expediente clínico se realiza un mal diagnóstico o durante la atención preventiva no se evalúa de manera integral, estos van ir plasmados en el registro diario de consulta. El registro diario de consulta también posee lineamientos propios demostrando incumplimiento de los mismos. Es de mencionar que en enero de 2013 se introdujo un nuevo registro diario el cual era más completo y de cierta forma más complejo. En esta ocasión tanto los recursos de nuevo y antiguo ingreso se encontraban en condiciones similares.

El registro diario de consulta ha sufrido varias modificaciones con el fin de dar respuesta a los cambios para poder brindar la información necesaria principalmente en la atención preventiva. A pesar de los esfuerzos se sigue presentando ciertas dificultades en el registro de las atenciones preventivas en especial el seguimiento a la dispensarización contemplado en los Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los Ecos Familiares y Ecos Especializados. Por lo cual hay contradicciones en el registro, entre lineamientos que buscan la integralidad y continuidad de la atención en los diferentes ciclos de vida en el marco de la Reforma de Salud y los lineamientos y normativas elaboradas anteriormente por los diferentes programas. Así también en otros medios de registros los cuales progresivamente se han ido modificando de acuerdo a las necesidades.

El cumplimiento del sistema de referencia, retorno e Interconsulta fue de los menores con respecto a las competencias técnicas evaluadas. En este se evalúa el grado de retorno que recibe el ECOSF de las referencias e interconsultas enviadas. El sistema depende que los establecimientos a quienes se les envió una interconsulta o referencia, elaboren un retorno y se lo envíen con el paciente al ECOSF. El sistema no solo depende de un establecimiento sino que para garantizar dicho funcionamiento el ECOSF debe de adquirir un papel activo y dar cumplimiento al seguimiento del paciente en consulta o terreno. Si da el seguimiento correspondiente de acuerdo a lineamientos según motivo de referencia o interconsulta, se lograría incrementar el número de retornos ya que esto reduce otras condicionantes como inasistencia del usuario, dificultad de accesibilidad entre otros. Por lo tanto además de incumplimiento de lineamientos específicos de referencia, retorno e interconsulta también hay incumplimiento de normativa vigente para manejo de enfermedades de acuerdo a los diferentes ciclos de la vida.

Es de recordar la importancia de este subcriterio ya que dentro de los elementos de la Atención Primaria en Salud se encuentra la atención integral, integrada y continua. Y tomando en consideración que el ECOSF representa el primer contacto en el sistema de salud a la población, el sistema de referencia, retorno e interconsulta mide el grado de apoyo y complemento a la atención por otros niveles de atención especializada, midiendo además el grado de desarrollo de las redes dentro del sistema de salud.

Al proceder a la revisión de la sala situacional encontramos con un cumplimiento bajo. La sala situacional es una herramienta fundamental en el trabajo del ECOSF de la cual se obtiene información para toma de decisiones; se cuenta con mapa sanitario con riesgo de cada familia de la zona (actualizado inmediatamente al sufrir un cambio), datos demográficos, morbilidades y mortalidades frecuentes, gráficas de tendencias de enfermedades por mencionar algunos de acuerdo a lineamientos ya establecidos. Este subcriterio revisado trasciende de las competencias técnicas a las

competencias metodológicas ya que forma la base a partir del cual el médico(a) coordinador(a) toma decisión a partir de la información que posee.

El porcentaje adquirido en el marco regulatorio de farmacia fue el de los más altos con respecto a competencias técnicas. Probablemente se debe a que dicho cumplimiento de lineamientos muchos se mantienen estables como por ejemplo condiciones del entorno como iluminación adecuada. A comparación de la aplicación de la normativa en los diferentes ciclos de la vida que en cada paciente se debe de iniciar nuevamente. Lo cual se encuentra entorno a la reforma de salud ya que unos de sus ejes corresponde a respuesta de necesidades de medicamentos y vacunas pero en esta ocasión se mide el resguardo y manejo adecuado, así como también las buenas prácticas de la prescripción médica.

Al evaluar las competencias técnicas pertenecientes al área o rubro de modelo de atención del MINSAL obtenemos del manejo de fichas familiares y fichero de seguimiento un porcentaje bajo en comparación a otros. La ficha familiar se utiliza para el seguimiento de la familia así como también tiene información indispensable de los determinantes sociales de la salud. En cuanto el fichero de seguimiento de dispensarización permite organizar el trabajo del ECOSF para lograr el seguimiento individual de acuerdo a los riesgos de la persona o enfermedad que posee. Es de esperar que si se obtuvo un grado insatisfactorio en la aplicación de normativa no se iba obtener uno adecuado logró en esta parte similar a lo que ocurrió con el registro diario de consulta. Hay que considerar que no solamente se requiere de una aplicación correcta de normativa y lineamientos sino la capacidad del médico coordinador de organizarse y diseñar estrategias para lograr el mejor cumplimiento del mismo ya que involucra trabajo en equipo trascendiendo a las competencias metodológicas. Es de recordar que ambos subcriterios revisados son de importancia ya que los lineamientos que orientan a su uso nacieron de la reforma de salud.

La conformación de los ECOSF se puede considerar como la punta de lanza de la reforma de salud y el seguimiento de la dispensarización como eje principal para el funcionamiento y actividades a desarrollarse por el ECOSF. La dispensarización es fundamental para la creación de un sistema de salud basado en la Atención Primaria en Salud Integral ya que facilita la atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo con énfasis de la prevención y promoción. Sin embargo requiere los instrumentos (lineamientos y normas) actualizados y adecuados para lograr que el recurso de salud haga el modificación de un sistema vertical basado en un APS selectiva con programas específicos de muchos años de existencia a un sistema de salud basado en APS Integral la cual se retoma a partir del año 2009. Es importante tener en cuenta que dicho cambio no se da solamente en el personal de salud sino que también se debe de dar en la población.

Para la conformación de un Sistema de Salud basado en la APSI, la atención debe de trascender del individuo. Implica una perspectiva de salud pública, al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos. Por lo cual además de considerar la dispensarización como principal eje de planificación del ECOSF, la familia y la comunidad se deben de considerar como eje principal de la planificación y la intervención de un Sistema de Salud basado en el APSI.

Al pasar a la revisión de carpetas familiares las cuales contiene los expedientes individuales de los integrantes de la familia con su ficha familiar correspondiente, obtuvo un 68%. En dicho subcriterio combina lineamientos anteriores del MINSAL correspondiente a la normativa de Estadística y Documentos Médicos (ESDOMED) así como también modificación realizados a partir de la reforma de salud. Es de notar que el hecho de contar con carpetas familiares y su uso demuestra la integralidad en cómo se brinda la atención en la sede, así como también si trasciende del individuo a la familia.



Al continuar con los subcriterios relacionados con las competencias metodológicas, se evaluó el trabajo en equipo obteniendo 73% siendo en general un valor mayor de los obtenidos en los subcriterios anteriores. Representa un subcriterio importante ya que el trabajo en equipo contribuye al cumplimiento de otras actividades o facilitar otros procesos. Se debe de considerar también lo que se observó anteriormente ya que de acuerdo a los subcriterios evaluados, la competencia técnica del coordinador es limitada por lo cual a pesar que el trabajo de equipo es aceptable las orientaciones dadas al equipo pueden no ser las correctas.

Al revisar el plan de saneamiento ambiental se pudo observar que se obtuvo un porcentaje del 61%. En este caso se puede hacer la relación anterior ya que se puede atribuir a desconocimiento de lineamientos y normativas correspondiente a saneamiento ambiental que pertenecen a competencias técnicas. El plan de saneamiento ambiental deber presentar un abordaje integral al medio ambiente el cual refleja la capacidad del ECOSF de utilizar sus conocimientos para diseñar un plan de acuerdo a su realidad encaminado a modificar los determinantes sociales de la salud relacionados con saneamiento. Ya elaborado el plan implica la capacidad del médico coordinador de lograr ejecutarlo lo cual va depender de conocimientos y habilidades existentes en el (ella).

Al considerar lineamientos actualmente vigentes. Al revisar el Manual de Funciones de Promotor de Salud 2008 se describe sus funciones de saneamiento las que consisten en: monitorear disposición de basura, construcción, uso y mantenimiento de letrina y tratamiento de agua de consumo humano, aprovisionamiento y distribución de solución de hipoclorito de sodio al 0.5% y vigilancia de calidad de agua a través de lecturas de cloro residual.

De acuerdo a Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los Ecos Familiares y Ecos Especializados 2011 de saneamiento ambiental se describe: Ejercer vigilancia sistemática sobre el estado de las condiciones sanitarias de la

vivienda y su entorno, identificar factores de saneamiento básico desfavorables, vigilancia y control a los riesgos ambientales y zonas vulnerables. Sin embargo esto queda muy amplio para definir las funciones específicas del ECOSF.

Y al hacer una revisión del cuaderno de Trabajo del Curso para Promotores y Promotoras - Atención Integral en Salud de La Comunidad 2011 se menciona otros aspectos. Por lo cual esta diferencia y otras puede estar relacionadas con la dificultad de concretizar lo que se quiere realizar en el ECOSF considerando su capacidad instalada.

Al continuar con el plan de educación continua integrado se logró un porcentaje de 54%, menor que el plan de saneamiento ambiental. Hay que tener presente que este subcriterio está relacionado con varios puntos ya evaluados en las competencias técnicas. Es de considerar que el plan de educación es un reflejo de la capacidad del médico(a) de conocer la situación de salud de la población y aplicación de sus conocimientos y de esta forma potenciar la capacidad de resolución de su equipo. Es de importancia mencionar que el plan de educación continua nace a partir de las necesidades del equipo o debilidades identificadas relacionadas con la aplicación de la normativa. Y si en las competencias técnicas se identificaron debilidades del coordinador(a) estas se van a traducir al plan, posteriormente el cumplimiento inadecuado va ser duplicado por el resto del equipo y finalmente va a ocasionar un mayor impacto desfavorable en la población.

Se considera que para la renovación de la Atención primaria en Salud debe de haber una inversión en recursos humanos, siendo necesario capacitaciones no solo técnicas sino que también desde el punto de vista humanístico. Y considerando que la mayoría de profesionales laborando como coordinadores en ECOSF en la Región de Salud Metropolitana eran médicos consultantes de las antes llamada Unidad de Salud, en otro modelo de atención eminentemente curativo, el enfoque de capacitación así como curricular de este no buscada un recurso fortalecido o con

competencias para formación o educación. Por lo cual el grado de cumplimiento del plan de educación puede estar traduciendo el modelo de atención predominante en que fue formado el recurso.

Al revisar los porcentajes de cumplimiento alcanzados del modelo de atención llama fuertemente la atención que según los coordinadores de los ECOSF el “*Garantizar la atención continua y sistemática [...] de los individuos por ciclo de vida por medio de los seguimientos a la dispensarización*” es una de las responsabilidades más importantes relacionada con su cargo, sin embargo esta aseveración no se refleja en los bajos resultados obtenidos y finalmente con uno de los aspectos mas importantes a desarrollar por el equipo.

En cuanto la aplicación de monitoreo y supervisión se obtiene un porcentaje menor en relación los subcriterios anteriores (52%). El instrumento recoge elementos trazadores de diferentes disciplinas y normativas y este debería funcionar como insumo para identificar debilidades a ser abordadas con el plan de educación continua. La utilidad de dicho instrumento va depender del conocimiento de lineamientos y normativas.

Dentro de los valores de la Atención Primaria en Salud se menciona Servicios orientados hacia la calidad, los instrumentos de supervisión y monitoreo están orientados a dicho fin. Es de considerar que se debe de valorar los instrumentos que se deben de priorizar debido a la sobrecarga administrativa dentro del establecimiento y considerando la poca complejidad con respecto a recursos humanos. Lo anterior se debe a que a las UCSFB son sujetas a supervisiones por el SIBASI, la Región de Salud Metropolitana y por el Nivel Central, y de acuerdo a la supervisión integral o especifica que se realiza en ese momento, se va solicitar atestados de su autosupervisión y automonitoreo de la misma. Por lo cual se puede solicitar autosupervisión o automonitoreo con la Guía de Supervisión Integral del Primer Nivel de Atención, además de Supervisión de Salud Sexual Reproductiva,

Infantil, Dengue, Violencia todas sus formas, Programa Presidencial de Veteranos de Guerra, adolescente, adulto mayor, entre otras. Y de acuerdo a la POA del 2013 se solicita un total de 40% del tiempo laboral del coordinador para dedicarlo a supervisión lo cual corresponde a 2 días hábiles por semana. Considerando que se dedican 3 días a la semana a la consulta, el cumplimiento de este 40% de supervisión ya no dejaría espacio dentro de la jornada laboral a otras actividades al dar cumplimiento a este porcentaje.

En la investigación se consideró como competencia metodológica la información visible la cual un porcentaje relativamente alto en consideración a otros. La información no solamente va en el cumplimiento un listado sino que demuestra la capacidad del médico(a) coordinador(a) de poder plasmar la oferta de servicios detallada y de manera sencilla para el entendimiento de la población. Y también como material de apoyo para facilitar el conocimiento de la población con respecto a situaciones relacionadas con su salud. Lo cual contribuye a uno de los elementos de la Atención Primaria en Salud la cual corresponde al énfasis en la promoción y educación.

La planificación operativa anual evalúa un total de 65 indicadores dividido en los componentes de gestión, atención integral a las personas, atención integral al medio y participación social. La programación contempla metas establecidas de acuerdo a la población real asignada al ECOSF. El logro de las metas depende de una serie de estrategias, actividades y evaluaciones por lo cual depende en gran parte de las competencias metodológicas y su grado de cumplimiento que fue del 27% refleja desequilibrio en el desarrollo de las diferentes competencias y la integración de cada una.

Al momento la POA incorpora diferentes atenciones a ser brindadas en los diferentes ciclos de la vida. Su elaboración se realiza en su mayoría de manera automatizada, en la cual se introduce información relacionada a los grupos poblacionales y otra

relevante de la zona generando la meta anual a cumplir por el establecimiento. En el año 2014 se incorporó la dispensarización a la matriz de la POA sin embargo al momento continua las atenciones que tradicionalmente se generaban de POA y las nuevas incorporadas con respecto a la dispensarización divorciadas. Es de mencionar que dicho instrumento no toma en consideración el aspecto de horas recurso humano o el tiempo que cada actividad representa. Y siendo un instrumento puramente cuantitativo hay aspectos cualitativos relacionados con participación comunitaria que no es posible medir el impacto.

El bajo porcentaje de cumplimiento de la POA contrasta con las respuestas brindadas por los(as) coordinadores(as) que mencionan que es la segunda responsabilidad mas importante de su cargo.

El Análisis Situacional de Salud Integral (ASSI) tiene como uno de sus fines dar solución a problemas no necesariamente de salud. Los problemas son detectados y priorizados con participación comunitaria. El logro de la ejecución depende del empoderamiento que ha adquirido la comunidad así como el acompañamiento y apoyo técnico que se le da por parte del ECOSF. El porcentaje adquirido al evaluar el ASSI corresponde al 53% y para lograr un cumplimiento adecuado se requiere no solamente las capacidades correspondientes de ECOSF sino que también las coordinaciones intra e interinstitucional así como también la participación comunitaria. A diferencias de las metas del plan operativo anual, este subcriterio depende fuertemente de las competencias participativas y personales.

El ASSI incorpora la elaboración participativa un plan de acción basado en los problemas identificados por la comunidad, por tanto uno de los aspectos que determinan su cumplimiento es el involucramiento de la población y para esto se requiere que el personal del ECOSF y en especial el coordinador(a) tenga las habilidades para realizar coordinaciones efectivas con lideres y lideresas comunitarias.

Lo anterior contrasta con las respuestas brindadas por los(as) coordinadores sobre sus principales responsabilidades: “Elaborar y actualizar el Análisis de Situación de Salud Integral en conjunto con los miembros de ECOSF y con participación comunitaria, para la toma de decisiones”, por lo que existe conocimiento del sus responsabilidades pero no dan cumplimiento,

Al verificar la planificación mensual el porcentaje obtenido se relacionó con el trabajo en equipo. Se evalúan en conjunto en esta ocasión ya que se evalúa una planificación integrada la cual involucra el resto del equipo para su elaboración y cumplimiento. A pesar que ambos obtuvieron porcentajes similares, el determinante principal sería el trabajo en equipo ya que la planificación sería dependiente de este. Y ambos serían de uso para cumplimiento de las demás área evaluadas.

Para la determinación del grado de desarrollo de las competencias personales y participativas se evaluó la satisfacción del usuario externo obteniendo el grado de cumplimiento de los más altos de los subcriterios evaluados. Se demuestra que el grado de relaciones con los usuarios es buena e incluso mejor de la que el equipo tiene entre ellos. Hay que tener presente que en muchas ocasiones mucho depende de lo que las personas se le proporcione, satisfaciendo a lo que ellos(as) quieren y no respuesta a sus verdaderas necesidades. Siendo responsabilidad del ECOSF iniciar este cambio de pensamiento lo cual se lograría con mayor empoderamiento y participación comunitaria.

La satisfacción del usuario externo está relacionada con el trato que se le brinda al usuario o usuaria y a pesar que se obtuvo un buen porcentaje, este aspecto no se considera como una de las responsabilidades expresadas por coordinadores, puede entenderse entonces, que se cuentan con competencias personales y participativas necesarias y que forma parte del desempeño diario como profesional.

A pesar de obtener un buen grado de satisfacción del usuario externo al evaluar la participación comunitaria en planificación, ejecución y evaluación esta disminuye a 53% reflejando lo que se había mencionado anteriormente. Por lo que demuestra que la población presenta poco interés en la participación comunitaria o la pasividad que han adquirido durante muchos años antes de la reforma de salud con respecto a su bienestar. Es importante recordar que a pesar que no presenten la iniciativa, habiendo siempre excepciones, es de responsabilidad del ECOSF de facilitar el proceso.

En cuanto la conformación y el funcionamiento de los comités de salud lograron obtener un 63% lo cual va en consonancia con la participación comunitaria. La conformación del comité de salud, en especial los que nacieron exclusivamente por iniciativa de la población, se pueden considerar que representa el mayor grado expresión de empoderamiento y corresponsabilidad con respecto a la salud del individuo, familia y comunidad.

La realización de asambleas comunitarias logró un mayor porcentaje, poco significativo en relación a la conformación de comités de salud. Se debe de garantizar dos asambleas por área asignada a cada promotor de salud, una inicial en el año para dar a conocer la situación actual de la comunidad y una al final del año para retroalimentar lo que se realizó. Y a partir de estas asambleas se debería de derivar la participación comunitaria en planificación, ejecución y evaluación y reforzar el funcionamiento de los comités de salud. El logro de este subcriterio da a conocer de organización existente en las comunidades siendo necesario el ECOSF potenciarla.

Tomando en cuenta las respuestas brindadas por parte de los coordinadores de los ECOSF en relación a las actividades a desarrollar con la comunidad, se evidencia la relación con los bajos porcentajes alcanzados ya que el hecho de considerar que el ornato, limpieza a falta de polivalente y la mejora de la infraestructura o el solo hecho

de realización de asambleas comunitarias como las más relevantes, evidencia la incompreensión de la importancia de la participación social, la contraloría social y la incidencia en el funcionamiento del ECOSF, evidencia el enfoque utilitarista de la comunidad para resolver problemas del ECOSF, sin embargo el trabajo comunitario depende mucho del papel del promotor(a) de salud, pero si el jefe superior inmediato no entiende el trabajo comunitario, se reflejara entonces en bajos porcentajes de cumplimiento.

La coordinación intersectorial va dirigida hacia Instituciones gubernamentales, Organizaciones no gubernamentales, empresa privada entre otras. Se espera que este tenga un mejor grado de cumplimiento debido a su número de instituciones presentes y así como también debido a políticas de participación social y de obras sociales específica de cada institución. A pesar de obtener el mejor grado de cumplimiento en relación a los subcriterios de las competencias personales-participativas, todo proyecto coordinado entre instituciones siempre requiere para su sostenibilidad la participación activa y consciente de la población, por tanto para que el resultado obtenido sea para beneficio de la comunidad debe integrarse con el proceso de participación comunitaria, el cual a todas luces debe mejorar en su enfoque.

Se considera que la competencia técnica corresponde a su formación laboral donde adquiere conocimientos especializados directamente relacionados a su ocupación. Sin embargo es necesario también considerar la formación de bachiller la cual es responsable de adquisición de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes de forma básica y así como también genéricos para que el individuo se pueda adaptar mejor posible a su trabajo, tomando en consideración lo del modelo de Mertens. Esta sería la base del desempeño o rendimiento global del individuo ya que alimenta las demás competencias evaluadas. En la investigación se evaluó únicamente las competencias técnicas específicas a la profesión.



Las competencias metodológicas hacen uso de los conocimientos específicos y genéricos del individuo. Se evalúa la capacidad del individuo tiene para usar sus conocimientos existentes y adaptarse a cada situación del trabajo. Dependiendo de la capacidad del individuo se podría adaptar a una gran variedad de situaciones y no solamente las específicas de su ocupación. La capacidad de cada individuo va depender conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes adquiridas en una educación formal como la informal atribuida principalmente a las personas que lo rodean. En promedio se obtuvo un 57% y de acuerdo a lo anterior era predecible un resultado bajo debido a lo que se obtuvo en las competencias técnicas. El porcentaje bajo se debe a que no solamente se valora los conocimientos como tales sino la aplicación de los mismo siendo mucho más complejo.

La competencia participativa logró obtener el porcentaje más alto de las tres. Es de importancia recordar que subcriterios obtuvieron el menor grado de cumplimiento. La ponderación que se utilizo es la misma del MINSAL para poder hacer comparable el estudio sin embargo las de mayor trascendencia como la participación comunitaria en la planificación, ejecución y evaluación tuvo el menor porcentaje seguido por la conformación y funcionamiento. Si consideramos el porcentaje global podemos pensar que se cuenta con participación comunitaria e intra e interinstitucional aceptable pero el éxito de estas coordinaciones y las estrategias y actividades acordadas por parte del MINSAL dependerán de las otras capacidades mencionadas.

En relación a las competencias Personales y Participativas se ha identificado cuales son las responsabilidades de los miembros del ECOSF desde la perspectiva de los(as) Médicos(as) Coordinadores tomando en cuenta que según su cargo sus funciones dentro del Equipo Comunitarios de Salud Familiar (ECOSF) son suma importancia para su funcionamiento por lo que el nivel de conocimiento de las funciones del personal bajo su cargo es determinante.

Por tanto de forma general se identifica que los médicos coordinadores(as) expresan muy bien las responsabilidades inherentes a su cargo, pero estas no se traducen en el cumplimiento de las mismas sin embargo se puede identificar el nivel de prioridad que se les brinda a cada una de ellas, en el caso de la planificación y la supervisión del trabajo del ECOSF y de sus miembros es considerada una de las 5 responsabilidades más importante a realizar por el médico coordinador de ECOSF, sin embargo su responsabilidad en el continuo de de atención y el cumplimiento del Sistema de Referencia, Retorno e interconsulta fue la respuesta menos frecuente, por otra parte la atención por ciclo de vida es considerada como importante. La respuesta más importante expresada por los(as) coordinadores(as) contrasta con los resultados obtenidos en las competencias metodológicas: Cumplimiento de Aplicación Interna de Monitoreo y supervisión en el que solo se alcanzó un 52% de lo esperado, por tanto se puede inferir que aunque se considera una de las responsabilidades más importantes, no se está dando cumplimiento.

Al analizar los resultados del conocimiento y definición de roles y responsabilidades del equipo según los(as) coordinadores de ECOSF por cada una de las disciplinas se puede realizar el siguiente análisis:

En cuanto a las principales responsabilidades de la Enfermera Comunitaria del ECOSF, según la opinión de los médicos(as) coordinadores, la responsabilidad más frecuente es el desarrollo de los diferentes programas preventivos en las comunidades, la identificación y Atención integral (seguimiento a la dispensarización) a la mujer embarazada, puérpera y recién nacido según reglamento vigente, así como las visitas domiciliarias, lo cual no coincide o coincide parcialmente con el promedio de cumplimiento consolidado de las Competencias Técnicas la cual solo alcanzó un 56%. Sin embargo esta se logra con el trabajo de todo el equipo y no solo del personal de enfermería. Por otra parte no se menciona de forma significativa el papel de la enfermera para garantizar la atención integral a la población, así como su involucramiento con la comunidad.

La responsabilidad atribuida con mayor frecuencia a la Enfermera Auxiliar es ser la Encargada de farmacia de la UCSFB, Despacho de medicamentos y manejo del kardex; por otra parte también se le atribuye la Preparación de pacientes, toma de signos vitales y medidas antropométricas y la preparación del expediente clínico. Al respecto dentro de las competencias técnicas, se identifica el 76% de cumplimiento del Marco Regulatorio de farmacia de forma consolidada en los ECOSF de los 4 SIBASI.

La responsabilidad del Promotor(a) de Salud más frecuente es Desarrollar los diferentes programas preventivos en las comunidades. Identificación y Atención integral (seguimiento a la dispensarización) a la mujer embarazada, puérpera y recién nacido según reglamento vigente, visitas domiciliarias. Dicha función abona al 56% de cumplimiento de las competencias técnicas por parte del equipo. Es necesario destacar que esto contrasta con el papel del promotor que no solo es responsable de realizar acciones de prevención de enfermedades, sino también de promover la salud y facilitar procesos organizativos y de participación ciudadana en busca de mejorar sus condiciones de vida, actuando sobre factores que determinan su salud.

En relación al polivalente la función más frecuentemente mencionada es Mantener limpias y ordenadas las instalaciones, vehículo, equipos y materiales empleados por el personal del equipo comunitario y por otra parte Conducir vehículos automotores para el transporte del ECOSF, medicamentos, materiales, equipos e insumos y pacientes según lo requiera el caso. Tramite de diligencias oficiales. En ese sentido aunque no es exclusivo del polivalente el orden de la sede se alcanzo un 85% de cumplimiento en la Limpieza y organización de la sede.

Al ser el trabajo plenamente comunitario, se requiere amplia comunicación con las expresiones organizativas de la comunidad, las actividades que con mayor

frecuencia se realizan son actividades de saneamiento ambiental, antivectoriales y el desarrollo de asambleas comunitarias, sin embargo se evidencia que según algunos coordinadores de ECOSF la Organización de la comunidad para realizar el ornato y limpieza de las instalaciones de la UCSF B a falta del polivalente, mejoras en la infraestructura del ECOSF Venta de café en la sede del ECOSF para conseguir dinero para pagar el agua y la luz del local y pago del local forman parte de las actividades que se desarrollan con la comunidad para con el ECOSF, esto último permite identificar comprensión errónea de la relación con la comunidad que según se evidencia es carácter utilitario y no de participación comunitaria, de contraloría social, de incidencia política y por parte del ECOSF de rendición de cuentas permanente. . A su vez se contrasta con el promedio de conformación de comités de salud en un 63% y un 53% en cuanto a la participación comunitaria en la planificación, ejecución y evaluación.

## VII. CONCLUSIONES

1. Los porcentajes de cumplimiento alcanzados y su interrelación con las funciones que los médicos entrevistados consideran como las más importantes, permite concluir que las competencias de Atención Primaria en Salud de los médicos(as) coordinadores(as) de los ECOSF no corresponden en su mayoría a las necesidades de la Reforma de Salud.
2. Es importante mencionar que los porcentajes obtenidos comparados con lo expresado por los(as) coordinadores(as) de los ECOSF sobre cuales son sus principales responsabilidades, permite inferir que el conocimiento de sus responsabilidades no se traduce *per se* en su cumplimiento.
3. El nivel de cumplimiento de las competencias técnicas los(as) coordinadores(as) de los ECOSF de la Región de Salud Metropolitana, es en promedio del 56%, entendiéndose que la competencia técnica corresponde a su formación laboral donde adquiere conocimientos especializados directamente relacionados a su ocupación.
4. El nivel de competencias técnicas del médico(a) coordinador(a) de ECOSF está en íntima relación con el cumplimiento de una atención integral de calidad al individuo, familia y comunidad descritas en normativas previamente establecidas.
5. Las competencias técnicas están en relación con la adquisición/fortalecimiento de conocimientos en su lugar de trabajo, sin embargo esta facilidad para adquirir o fortalecer conocimiento está determinada desde la educación primaria hasta la universitaria y que finalmente, para el caso del ECOSF se traduce en una atención adecuada de la población asignada ya sea para la prevención de

enfermedades o para la atención adecuada de una enfermedad que puede determinar la vida o la muerte de una persona.

6. El nivel de cumplimiento de las competencias metodológicas de los(as) médicos(as) coordinadores(as) de los ECOSF de la Región de Salud Metropolitana es del 57%. Estas brindan la capacidad que el individuo tiene para usar sus conocimientos existentes y adaptarse a cada situación de trabajo, dependiendo de los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes adquiridas durante su educación formal, en este caso, principalmente la formación universitaria y la informal.
7. Los(as) coordinadores(as) de los ECOSF conocen sus responsabilidades y las del resto de los miembros de su equipo, logrando identificar aquellas más importantes a desarrollar, sin embargo, este conocimiento no se logra operativizar para dar cumplimiento a sus metas, presentando deficiencias en sus competencias metodológicas.
8. Los coordinadores de las ECOSF deben de contar no solo con las competencias técnicas, sino también con los elementos para ejecutarlas en la comunidad, es decir las competencias metodológicas que permitan la organización del trabajo del equipo, el cumplimiento de las metas que permitan modificación gradual de las determinantes de salud de la población de responsabilidad.
9. Las competencias personales participativas de los médicos y médicas coordinadores de los ECOSF de la Región de Salud Metropolitana, alcanzaron un 96% de cumplimiento, siendo el más alto porcentaje de las competencias estudiadas y están en relación a la evolución del campo laboral, la comunicación y cooperación con los demás, así como el tener una imagen realista de sí mismo y actuar en base a sus convicciones, asumiendo responsabilidades y tomando decisiones.

10. Se obtuvo un buen porcentaje de cumplimiento de las competencias personales participativas, sin embargo al contrastarse con los conocimientos de los(as) médicos(as) coordinadores(as) se evidencia una interpretación errónea del trabajo a nivel comunitario, ya que se tiende a utilizar a la comunidad y no necesariamente promover la participación social que es pilar fundamental de la reforma de salud.
11. La coordinación con la comunidad para el desarrollo de actividades, se logra por medio de la mezcla de todos los tipos de competencias, principalmente las metodológicas y las personales y participativas, esta no depende solamente del coordinador del equipo, sin embargo depende de la conducción del mismo y su liderazgo, el lograr un trabajo efectivo con los miembros de la comunidad y contribuir a la modificación de sus determinantes.
12. La conjunción de los diferentes tipos de competencias determinan el adecuado desempeño de los médicos(as) coordinadores(as) de los ECOSF, las cuales deben desarrollarse desde su formación universitaria hasta su desempeño diario en su lugar de trabajo, de forma que se responda a los requerimientos de la Reforma de Salud y por ende a las necesidades de la población.

## VIII. RECOMENDACIONES

### **Al Ministerio de Salud**

1. Brindar acompañamiento por parte de la RSM, SIBASI y UCSF Intermedia o Especializada al personal de la UCSF Básica en sus competencias técnicas en especial las que permiten funcionamiento y gerencia de forma especial al médico(a) coordinador(a).
2. Desarrollar por parte de la RSM un proceso de capacitación permanente al personal de las UCSFB, que pueda ser desarrollado a diferentes niveles, tanto por la RSM, SIBASI y UCSF Intermedia o Especializada, encaminado a mejorar identificados en las supervisiones integrales, entre aquellos que están determinados por el seguimiento de normativas y las que suponen acciones gerenciales.
3. Continuar con el desarrollo de supervisiones facilitadoras por parte de personal de la RSM, SIBASI y UCSF Intermedia o Especializada que permitan el aprendizaje de las herramientas el cumplimiento de sus responsabilidades en el marco de la Reforma de Salud.
4. Revisar el instrumento de supervisión integral periódicamente, profundizando en la aplicación del nuevo modelo de atención y en base a la actualización/creación de las normativas
5. Realizar procesos de inducción estandarizado a los coordinadores(as) de las UCSF que permitan el conocimiento de sus responsabilidades y el desarrollo de sus habilidades y competencias, el cual puede ser desarrollado a varios niveles (RSM, SIBASI y UCSF Intermedia o Especializada), y aprobado por el Nivel Central del MINSAL



6. Fortalecer la coordinación entre la secretaria de estado y las instancias formadoras, para garantizar que el personal médico desarrolle las competencias que respondan a las necesidades de la Reforma de Salud.
7. A las UCSF, especialmente a los(as) coordinadores(as) de las UCSFB, dar cumplimiento a las normativas establecidas por el MINSAL, analizando aquellas encaminadas al desarrollo de la Reforma de Salud.
8. Identificar por parte de la RSM, SIBASI y UCSF Intermedia o Especializada, los factores que inciden en el incumplimiento de los objetivos del ECOSF, a pesar de que el recurso cuenta con las competencias necesarias para lograrlo de forma que permita el diseño de estrategias para superar las problemáticas.

#### **A las Instituciones Formadoras**

1. Coordinar con el Ministerio de Salud para el fortalecimiento de capacidades y la formación de competencias del personal médico, de forma que dar respuesta a las necesidades de la Reforma de Salud.
2. Brindar las herramientas al personal médico en formación, que fortalezcan sus capacidades metodológicas, que les permitan cumplir con sus responsabilidades como coordinador de UCSF y den respuesta a las exigencias de la Reforma de Salud.
3. La formación universitaria de los(as) coordinadores(as), no brinda por sí, la capacidad de dar cumplimiento sus responsabilidades y las de los miembros de su equipo
4. Revisar el Currículo de la Carrera de Medicina para profundizar y/o modificar los aspectos contribuyen a la implementación de la Reforma de Salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alex, L. *Descripción y registro de las cualificaciones. El concepto de cualificación.* Revista Europea Formación Profesional, 1991; Número 2, CEDEFOP, Bruselas.
2. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Decreto legislativo 442. *Ley de creación del sistema nacional de salud.* Diario Oficial 214. Tomo 377. San Salvador, El Salvador: 16 de noviembre de 2007.
3. Barten, F., Rovere, M. & Espinoza, E. *Salud Para Todos: una meta posible. Pueblos Movilizados y Gobiernos Comprometidos.* 2da. Ed. San Salvador, El Salvador: Editorial del Ministerio de Salud; 2010.
4. Brito Quintana, P. E. *Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales.* División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. OPS/OMS; 1996.
5. Bunk, G.P. *La transmisión de las competencias en la formación y el perfeccionamiento profesionales.* Revista Europea Formación Profesional, 1994; Núm. 1.
6. Carne Nebot Adell, Carlos Rosales Echeverria, Rosa M. Borrell Bentz. *Desarrollo de Competencias en Atención Primaria en Salud.* Año 2012. Rev. Panam Salud Pública.
7. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.* URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

8. Echeverría, B. *Gestión de la Competencia de Acción Profesional*. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2002
9. Gobierno de El Salvador. *Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014*. 2ª Edición. El Salvador; Noviembre 2010.
10. Instituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori. *Competenze trasversali e comportamento organizzativo. Le abilità di base per il lavoro che cambia*. Roma: 1995.
11. Irigoien M, Varga F. *Competencia Laboral. Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud*. OIT. Montevideo: Cinterfor: 2002.
12. Jardine Méndez, J. B., Aneiros Riba, R., & Salas Perea, R. S. *Cuba: recursos humanos en la atención primaria de salud y su estrategia de desarrollo* (Vol. XXVII). La Habana: Educación, Medicina y Salud; 1993.
13. Le Boterf, G. *Ingeniería y evaluación de los planes de formación*. Bilbao: Aedipe-Deusto; 1991
14. López Puig, P., Morales Suárez, I. d., Lara Menchaca, S., Martínez Trujillo, N., Lau López, S., & Soler Cárdenas, S. F. *Las redes integradas de servicios de salud desde la realidad cubana*. Revista Cubana de Salud Pública 2009: XXV (4), 34-43.
15. Mertens, L. *Competencias Laboral: Sistemas, Surgimiento y Modelos*. 1ª Ed. Organización Internacional del Trabajo (Cinterfor/OIT); 1996.

16. Ministerio de Salud de El Salvador. *Cuaderno de Trabajo. Curso para Promotores y Promotoras – Atención Integral en Salud*. San Salvador, El Salvador: MINSAL; 2011.
17. Ministerio de Salud de El Salvador. *Informe de Labores 2012- 2013*. San Salvador, El Salvador: MINSAL; 2013.
18. Ministerio de Salud de El Salvador. *Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOSF Familiares y ECOS Especializados*. San Salvador, El Salvador: MINSAL; 2011.
19. Ministerio de Salud de El Salvador. *Política Nacional de Salud de El Salvador 2009-2014*. Segunda edición. San Salvador, El Salvador: Editorial del Ministerio de Salud de El Salvador; octubre de 2009
20. Mirta Roses, Directora, OPS. *Informe Anual de la Directora. Avances en torno a la Atención Primaria de Salud en las Américas*. OPS/OMS: Oficina Regional de la OMS; 2009
21. Nervi, L. *El problema: ¿Por qué no se consigue producir cambios efectivos en la formación médica en los últimos 30 años?* Brasil; 2002
22. OPS/OMS. *Atención primaria en salud y desarrollo de los recursos humanos*. Madrid, España: OPS/OMS; 2003
23. OPS/OMS. *Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud 2005-2015*. Unidad de Recursos Humanos para la Salud, Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. Washington: OPS/OMS; 2006

24. OPS/OMS. *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Serie No. 3. La Acreditación de Programas de Formación en Medicina y la orientación hacia la APS. Washington D.C.: OPS/OMS; mayo 2010.
25. OPS/OMS. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de la Posición de la OMS/OPS*. Washington, D.C: OPS/OMS; 2007
26. OPS/OMS. *Prioridades y estrategias en recursos humanos para la salud*. Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Unidad de Recursos Humanos para la Salud. Washington, D.C: OPS/OMS; 2006
27. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Suiza: OMS; 2008
28. Organización Panamericana de la Salud. *Salud de las Américas 2003*. Washington, D.C: OPS; 2002
29. Organización Panamericana de la Salud. *Llamado de acción de Toronto: Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas 2006-2015*. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos en Salud. Toronto: OPS; 2005
30. Organización Panamericana de la Salud. *Recursos humanos en los servicios de salud. Documento de Trabajo*. Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, Área de Desarrollo Estratégico de la Salud. OPS.
31. Organización Panamericana de la Salud. *Salud de las Américas*. Washington, D.C: OPS; 2003

32. *Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud: Ottawa; 21 de noviembre de 1986.
33. Rojas Ochoa, F. *Orígenes del movimiento de atención primaria en salud*. Revista Cubana de Medicina General Integral 2003; 19
34. Rojas Ochoa, F. *Salud pública y medicina social*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009
35. Roses Periago, M. *Informe anual de la directora 2009. Avances en torno a la atención primaria en salud en las Américas*. OPS/OMS: Oficina Regional de la OPS; 2009.
36. Rubinstein, A. *Medicina familiar y práctica ambulatoria* (2ª ed.). La Habana: Editorial Médica Panamericana; 2006
37. Segredo Pérez, A. M. *Caracterización del sistema de dirección en la atención primaria de salud*. Revista Cubana de Salud Pública, 2009; Núm., 4: 78-109.
38. Zubizarreta Estévez, M. M., Cabrera Solís, E., Fernández García, L., & Durán García, F. A. *Experiencia cubana en la formación de recursos humanos de enfermería*. Revista Cubana de Enfermería. 2005; XXI (1).

# **ANEXOS**

## Anexo 1: Instrumento de Supervisión



**DIRECCIÓN DE PRIMER NIVEL DE ATENCION  
DIRECCIÓN DE APOYO A LA GESTION Y PROGRAMACION SANITARIA**



**Instrumento de Monitoreo y Supervisión Facilitadora para el Primer Nivel de Atención**

<b>Fecha:</b>		<b>Puntaje total:</b>			
<b>Monitores:</b>					
<b>Región y SIBASI:</b>					
<b>Establecimiento de Salud:</b>					
<b>Coordinador/Responsable:</b>					
<b>I. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>					
<b>I.I GENERALIDADES</b>					
<b>No</b>	<b>Criterio a supervisar</b>	<b>Estándar</b>	<b>Vale</b>	<b>Puntaje Obtenido</b>	<b>Observaciones</b>
1	Existe trabajo en equipo (en la UCSF básica, intermedia, especializada) complementar con anexo 21	Se percibe (mediante observación) liderazgo, empoderamiento y sentido de pertenencia en el equipo.			
2	Higiene general de la sede de la UCSF	Limpieza y organización de la UCSF es adecuada, así como conservación de las áreas verdes y del entorno en general.			
3	La UCSF dispone y ejecuta un plan de educación integrado de la salud que contemple actividades intra y extramurales dirigidas a la población, por etapa del ciclo de vida.	Plan de educación en salud elaborado y ejecutado según el periodo.			
4	La UCSF disponen de murales con material promocional actualizado para el cuidado de la salud, que se encuentre en buen estado y ubicado en espacios visibles para las y los usuarios.	UCSF con material promocional actualizado en buen estado y ubicado en áreas visibles para las y los usuarios, según disponibilidad			
5	La UCSF realiza coordinación intersectorial para el traslado de usuarios en casos de emergencia y otras situaciones	Contar con coordinación efectiva para el traslado de usuarios, en casos de emergencias			
6	En la UCSF Básica Intermedia y Especializada, funciona eficazmente el sistema de interconsulta, referencia y retorno	Funcionamiento del sistema de interconsulta referencia y retorno con un cumplimiento del 70%			
7	La UCSF Básica, Intermedia y Especializada dispone y ejecuta un plan de Salud Ambiental que cumple con actividades intra y extramurales dirigidas a mejorar la calidad sanitaria del medio ambiente del área de responsabilidad (Verificar anexo 20).	Plan de Salud Ambiental elaborado y ejecutándose oportunamente.			
8	Grado de satisfacción de los usuarios de la UCSF con la atención recibida (Verificar anexo 5 y anexo 19)	80% de los usuarios satisfechos.			
<b>I.II MONITOREO Y SUPERVISION</b>					
9	La coordinación o dirección de la UCSF, en conjunto con su equipo de salud, se esta aplicando el instrumento de monitoreo y supervision.	Aplican internamente el instrumento de monitoreo y supervision mensualmente.			
10	Las UCSF ha recibido visitas periódicas de supervisión por parte de los niveles de direccion.	Supervisiones realizadas por el SIBASI, Region y Nivel Central con atestados.	Cualitativa		
<b>I.III APLICACIÓN DE LA NORMATIVA</b>					



11	El personal de la UCSF cumple con la normativa vigente para la atención de la población en el ciclo de vida (Revisión de expedientes según anexo 6)	Los expedientes revisados cumplen con todos los criterios.			
12	El personal de salud de la UCSF aplica las Guías de atención y procedimientos al proporcionar la atención a la población en el ciclo de vida (valorar mediante aplicación de instrumentos de observación anexo 7 al 11 )	100% de cumplimiento de lo requerimientos según los instrumentos de observación directa			
13	El personal de salud de la UCSF aplica la Norma de Atención y Lineamientos Técnicos al proporcionar la atención a la población afectada por violencia en el ciclo de vida (valorar mediante aplicación de instrumentos de observación anexo 7 al 11 )	100% de cumplimiento de lo requerimientos según los instrumentos de observación directa			
14	La UCSF cuenta con información visible sobre: conjunto de prestaciones, horarios de atención, identificación del personal de salud y rutas de visita.	La UCSF cuenta con información sobre: Oferta de Servicios, Identificación del personal de salud, horarios de atención y ruta de trabajo, según instructivo.			
15	La UCSF cuenta con una Sala situacional y mapa sanitario actualizados y los utilizan para la toma de decisiones.	Sala situacional actualizada y utilizada según instructivo.			
16	La farmacia de la UCSF aplica correctamente el marco regulatorio y Kardex (Verificar anexo 12)	Marco regulatorio de uso de farmacia se lleva correctamente.			
17	El registro diario de consulta se llena con calidad y se entrega oportunamente la información.	Registro diario de consulta completo correctamente y entregado según instructivo.			
18	La UCSF mantiene coberturas esperadas en inscripciones y controles, en los diferentes programas, según metas del POA	Coberturas de vacunación, controles, inscripciones, entre otros. Esperados o en aumento, desde la última visita			
<b>I.IV INSUMOS, EQUIPOS, MATERIALES Y MEDICAMENTOS</b>					
19	Existe disponibilidad de equipos e insumos básicos para brindar la consulta médica y procedimientos (anexo 1)	100% de equipo e insumos disponibles.			
20	La UCSF cuenta con los materiales e insumos para el área de inhaloterapia (Verificar anexo 13)	100% de insumos y equipo en el área de inhaloterapia			
21	La UCSF cuenta con los materiales e insumos para el área de Rehidratación Oral (Verificar anexo 14)	100% de insumos y equipo en las áreas de RO.			
22	La UCSF cuenta con los materiales e insumos para las áreas de curaciones, inyecciones y vacunación. (Verificar anexo 15)	100% de materiales e insumos en el área de Curaciones, inyecciones y vacunación			
23	Existe disponibilidad de papelería e instrumentos de registro, según necesidad (Verificar anexo 2)	Disponibilidad de la papelería en un 100%, según necesidades			
24	Existe disponibilidad de medicamentos para un mes, que responda al número de población y según morbilidad. (Verificar anexo 16)	100% de existencia de los medicamentos básicos y disponibles para un mes, según perfil epidemiológico			
<b>II. MODELO DE ATENCION</b>					
25	Planificación mensual de las acciones en la UCSF con conocimiento pleno de cada integrante y revisión de la misma semanalmente.	Planificación mensual del equipo realizada y ejecutada según programa y de pleno conocimiento del equipo de salud			
26	Las Fichas familiares y los ficheros de seguimiento de la dispensarización se utilizan adecuadamente, según los lineamientos de los Ecos	Fichas familiares y ficheros de seguimiento se encuentran en la sede, están actualizados, organizados y utilizados según instructivo			
27	La UCSF Básica cuenta con los expedientes individuales y se encuentran organizados en carpetas familiares	Expedientes individuales en la UCSF Básica, organizados de forma correcta en carpetas			

		familiares			
28	La UCSF Básica ha elaborado correctamente el análisis de la situación de salud integral de su área de responsabilidad y lo utiliza como herramienta de gestión.	Existencia de un ASSI y cumplimiento de Plan de acción, según instructivo			
29	Existe participación comunitaria en la planificación, ejecución y evaluación de actividades de salud realizadas en las comunidades urbanas y rurales.	Participación de líderes y lideresas en la planificación, ejecución del plan de intervención y evaluación del ASSI, según instructivo.			
30	Existen comites de salud y estan funcionando.	Comités de salud cumplen criterios según instructivo			
31	La UCSF realiza asamblea comunal, cada 6 meses.	Asambleas comunales realizadas cada 6 meses.			

#### ANEXO 1: LISTADO DE EQUIPO E INSUMOS

LISTADO DE EQUIPO	UCSF básica		UCSF intermedia		UCSF especializada	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tensiómetros pediátricos con tres tipos de brazaletes						
Tensiómetros de adultos						
Bascula pediátrica o Bascula de calzón						
Báscula de adulto con tallímetro o Bascula de baño para la visita domiciliar						
Canape						
Infantometro						
Equipo de inserción de DIU						
Equipo de curación y pequeña cirugía						
Doppler						
Cinta de Perímetro Cefálico						
Cinta obstétrica						
Gestograma						
Estetoscopio						
Espéculos de diferentes tamaños						
Termómetros						
Oto-oftalmoscopio						
Lámpara de mano						
Lámpara cuello de ganso						
Comparador de cloro						
Guantes de diferentes medidas						
Laminillas para papanicolau						
Espatulas						
Alcohol al 90o. para fijar laminas						
Soluciones desinfectantes: Glutaraldehido						
Material de esterilizacion según normativa						
Baja lengua						

#### ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE REGISTRO

INSTRUMENTOS DE REGISTRO	UCSF Básica	UCSF Intermedia/Especializada
Registro diario de consulta		
Tabuladores Diarios de Actividades		
Registro de Atención Odontológicas		

Formulario para notificación de Enfermedades		
Formulario Reporte Epidemiológico Semanal		
Formulario para solicitud de pruebas de laboratorio para enfermedades de vigilancia epidemiológica		
Registro de Mortalidad de Alcaldías y comunitarias		
Formulario de Nacido Vivo (nuevo a implementarse en 2012)		
Hoja de Familiograma y evolución familiar		sin Ecos N/A
Fichero de seguimiento a la dispensarización		sin Ecos N/A
Hoja de referencia e interconsulta		
Hoja de retorno y respuesta a la interconsulta		
Hoja de referencia y retorno del promotor de salud		
Hoja de Expediente clínico individual		
Hojas de atención por etapa del ciclo de vida		

### ANEXO 3: CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DEL NUEVO MODELO

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DEL NUEVO MODELO	SI	NO
Análisis de la situación de salud integral (ASSI)		
Familia, crisis familiares, evolución familiar y familiograma		
Dispensarización y seguimiento a la dispensarización		
Ficha familiar		

### ANEXO 4: PERSONAL DE LA UCSF

PERSONAL	UCSF Básica	UCSF Intermedia	UCSF Especializada
Médico			
Enfermera			
Auxiliar de Enfermería			
Promotores de salud, según población			
Polivalente			
Médico Director			
Ginecoobstetra			
Pediatra			
Internista/Médico de Familia			
Fisioterapeuta			
Educador para la salud			
Nutricionista			
Psicólogo			
Laboratorista			
Estadístico			
Odontólogo			
Inspector de saneamiento ambiental			
Motorista			
Encargado de archivo			
Encargado de farmacia			
Ordenanza			

Cuestionario Satisfacción de la Usuaría(o) ANEXO 5

<b>Fecha:</b>										<b>Hora:</b>										
<b>Región y SIBASI:</b>																				
<b>Establecimiento de Salud:</b>																				
<b>Director/Responsable:</b>																				
<b>Instrucciones generales:</b> De acuerdo a su nivel de satisfacción, por favor señale con una equis (X) dentro del cuadro correspondiente, el valor que usted considera que tiene la atención que le fue brindada por este establecimiento de salud. Su información nos permitirá mejorar nuestros servicios.																				
¿En que area recibió la atención?:																				
<b>QUE OPINA ACERCA DE LOS ASPECTOS SIGUIENTES:</b>										<b>Insatisfecho</b>					<b>Satisfecho</b>					<b>Observacion</b>
<b>Usuarios</b>										1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. La atención que recibí en el establecimiento																				
2. Horario de atención.																				
3. Limpieza e higiene																				
4. Trato que ofrece el personal de salud (especificar la causa en caso de insatisfacción)																				
5. Tiempo de permanencia en el establecimiento de salud. (especificar la causa en caso de insatisfacción)																				
6. Tiempo dedicado a usted durante la consulta o atención.																				
7. Información recibida sobre dudas o problemas que consultó.																				
8. Le entregaron los medicamentos indicados																				
9. Según el tipo de consulta (preventiva o morbilidad) hacer preguntas relacionadas a prevención y reconocimiento de signos de peligro para comprobar acciones de promoción de salud realizadas.																				
Le han informado sobre: conjunto de prestaciones, horarios de atención y rutas de visitas.																				
<b>OTROS ASPECTOS</b>										<b>SI</b>					<b>NO</b>					
1. ¿Ha presentado usted alguna queja o reclamo de manera verbal o escrita en este establecimiento de salud?																				

ANEXO 6																				Ministerio de Salud			
REVISIÓN DE EXPEDIENTES																				EL SALVADOR			
REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE ATENCIÓN INFANTIL, UCSF																							
No.	NOMBRE DEL MÉDICO / ENFERMERA	NÚMERO DE EXPEDIENTE	LLENADO DE HOJA DE TAMIZAJE PARA INDAGAR VIOLENCIA		LLENADO CORRECTO DE HOJA DE ATENCIÓN INTEGRAL		DIAGNÓSTICO ADECUADO		TRATAMIENTO ADECUADO		ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTUALIZADO DE ACUERDO A EDAD		LLENADO CORRECTO DE:				LLENADO CORRECTO DE LA ESCALA SIMPLIFICADA DE DESARROLLO		FECHA PRÓXIMA CITA DE 24 HORAS O CONTROL INFANTIL		FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1																							
2																							
REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE ATENCIÓN A LA EMBARAZADA, UCSF																							
No.	NOMBRE DEL MÉDICO / ENFERMERA	Nº Expediente	LLENADO DE HOJA DE TAMIZAJE PARA INDAGAR VIOLENCIA		LLENADO CORRECTO DE:		Prescripción adecuada de micronutrientes	Reporte de exámenes de laboratorio	Registro de Vacunación con DT	Registro de consulta odontológica	Cumplimiento de guía clínica	Fecha próxima Cita	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO										
			SI	NO	Llenado completo y correcto de Hojas clínicas (Formularios)	Curva de incremento de altura uterina y ganancia de peso							SI	NO	SI	NO							
1																							
REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE ATENCIÓN A LA PUERPERA, UCSF																							
No.	NOMBRE DEL MÉDICO / ENFERMERA	Nº Expediente	LLENADO DE HOJA DE TAMIZAJE PARA INDAGAR VIOLENCIA		LLENADO CORRECTO DE:		Examen clínico completo incluyendo ginecológico	Reporte de exámenes de laboratorio	Prescripción micronutrientes Fe y Ac. Fólico por 3 meses Vit. A #1	Consejería	Cumplimiento de lineamientos	Fecha próxima Cita	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO										
			SI	NO	Llenado completo y correcto de Hojas clínicas perinatal(HCP)	Investigo signos y síntomas de alarma							SI	NO	SI	NO							
1																							
REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE ATENCIÓN AL ADOLESCENTE, UCSF																							
No.	NOMBRE DEL MÉDICO / ENFERMERA	NÚMERO DE EXPEDIENTE	LLENADO DE HOJA DE TAMIZAJE PARA INDAGAR VIOLENCIA		LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLÍNICA PRINCIPAL		DIAGNÓSTICO INTEGRAL ADECUADO		TRATAMIENTO JUSTIFICADO		CONSEJERÍA DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO		LLENADO CORRECTO DE:		FICHA ODONTOLÓGICA	FECHA PRÓXIMA CITA DE CONTROL	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO						
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			SI	NO	SI	NO			
1																							
2																							
REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE ATENCIÓN AL ADULTO (HOMBRE - MUJER), UCSF																							
No.	NOMBRE DEL MÉDICO / ENFERMERA	NÚMERO DE EXPEDIENTE	LLENADO DE HOJA DE TAMIZAJE PARA INDAGAR VIOLENCIA		Hoja de Expediente clínico individual		HOJA DE CONSULTA SUBSECUENTE		DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO ADECUADO		TALLA		CALCULO ADECUADO DE IMC		DT		FECHA DE PRÓXIMO CONTROL EN ECNT		SE DIÓ REFERENCIA POR PROBLEMA DE SSR		FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1																							
2																							
REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR (HOMBRE - MUJER), UCSF																							
No.	NOMBRE DEL MÉDICO / ENFERMERA	NÚMERO DE EXPEDIENTE	LLENADO DE HOJA DE TAMIZAJE PARA INDAGAR VIOLENCIA		Hoja de Expediente clínico individual		LLENADO CORRECTO DE FICHA DE ATENCIÓN INTEGRAL		DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO ADECUADO		ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTUALIZADO (DT Y ANTIINFLUENZA)		REALIZACIÓN ADECUADA DE EVALUACIONES:				CONSEJERÍA SEGÚN DIAGNÓSTICO	FECHA PRÓXIMA CITA DE CONTROL	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO				
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	ESTADO NUTRICIONAL (IMC)	TEST DE TAMIZAJE	SI	NO			SI	NO			
1																							
2																							
REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR, UCSF																							
No.	INICIALES DEL MÉDICO O ENFERMERA	NÚMERO DE EXPEDIENTE	LLENADO DE HOJA DE TAMIZAJE PARA INDAGAR VIOLENCIA		LLENADO CORRECTO DE FORMULARIO DE CONSULTA DE INSCRIPCIÓN O SUBSECUENTE		CONSEJERÍA DOCUMENTADA		TAMIZAJE DE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD		REGISTRO DE TOMA DE PAP Y/O RESULTADOS		MÉTODO INDICADO DE ACUERDO A CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD		TIPO DE CONSULTA EN CASO DE SUBSECUENTE		FECHA DE PRÓXIMA VISITA O CONTROL		FIRMA Y SELLO DE MÉDICO O ENFERMERA				
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1																							

DIRECCIÓN DE APOYO DE LA GESTION Y PROGRAMACION SANITARIA Instrumento de Observación directa de la atención Infantil (ANEXO 7)						
<b>Fecha:</b>						
<b>Monitores:</b>						
Médico	Especialista	Medico Gral.	Enfermera	SI	NO	Observaciones
1. El personal de salud llama en forma amable y por su nombre a la madre del niño - niña para pasar al consultorio						
2. El personal de salud se lava las manos antes de examinar el niño-niña						
Llena completa y correctamente la Hoja de atención correspondiente a la edad: Verifica signos de peligro Tiene tos o dificultad para respirar Tiene el niño diarrea Tiene el niño problema de oído Tiene el niño problema de garganta Evalúa la alimentación de acuerdo a la edad Tiene problemas en la boca Verifica anemia Verifica si presenta malnutrición Verifica tendencia de crecimiento Presenta algún problema en el desarrollo Verifica si le administraron micronutrientes-antiparasitario Verifica esquema de vacunación Realiza Clasificación según AIEPI Diagnostico Clínico Tratamiento Evalúa el riesgo social Fecha de próxima cita Fecha de próximo control						
4.Llena correctamente la gráfica de crecimiento según la edad del niño-niña y verifica la tendencia del crecimiento en la hoja de atención						
5. Realiza la técnica correcta y anota en la gráfica de perímetro cefálico (hasta los dos años)						
6. Llena correctamente la escala simplificada del desarrollo según la edad del niño-niña y da consejería a la madre sobre estimulación temprana ( niños - niñas menores de 5 años )						
7. Llena correctamente el carné infantil (gráfica de crecimiento, vacunas, micro nutrientes )						
8. Se identifican, se atienden y se da el seguimiento respectivo a niños y niñas afectados por violencia según Norma y Lineamientos Técnicos establecidos						
9- El personal de salud realiza examen físico completo o dirigido al niño - niña						
10. Realiza educación en salud durante la consulta de acuerdo a la impresión diagnóstica y deja evidencia escrita en el expediente, entrega hojas recordatorias a la madre						
11. Refieren al niño - niña a control con el Odontólogo						

DIRECCIÓN DE APOYO DE LA GESTION Y PROGRAMACION SANITARIA Instrumento de Observación directa de la atención de los y las adolescentes (ANEXO 8)						
<b>Fecha:</b>						
<b>Monitores:</b>						
Médico	Especialista	Medico Gral.	Enfermera	SI	NO	Observaciones
1. El Personal de salud brinda trato digno: saluda, habla con respeto, genera ambiente de confianza, es empático, le llama por su nombre						
2. Utiliza la historia clínica de adolescentes en la atención de adolescentes en el servicio de salud.						
3. Utilizan tablas estandarizadas para evaluar el estado nutricional de adolescentes (IMC)						
4. Utilizan los estadios de Tanner para la determinación de la madurez sexual, cuando corresponde						
5. Aplica la guía de atención de los principales problemas de salud de adolescentes, según diagnósticos establecidos						
6. Se identifican, se atienden y se da el seguimiento respectivo a adolescentes afectados por violencia según Norma y Lineamientos Técnicos establecidos						
7. Realiza consejería según el problema de salud identificado y la registra en el expediente clínico.						
8. Actualiza carne de adolescentes según sexo						

DIRECCIÓN DE APOYO DE LA GESTION Y PROGRAMACION SANITARIA Instrumento de Observación directa de la atención PRENATAL (ANEXO 9)						
Fecha:						
Monitores:						
Médico	Especialista	Medico Gral.	Enfermera	SI	NO	Observaciones
1. Establece un ambiente cálido, abierto y de confianza con la embarazada.						
2. Realiza toma correcta de tensión arterial a la embarazada (sentada)						
3. Llena correcta y en forma completa la hoja Clínica Perinatal: ● Datos generales: Nombre, domicilio, teléfono, fecha de nacimiento, edad, estudio entre otros ● Antecedentes Familiares, personales y obstétricos. ● Datos relacionados con la gestación actual (Medidas antropométricas, estimación de edad gestacional, perfil prenatal y registro de consultas prenatales, entre otras)						
4. Indaga e identifica en signos y/o síntomas que evidencien la presencia o no de patologías durante el embarazo y las consigna en la HCP						
5. Se identifican, se atienden y se da el seguimiento respectivo a embarazadas afectadas por violencia según Norma y Lineamientos Técnicos establecidos						
6. Al practicar el examen físico: ● Se coloca al lado derecho de la paciente. ● Le cubre el pubis a la paciente con una sábana ● Realiza correctamente maniobras de Leopold si corresponde						
7. Realiza una valoración física completa de la embarazada, durante la inscripción o controles subsecuentes, según Guía y explica el procedimiento a realizar						
8. Permite la opinión de la embarazada a lo largo de la atención que se le brinda.						
9. Brinda educación y/o consejería específica según el caso						
10. Hace las anotaciones respectivas.						
11. Da cita consensuando con la usuaria						

DIRECCIÓN DE APOYO DE LA GESTION Y PROGRAMACION SANITARIA Instrumento de Observación directa de la atención del adulto(a) y adulto mayor ( hombre - mujer ) (ANEXO 10)						
Fecha:						
Monitores:						
Médico	Especialista	Medico Gral.	Enfermera	SI	NO	Observaciones
1. Brinda trato digno: saluda, habla con respeto, genera ambiente de confianza, es empático, le llama por su nombre						
2. Trata de obtener la información adecuada sobre el motivo de consulta						
3. Investiga los antecedentes de salud y factores de riesgo						
4. Realiza toma de tensión arterial y pulso arterial sentado y de pie						
5. Realiza examen físico orientado y por sistemas						
6. Realiza evaluación nutricional (IMC)						
8. Realiza evaluación geriátrica aplicando los Test de Tamizaje según motivo de consulta (adultos mayores)						
9. Realiza educación en salud durante la consulta de acuerdo a la impresión diagnóstica y deja evidencia escrita en el expediente						
10. Programa fecha de control subsecuente cuando es necesario						
11. Registra correctamente la información en la hoja de consulta subsecuente: anota signos vitales, descripción de la causa de consulta, antecedentes personales y familiares, resultados del examen físico, impresión diagnóstica e indicaciones de exámenes de laboratorio congruentes con los hallazgos clínicos.						
12. Prescribe medicamentos según diagnóstico						
13. Proporciona consejería según la condición de salud del usuario(a)						
14. Se identifican, se atienden y se da el seguimiento respectivo a adultos y personas adultas mayores afectadas por violencia según Norma y Lineamientos Técnicos establecidos						

<b>DIRECCIÓN DE APOYO DE LA GESTION Y PROGRAMACION SANITARIA</b>					
<b>Instrumento de Observación directa de la calidad de atención de enfermería (ANEXO 11)</b>					
<b>Fecha:</b>					
<b>Monitores:</b>					
			SI	NO	OBSERVACIÓN
<b>PESO</b>					
1. Se lava manos					
2. Saluda, identifica al usuario sobre el procedimiento a realizar.					
3- Se asegura de la funcionalidad de la báscula y de su estado de limpieza					
4. Se cerciora que la usuaria haya orinado previamente y que no porte objeto que alteren el peso ( se retira calzado)					
5- Realiza procedimiento de peso de acuerdo a técnica					
6- Registra datos y se informa a la usuaria del resultado.					
<b>TALLA</b>					
1. Se lava manos					
2. Saluda, identifica al usuario sobre el procedimiento a realizar.					
3. Se cerciora del estado del tallmetro					
4. Coloca al usuario de espalda al tallmetro					
5. Se cerciora que la usuaria no tenga peinados altos					
6. Realiza procedimiento de acuerdo a técnica					
7- Realiza lectura en forma correcta					
8- Registra e informa a la usuaria sobre el resultado					
<b>APLICACIÓN DE INYECTABLES</b>					
1. Se lava las manos					
2. Verifica la existencia de medicamentos					
3. Prepara equipo a utilizar					
4. Identifica al usuario según tarjeta o receta.					
5. Informa a la usuaria sobre el procedimiento a realizar					
6. Verifica dosis, fármaco, hora y vía de administración, y aplicación de medicamentos.					
7. Registrar medicación					
8. Descartar el material utilizado en recipientes según lineamientos establecidos.					
<b>CURACIONES</b>					
1. Se lava manos, según procedimiento					
2. Utiliza pinza de transferencia según procedimiento					
3. Vierte las soluciones a utilizar aplicando el proceso correspondiente					
4. Utiliza recipiente con agua jabonosa para el material utilizado					
5. Utiliza las medidas de barrera según lo normado					
6. Orienta a la/el usuario/a sobre el procedimiento a realizar					
7. Utiliza medidas para mantener la individualidad de la persona					
8. Realiza curación según procedimientos establecido					
9. Coloca material contaminado en bolsa roja y material común en bolsa negra					
10. Coloca vasijas en material correspondiente					
11. Realiza anotaciones en formato correspondiente					
<b>TEMPERATURA</b>					
1. Se lava las manos					
2. Saluda e identifica al usuario, explica lo que hará					
3. Realiza técnica de toma de temperatura según procedimiento establecido					
4. Aplica medidas para bajar la temperatura en los usuarios febriles					
5. Registra la temperatura en la hoja de atención respectiva					
<b>VALORACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL</b>					
1. Se lava las manos					
2. Prepara equipo y asegura su funcionamiento					
3. Identifica a los usuarios/as, orienta sobre el procedimiento a realizar					
4. Toma en cuenta las condiciones que pueden alterar la tensión arterial					
5. Toma la tensión arterial en posición sentada o en decúbito lateral izquierdo (embarazadas)					
6. Realiza técnica de acuerdo a procedimiento					
7. Registra datos en expediente clínico					
8. Deja equipo ordenado					



ANEXO 12 MARCO REGULATORIO EN FARMACIA		
	SI	NO
Listar criterios de almacenamiento de medicamentos (pendiente)		
¿El Servicio de farmacia cuenta con espacio físico exclusivo para el almacenamiento de los suministros médicos?		
* ¿Cuenta con estantería suficiente para el almacenamiento de los suministros médicos?		
* ¿Se cuenta con un mecanismo que garantice la seguridad de los suministros médicos que se encuentran en el servicio de Farmacia?		
Al momento de la inspección el área se encuentra:		
* Ordenada		
* Limpia		
* Iluminación adecuada		
* Ventilación Adecuada		
¿El Kardex se encuentra actualizado a la fecha?		
Listado oficial de medicamentos de la versión vigente		
Medicamentos entregados tienen su respectivo enviñetado sobre cómo administrarlo y se da orientación al usuario (entrevistar/observar a 3 usuarios).		

ANEXO 13 LISTADO DE INSUMOS Y MATERIALES PARA NEBULIZACIONES		
LISTADO DE INSUMOS DEL AREA DE INHALOTERAPIA		
	SI	NO
Salbutamol para nebulización		
Bromuro de ipatropio (para adultos)		
Inhalador de dosis medida (sabutamol en Spray)		
SSN y jeringas		
Espaciadores de volumen pediátricos y de adulto		
Compresores en buen estado y con adecuado mantenimiento (revisar filtros)		
Mascarillas (adultos y niños), micronebulizadores y conectores empacados en paquetes individuales.		
Hoja de parámetros normales de signos vitales (para referencia)		
Hoja recordatoria del niño cansado (estrategia COSIN)		
Flujograma de manejo de Sibilancias y Neumonías		
Materiales e insumos para limpieza y desinfección (NO utilizar DETERGENTE)		

ANEXO 14 LISTADO DE INSUMOS Y MATERIALES DE LA URO		
LISTADO DE INSUMOS Y MATERIALES DE LA URO		
	SI	NO
Recipiente con la medida exacta de un litro graduado		
Vasos y/o tasas y cucharas		
Jabón y/o rotakil		
Sales de rehidratación oral		
Póster o afiche del Plan A y B		
Hoja de valores normales de signos vitales (para referencia)		
Hojas de evaluación, clasificación y seguimiento del tratamiento de la diarrea Plan "B" de cada niño(a) en la URO (en caso de contar con pacientes en Plan "B" verificar su llenado adecuado)		
Hojas recordatorias de diarrea de la estrategia COSIN		
Hoja de riesgo social		
Tensiómetros pediátrico y tensiómetro de adulto (el mismo que se utiliza en los consultorios)		
Termómetros		
Estetoscopio (el mismo que se utiliza en los consultorios)		
Descartables para infusión		
SSN o Lactato de Ringer de 250, 500, 1000cc		
Catéter o venocat 18, 20, 24, 25		
Algodón, alcohol, liga, jabon yodado, materiales e insumos para desinfección		

**ANEXO 15  
CURACIONES**

<b>CURACIONES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1 carro o mesa de curación		
Equipo de curación individual (2 pinzas, 2 escudillas)		
Guantes de diferentes tamaños		
Un porta pinza con su respectiva pinza.		
Un recipiente con torundas de uso individual		
Un recipiente con curaciones de uso individual		
Un recipiente con hisopos de uso individual		
Un paquete con tijera de uso individual		
Otro material: venda de gasa, vendas elástica, esparadrapo		
Soluciones: (jabón yodado, agua estéril o solución salina)		
Recipiente con bolsa negra para desechos comunes		
Recipiente con bolsa roja para desechos bioinfecciosos		
<b>INYECCIONES</b>		
Carro o bandeja conteniendo: - Jeringas de 2, 3 y 5 ml. - Un recipiente con torundas secas de uso individual - Frasco con alcohol al 70%		
Recipiente con bolsa negra para desechos comunes		
Recipiente con bolsa roja para desechos bioinfecciosos		
<b>VACUNACIÓN</b>		
Carro o bandeja conteniendo: - Jeringas de tuberculina y de 1 ml. - Un recipiente con torundas secas de uso individual		
Equipo para atención de choque anafiláctico (adrenalina, clorfeniramina, agua destilada, jeringa de 1 y 10 ml)		
Frasco con agua estéril		
1 Tijera		
Termo conteniendo: - Pingüinos - Biológicos		
Recipiente para desechos peligrosos corto-punzantes y frascos vacíos de biológicos		
Recipiente con bolsa negra para desechos comunes		
Recipiente con bolsa roja para desechos bioinfecciosos		
<b>CADENA DE FRIO</b>		
1. Se cuenta con refrigerador, cajas frías y termos portavacunas		
2. El refrigerador está separado de las paredes del local (15-20 cms)		
3. Se registra diariamente la temperatura del refrigerador en la hoja de control		
4. Se mantiene la temperatura del refrigerador entre +2oC y +8oC (verificar existencia de termómetro)		
5. Verifica que la puerta del refrigerador esté debidamente cerrada		
6. Cuenta con el control de la disponibilidad de vacunas		
7. Esta determinada la cantidad de biológicos y jeringas para la población que se atiende		
8. Se mantiene la existencia de paquetes fríos congelados		
9. Se cuenta con el grafico de coberturas de vacunación		

ANEXO 16

LISTADO DE MEDICAMENTOS

DISPONEN EN FARMACIA/ALMACEN (INCLUYE ÁREA DE ATENCIÓN)		CPM		EXISTENCIA		SI	NO	Total
		Niñez	Otros	Niñez	Otros			
<b>ANTIBIOTICOS</b>								
1	Amoxicilina							
2	Claritromicina							
3	Trimetroprim + Sulfametoxazole							
<b>MICRONUTRIENTES</b>								
4	Vitamina "A", 25,000 y 50,000							
5	Vitamina "A", 200,000							
6	Zinc 10mg/5ml Fco. 120 ml con dosificador graduado .							
7	Hierro Sulfato 125 mg/ml Fco 60 ml con gotero dosificador							
8	Hierro Sulfato Y Ac. Fólico							
9	Complejo B							
<b>ANTICONCEPTIVOS</b>								
10	Microgynon							
11	Depoprovera							
12	Norigynon							
13	Condomes							
14	DIU							
<b>OTROS</b>								
15	Clotrimazole vaginal							
16	Estrogenos vaginales							
17	Enalapril maleato tableta 20 mg							
18	Propranolol 40 - 10 mg tab.							
19	Furosemida 40 mg tab							
20	Insulina Cristalina Isofana100 UI/mL							
21	Hidroclorotiazida							
22	Glibenclamida 5mg tab.							
23	Acetaminofén							
24	Metronidazol.							
25	Salbutamol ( sulfato) en aerosol Fco.							
26	SRO Polvo para solución oral Sobre 27.9 g							

## **Anexo 2: Cuestionario Complementario**

CUESTIONARIO ES ANONIMO POR LO QUE SOLICITAMOS SU SINCERIDAD AL LLENADO DE LA MISMA.

LEA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. MARQUE CON UNA EQUIS (X), O COMPLETE SEGÚN CORRESPONDA

### **I. DATOS GENERALES**

- 1) Edad: \_\_\_\_\_
- 2) Condición Laboral: Permanente \_\_\_\_\_ Servicio Social \_\_\_\_\_
- 3) Tiempo de laborar en un ECOSF \_\_\_\_\_ meses
- 4) Tiempo de laborar en el MINSAL \_\_\_\_\_ años

### **II. COMPETENCIAS PERSONALES Y PARTICIPATIVAS**

- 1) ¿Conoce usted sus responsabilidades como coordinador(a) de ECOSF?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Mencione las principales 5:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

- 2) ¿Conoce usted los roles y responsabilidades de los miembros(as) de su ECOSF?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Mencione 5 responsabilidades principales de cada una de las disciplinas:

Enfermera:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Auxiliar de Enfermería:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Promotor(a) de Salud:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Polivalente:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

3) ¿Cuenta con el apoyo de la comunidad para el desarrollo de las actividades del ECOSF?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Mencione 3 ejemplos de las actividades desarrolladas en los últimos 3 meses con el apoyo de la comunidad

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### **Anexo 3: Guía de Revisión Documental**

**Objetivo:** Obtener información documental que contribuyan a sustentar el desarrollo de la tesis Competencias de Atención Primaria en Salud del Médico(A) Coordinador del Equipo Comunitario de Salud Familiar en Torno a la Implementación de La Reforma De Salud en la Región de Salud Metropolitana. Septiembre 2013 A Marzo 2014.

**Tipos de documentos a revisar:**

- Documentos técnico-jurídicos vigentes del MINSAL (Políticas, Leyes, Reglamentos, Normas, guías, lineamientos, etc.) y relacionados.
- Documentos de Monitoreo y Evaluaciones
- Planes de Gobierno e institucionales

**Datos Relevantes a revisar:**

- Organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud
- Avances en la implementación de la Reforma de Salud
- Caracterización sociodemográfica de la Región de Salud Metropolitana

#### **Guía de Revisión Documental**

Institución: \_\_\_\_\_

Nombre del Documento: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento: \_\_\_\_\_

Fecha de Revisión: \_\_\_\_\_

Información Relevante del Documento

--

## Anexo 4: Consolidado competencias Técnicas

COMPETENCIAS TÉCNICAS			SIBASI CENTRO											11	
			ECOSF												
No	Criterio a supervisar	Vale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Promedio	%
<b>I. I GENERALIDADES</b>															
6	Funcionamiento del sistema de	3	0.0	0.0	2.0	2.0	0.0	0.0	0.0	3.0	2.0	1.0	0.0	0.91	30%
SUB CONSOLIDADO		Num	0.0	0.0	2.0	2.0	0.0	0.0	0.0	3.0	2.0	1.0	0.0	10.00	30%
		Den	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	33.00	
		%	0%	0%	67%	67%	0%	0%	0%	100%	67%	33%	0%	30%	
<b>I. III APLICACIÓN DE LA NORMATIVA</b>															
11	Aplicación de normativa vigente para la atención de la población en el ciclo de vida	Real	17.0	18.5	14.0	14.0	4.0	0.0	0.0	12.0	3.5	10.0	2.0	95.00	57%
		20	20.0	20.0	20.0	16.0	12.0	8.0	8.0	18.0	18.0	20.0	8.0	168.00	
12	El personal de salud de la UCSF aplica las Guías de atención y procedimientos	Real	8.0	10.0	7.0	8.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.00	97%
		10	8.0	10.0	8.0	8.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	34.00	
13	Aplicación de la normativa para la atención a la población afectada por violencia en el ciclo de vida	2	2.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.80	40%
15	Sala situacional y mapa sanitario de acuerdo	3	2.0	2.0	1.0	1.0	3.0	1.0	0.0	2.0	2.0	2.0	0.0	1.45	48%
16	La farmacia de la UCSF aplica correctamente	4	4.0	4.0	3.0	4.0	4.0	3.0	2.0	3.0	3.0	4.0	1.0	3.18	80%
17	Registro diario de consulta	1	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.64	64%
SUB CONSOLIDADO		Real	34.0	35.5	26.0	28.0	14.0	4.0	2.0	18.0	8.5	17.0	3.0	190.00	65%
		Den	38.0	40.0	38.0	34.0	22.0	16.0	16.0	26.0	26.0	28.0	9.0	293.00	
		%	89%	89%	68%	82%	64%	25%	13%	69%	33%	61%	33%	57%	
<b>II. MODELO DE ATENCION</b>															
26	Las Fichas familiares y los ficheros de seguimiento de la dispensarización se utilizan adecuadamente, según los lineamientos de los Ecos	2	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	2.0	0.0	0.73	36%
27	La UCSF Básica cuenta con los expedientes individuales y se encuentran organizados en carpetas familiares	1	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.45	45%
SUB CONSOLIDADO		Num	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	0.0	0.0	1.0	3.0	5.0	1.0	21.00	64%
		Den	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	33.00	
		%	67%	67%	67%	100%	67%	0%	0%	33%	100%	167%	33%	64%	
CONSOLIDADO TOTAL		Num	36.00	37.50	30.00	33.00	16.00	4.00	2.00	22.00	13.50	23.00	4.00	221.00	62%
		Den	44.00	46.00	44.00	40.00	28.00	22.00	22.00	32.00	32.00	34.00	15.00	359.00	
		%	82%	82%	68%	83%	57%	18%	9%	69%	42%	68%	27%	55%	

COMPETENCIAS TECNICAS			SIBASI SUR											10		
			ECOSF													
No	Criterio a supervisar	Vale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Promedio	%	
<b>I.I GENERALIDADES</b>																
6	Funcionamiento del sistema de	3	1.0	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	0.0	2.0	1.0	0.0		0.80	27%	
SUB CONSOLIDADO			Num	1.0	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	0.0	2.0	1.0	0.0	8.00	27%	
			Den	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0		30.00
			%	33%	33%	33%	0%	33%	33%	0%	67%	33%	0%			24%
<b>I.III APLICACIÓN DE LA NORMATIVA</b>																
11	Aplicación de normativa vigente para la atención de la población en el ciclo de vida	Real	5.0	5.5	0.0	9.0	2.0	11.5	2.5	10.0	12.0	13.0		70.50	38%	
		20	18.0	12.0	20.0	20.0	20.0	20.0	18.0	16.0	20.0	20.0		184.00		
12	El personal de salud de la UCSF aplica las Guías de atención y procedimientos	Real	0.0	0.0	6.0	8.0	7.0	0.0	0.0	6.0	6.0	0.0		33.00	97%	
		10	0.0	0.0	6.0	8.0	8.0	0.0	0.0	6.0	6.0	0.0		34.00		
13	Aplicación de la normativa para la atención a la población afectada por violencia en el ciclo de vida	2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.00	0.00	
15	Sala situacional y mapa sanitario de acuerdo	3	1.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	2.0	1.0	1.0	3.0		2.20	73%	
16	La farmacia de la UCSF aplica correctamente	4	2.0	1.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0		3.50	88%	
17	Registro diario de consulta	1	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	0.0		0.33	33%	
SUB CONSOLIDADO			Real	8.0	9.5	13.0	25.0	15.0	19.5	8.5	21.0	24.0	20.0	163.50	55%	
			Den	26.0	20.0	34.0	36.0	36.0	28.0	26.0	30.0	34.0	28.0			298.00
			%	31%	48%	38%	69%	42%	70%	33%	70%	71%	71%			49%
<b>II. MODELO DE ATENCION</b>																
26	Las Fichas familiares y los ficheros de seguimiento de la dispensarización se utilizan adecuadamente, según los lineamientos de los Ecos	2	0.0	0.0	2.0	0.0	1.0	2.0	0.0	0.0	0.0	2.0		0.70	35%	
27	La UCSF Básica cuenta con los expedientes individuales y se encuentran organizados en carpetas familiares	1	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0		0.90	90%	
SUB CONSOLIDADO			Num	0.0	1.0	3.0	1.0	2.0	3.0	1.0	1.0	1.0	3.0	16.00	53%	
			Den	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0			30.00
			%	0%	33%	100%	33%	67%	100%	33%	33%	33%	100%			53%
CONSOLIDADO TOTAL			Num	9.00	11.50	17.00	26.00	18.00	23.50	9.50	24.00	26.00	23.00	187.50	52%	
			Den	32.00	26.00	40.00	42.00	42.00	34.00	32.00	36.00	40.00	34.00			358.00
			%	28%	44%	43%	62%	43%	69%	30%	67%	65%	68%			52%



COMPETENCIAS TECNICAS			SIBASI ORIENTE							SIBASI NORTE						
			ECOSF													
No	Criterio a supervisar	Vale	1	2	3	4	5	Promedio	%	1	2	3	4	Promedio	%	
<b>I. I GENERALIDADES</b>																
6	Funcionamiento del sistema de	3	2	3	1	0	3	1.8	60%	1.0	1.0	3.0	0.0	1.25	42%	
SUB CONSOLIDADO		Num	2	3	1	0	3	9	60%	1.0	1.0	3.0	0.0	5	42%	
		Den	3	3	3	3	3	15		3.0	3.0	3.0	3.0	12		
		%	67%	100%	33%	0%	100%	60%		33%	33%	100%	0%	42%		
<b>I. III APLICACIÓN DE LA NORMATIVA</b>																
11	Aplicación de normativa vigente para la atención de la población en el ciclo de vida	Real	14.00	16.00	9.50	0.00	0.00	39.50	40%	13.0	12.5	6.0	12.0	43.50	54%	
		20	20.00	20.00	18.00	20.00	20.00	98.00		20.0	20.0	20.0	20.0	80.00		
12	El personal de salud de la UCSF aplica las Guías de atención y procedimientos	Real	6.00	0.00	6.00	3.00	6.00	21.00	75%	10.0	0.0	10.0	6.0	26.00	87%	
		10	6.00	0.00	6.00	6.00	10.00	28.00		10.0	0.0	10.0	10.0	30.00		
13	Aplicación de la normativa para la atención a la población afectada por violencia en el ciclo de vida	2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0%	
15	Sala situacional y mapa sanitario de acuerdo	3	1.00	3.00	2.00	0.00	2.00	1.60	53%	1.0	1.0	3.0	1.0	1.50	50%	
16	La farmacia de la UCSF aplica correctamente	4	4.00	4.00	2.00	1.00	1.00	2.40	60%	2.0	3.0	4.0	3.0	3.00	75%	
17	Registro diario de consulta	1	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	0.75	75%	1.0	1.0	1.0	1.0	1.00	100%	
SUB CONSOLIDADO		Real	26.0	24.0	19.5	5.0	9.0	83.50	51%	27.0	17.5	24.0	23.0	91.50	61%	
		Den	34.0	28.0	31.0	34.0	38.0	165.00		40.0	30.0	40.0	40.0	150.00		
		%	76%	86%	63%	15%	24%	53%		68%	58%	60%	58%	61%		
<b>II. MODELO DE ATENCION</b>																
26	Las Fichas familiares y los ficheros de seguimiento de la dispensarización se utilizan adecuadamente, según los lineamientos de los Ecos	2	1.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.60	30%	1.0	1.0	0.0	1.0	0.75	38%	
27	La UCSF Básica cuenta con los expedientes individuales y se encuentran organizados en carpetas familiares	1	0.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.60	60%	0.0	1.0	1.0	1.0	0.75	75%	
SUB CONSOLIDADO		Num	1.0	3.0	1.0	1.0	0.0	6.00	40%	1.0	2.0	1.0	2.0	6	50%	
		Den	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	15		3.0	3.0	3.0	3.0	12		
		%	33%	100%	33%	33%	0%	40%		33%	67%	33%	67%	50%		
CONSOLIDADO TOTAL		Num	29.00	30.00	21.50	6.00	12.00	98.50	51%	29.00	20.50	28.00	25.00	102.50	59%	
		Den	40.00	34.00	37.00	40.00	44.00	195.00		46.00	36.00	46.00	46.00	174.00		
		%	73%	88%	58%	15%	27%	52%		62%	57%	75%	54%	62%		

## Anexo 5: Consolidado Competencias Metodológicas

COMPETENCIAS METODOLÓGICA			SIBASI CENTRO											11		
No	Criterio a supervisar	Vale	ECOSF											Promedio	%	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11						
<b>I.I GENERALIDADES</b>																
1	Existe trabajo en equipo	2	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.45	73%	
2	Higiene general de la sede de la UCSF	2	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	2.0	0.0	1.09	55%	
3	La UCSF dispone y ejecuta un plan de educación integrado de la salud	1	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.45	45%	
7	La UCSF Básica, Intermedia y Especializada dispone y ejecuta un plan de Salud Ambiental	3	0.0	2.0	1.0	1.0	3.0	0.0	2.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.36	45%	
SUB CONSOLIDADO		Num	4.0	7.0	6.0	6.0	5.0	3.0	3.0	3.0	3.0	6.0	2.0	48.00	55%	
		Den	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0		88.00
		%	50%	88%	75%	75%	63%	38%	38%	38%	38%	75%	25%	55%		
<b>I.II MONITOREO Y SUPERVISIÓN</b>																
9	Aplicación del instrumento de monitoreo y supervisión.	3	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	0.0	0.0	2.0	0.0	2.0	0.0	1.73	58%	
SUB CONSOLIDADO		Num	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	0.0	0.0	2.0	0.0	2.0	0.0	19.00	58%	
		Den	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0		33.00
		%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	67%	0%	67%	0%	58%		
<b>I.III APLICACIÓN DE LA NORMATIVA</b>																
14	La UCSF cuenta con información visible	1	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.82	82%	
18	La UCSF mantiene coberturas esperadas en inscripciones y controles, en los diferentes programas, según metas del POA	3	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.09	3%	
SUB CONSOLIDADO		Real	1.0	2.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	10.00	23%	
		Den	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0		44.00
		%	25%	50%	0%	25%	25%	25%	0%	25%	25%	25%	25%	23%		
<b>II. MODELO DE ATENCIÓN</b>																
25	Planificación mensual de las acciones en la UCS	3	1.0	2.0	3.0	3.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	3.0	3.0	2.18	73%	
28	La UCSF Básica ha elaborado correctamente el análisis de la situación de salud integral y lo utiliza como herramienta de gestión.	3	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	3.0	2.0	0.0	1.73	58%	
SUB CONSOLIDADO		Num	3.0	4.0	5.0	4.0	4.0	3.0	4.0	3.0	5.0	5.0	3.0	43.00	65%	
		Den	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0		66.00
		%	50%	67%	83%	67%	67%	50%	67%	50%	83%	83%	50%	65%		
CONSOLIDADO TOTAL		Num	11.00	16.00	14.00	14.00	13.00	7.00	7.00	9.00	9.00	14.00	6.00	120.00	52%	
		Den	21.00	21.00	21.00	21.00	21.00	21.00	21.00	21.00	21.00	21.00	21.00	21.00		231.00
		%	52%	76%	67%	67%	62%	33%	33%	43%	43%	67%	29%	52%		

COMPETENCIAS METODOLÓGICA			SIBASI SUR											10			
No	Criterio a supervisar	Vale	ECOSF											Promedio	%		
<b>I.I GENERALIDADES</b>																	
1	Existe trabajo en equipo	2	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	0.0	1.0		1.70	85%		
2	Higiene general de la sede de la UCSF	2	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0		1.70	85%		
3	La UCSF dispone y ejecuta un plan de educación integrado de la salud	1	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0		0.80	80%		
7	La UCSF Básica, Intermedia y Especializada dispone y ejecuta un plan de Salud Ambiental	3	2.0	1.0	3.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0		1.90	63%		
SUB CONSOLIDADO			Num	7.0	5.0	7.0	5.0	5.0	7.0	6.0	7.0	6.0	6.0	61.00	76%		
			Den	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	80.00			
			%	88%	63%	88%	63%	63%	88%	75%	88%	75%	75%				
<b>I.II MONITOREO Y SUPERVISIÓN</b>																	
9	Aplicación del instrumento de monitoreo y supervisión.	3	3.0	0.0	1.0	3.0	3.0	3.0	1.0	1.0	0.0	0.0		1.50	50%		
SUB CONSOLIDADO			Num	3.0	0.0	1.0	3.0	3.0	3.0	1.0	1.0	0.0	0.0	15.00	50%		
			Den	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	30.00			
			%	100%	0%	33%	100%	100%	100%	33%	33%	0%	0%	50%			
<b>I.III APLICACIÓN DE LA NORMATIVA</b>																	
14	La UCSF cuenta con información visible	1	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0		1.00	100%		
18	La UCSF mantiene coberturas esperadas en inscripciones y controles, en los diferentes programas, según metas del POA	3	1.0	1.0	1.0	0.0	1.0	3.0	0.0	2.0	0.0	1.0		1.00	33%		
SUB CONSOLIDADO			Real	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	4.0	1.0	3.0	1.0	2.0	20.00	50%		
			Den	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	40.00			
			%	50%	50%	50%	25%	50%	100%	25%	75%	25%	50%	50%			
<b>II. MODELO DE ATENCIÓN</b>																	
25	Planificación mensual de las acciones en la UCS	3	1.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	3.0		2.50	83%		
28	La UCSF Básica ha elaborado correctamente el análisis de la situación de salud integral y lo utiliza como herramienta de gestión.	3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	3.0	0.0	2.0	0.0		0.70	23%		
SUB CONSOLIDADO			Num	1.0	2.0	3.0	3.0	3.0	5.0	6.0	3.0	3.0	3.0	32.00	53%		
			Den	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	60.00			
			%	17%	33%	50%	50%	50%	83%	100%	50%	50%	50%	53%			
CONSOLIDADO TOTAL			Num	13.00	9.00	13.00	12.00	13.00	19.00	14.00	14.00	10.00	11.00	128.00	61%		
			Den	21.00	21.00	21.00	21.00	21.00	21.00	21.00	21.00	21.00	21.00	21.00		210.00	
			%	62%	43%	62%	57%	62%	90%	67%	67%	48%	52%	61%			

COMPETENCIAS METODOLÓGICA			SIBASI ORIENTE						5	SIBASI NORTE					4	
No	Criterio a supervisar	Vale	1	2	3	4	5	Promedio	%	ECOSF					Promedio	%
<b>I.I GENERALIDADES</b>																
1	Existe trabajo en equipo	2	2	2	1	2	0	1.4	70%	1.0	1.0	2.0	1.0	1.25	63%	
2	Higiene general de la sede de la UCSF	2	2	2	2	2	2	2	100%	2.0	2.0	2.0	2.0	2	100%	
3	La UCSF dispone y ejecuta un plan de educación integrado de la salud	1	1	1	0	0	0	0.4	40%	1.0	1.0	0.0	0.0	0.5	50%	
7	La UCSF Básica, Intermedia y Especializada dispone y ejecuta un plan de Salud Ambiental	3	3	3	3	1	0	2.5	83%	1.0	2.0	2.0	1.0	1.5	50%	
SUB CONSOLIDADO			Num	8.0	8.0	6.0	5.0	2.0	29	78%	5.0	6.0	6.0	4.0	21	66%
			Den	8.0	8.0	8.0	8.0	5.0	37		8.0	8.0	8.0	8.0	32	
			%	100%	100%	75%	63%	40%	76%		63%	75%	75%	50%	66%	
<b>I.II MONITOREO Y SUPERVISIÓN</b>																
9	Aplicación del instrumento de monitoreo y supervisión.	3	3	3	3	0	0	1.8	60%	1.0	0.0	3.0	1.0	1.25	42%	
SUB CONSOLIDADO			Num	3	3	3	0	0	9	60%	1.0	0.0	3.0	1.0	5	42%
			Den	3	3	3	3	3	15		3.0	3.0	3.0	3.0	12	
			%	100%	100%	100%	0%	0%	60%		33%	0%	100%	33%	42%	
<b>I.III APLICACIÓN DE LA NORMATIVA</b>																
14	La UCSF cuenta con información visible	1	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	0.80	80%	0.0	0.0	1.0	0.0	0.25	25%	
18	La UCSF mantiene coberturas esperadas en inscripciones y controles, en los diferentes programas, según metas del POA	3	0.00	3.00	0.00	0.00	0.00	0.60	20%	1.0	1.0	3.0	1.0	1.5	50%	
SUB CONSOLIDADO			Real	1.00	4.00	0.00	1.00	1.00	7.00	35%	1.0	1.0	4.0	1.0	7.00	44%
			Den	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	20.00		4.0	4.0	4.0	4.0	16.00	
			%	25%	100%	0%	25%	25%	35%		25%	25%	100%	25%	44%	
<b>II. MODELO DE ATENCION</b>																
25	Planificación mensual de las acciones en la UCS	3	1.00	3.00	3.00	0.00	0.00	1.40	47%	2.0	2.0	3.0	2.0	2.25	75%	
28	La UCSF Básica ha elaborado correctamente el análisis de la situación de salud integral y lo utiliza como herramienta de gestión.	3	3.00	3.00	0.00	3.00	3.00	2.40	80%	1.0	1.0	3.0	1.0	1.50	50%	
SUB CONSOLIDADO			Num	4.00	6.00	3.00	3.00	3.00	19	63%	3.0	3.0	6.0	3.0	15.00	63%
			Den	6	6	6	6	6	30		6.0	6.0	6.0	6.0	24.00	
			%	67%	100%	50%	50%	50%	63%		50%	50%	100%	50%	63%	
CONSOLIDADO TOTAL			Num	16.00	21.00	12.00	9.00	6.00	64.00	63%	10.00	10.00	19.00	9.00	48.00	57%
			Den	21.00	21.00	21.00	21.00	18.00	102.00		21.00	21.00	21.00	21.00	84.00	
			%	76%	100%	57%	43%	33%	62%		48%	48%	90%	43%	57%	

## Anexo 6: Consolidado Competencias Participativas-Personales

COMPETENCIAS PARTICIPATIVAS-PERSONALES			SIBASI CENTRO											11			
			ECOSF														
No	Criterio a supervisar	Vale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Promedio	%		
<b>I.I GENERALIDADES</b>																	
5	La UCSF realiza coordinacion intersectorial para el traslado de usuarios en casos de emergencia y otras situaciones	2	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	0.0	1.0	2.0	2.0	2.0	0.0	1.55	77%		
8	Grado de satisfacción de los usuarios de la UCSF con la atención recibida (Verificar anexo 5 y anexo 19)	10	10.0	10.0	10.0	5.0	7.0	0.0	10.0	10.0	10.0	10.0	0.0	9.11	91%		
SUB CONSOLIDADO			Num	12.0	12.0	12.0	7.0	9.0	0.0	11.0	12.0	12.0	12.0	0.0	99.00	88%	
			Den	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	2.0	12.0	12.0	12.0	12.0	2.0	112.00		
			%	100%	100%	100%	58%	75%	0%	92%	100%	100%	100%	0%	75%		
<b>II. MODELO DE ATENCION</b>																	
29	Existe participación comunitaria en la planificación, ejecución y evaluación de actividades de salud realizadas en las comunidades urbanas y rurales.	2	1.0	1.0	0.0	2.0	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	2.0	0.0	0.91	45%		
30	Existen comites de salud y estan funcionando.	2	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	0.0	1.27	64%		
31	La UCSF realiza asamblea comunal, cada 6 meses.	2	1.0	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.82	41%		
SUB CONSOLIDADO			Num	3.0	4.0	2.0	4.0	4.0	3.0	2.0	4.0	3.0	4.0	0.0	33.00	50%	
			Den	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0		66.00
			%	50%	67%	33%	67%	67%	50%	33%	67%	50%	67%	0%	50%		
CONSOLIDADO TOTAL			Num	15.0	16.0	14.0	11.0	13.0	3.0	13.0	16.0	15.0	16.0	0.0	132.0	74%	
			Den	18.0	18.0	18.0	18.0	18.0	8.0	18.0	18.0	18.0	18.0	8.0	178.0		
			%	83%	89%	78%	61%	72%	38%	72%	89%	83%	89%	0%	69%		

COMPETENCIAS PARTICIPATIVAS-PERSONALES			SIBASI SUR											10		
			ECOSF													
No	Criterio a supervisar	Vale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Promedio	%	
<b>I.I GENERALIDADES</b>																
5	La UCSF realiza coordinacion intersectorial para el traslado de usuarios en casos de emergencia y otras situaciones	2	0.0	2.0	2.0	2.0	0.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0		1.50	75%	
8	Grado de satisfacción de los usuarios de la UCSF con la atención recibida (Verificar anexo 5 y anexo 19)	10	10.0	10.0	5.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	0.0	10.0		8.50	85%	
SUB CONSOLIDADO			Num	10.0	12.0	7.0	12.0	10.0	12.0	12.0	1.0	12.0		100.00	83%	
			Den	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0		120.00		
			%	83%	100%	58%	100%	83%	100%	100%	100%	8%	100%			83%
<b>II. MODELO DE ATENCION</b>																
29	Existe participación comunitaria en la planificación, ejecución y evaluación de actividades de salud realizadas en las comunidades urbanas y rurales.	2	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	0.0	2.0	2.0		1.60	80%	
30	Existen comites de salud y estan funcionando.	2	0.0	0.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	0.0		1.40	70%	
31	La UCSF realiza asamblea comunal, cada 6 meses.	2	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0		1.90	95%	
SUB CONSOLIDADO			Num	3.0	4.0	6.0	4.0	6.0	6.0	6.0	4.0	6.0	4.0		49.00	82%
			Den	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0		60.00	
			%	50%	67%	100%	67%	100%	100%	100%	67%	100%	67%		82%	
CONSOLIDADO TOTAL			Num	13.0	16.0	13.0	16.0	16.0	18.0	18.0	16.0	7.0	16.0		149.0	83%
			Den	18.0	18.0	18.0	18.0	18.0	18.0	18.0	18.0	18.0	18.0		180.0	
			%	72%	89%	72%	89%	89%	100%	100%	89%	39%	89%		83%	

COMPETENCIAS PARTICIPATIVAS-PERSONALES			SIBASI ORIENTE							5	SIBASI NORTE				4
No	Criterio a supervisar	Vale	1	2	3	4	5	Promedio	%	ECOSF				Promedio	%
<b>I. GENERALIDADES</b>															
5	La UCSF realiza coordinacion intersectorial para el traslado de usuarios en casos de emergencia y otras situaciones	2	2	2	2	2	2	2	100%	2.0	1.0	2.0	1.0	1.5	75%
8	Grado de satisfacción de los usuarios de la UCSF con la atención recibida (Verificar anexo 5 y anexo 19)	10	10	10	10	5	10	9	90%	10.0	10.0	10.0	10.0	10	100%
SUB CONSOLIDADO		Num	12	12	12	7	12	55	92%	12.0	11.0	12.0	11.0	46.0	96%
		Den	12	12	12	12	12	60		12.0	12.0	12.0	12.0	48.0	
		%	100%	100%	100%	58%	100%	92%		100%	92%	100%	92%	96%	
<b>II. MODELO DE ATENCION</b>															
29	Existe participación comunitaria en la planificación, ejecución y evaluación de actividades de salud realizadas en las comunidades urbanas y rurales.	2	2.00	2.00	2.00	0.00	0.00	1.2	60%	0.0	0.0	2.0	0.0	0.5	25%
30	Existen comites de salud y estan funcionando.	2	1.00	2.00	2.00	0.00	2.00	1.4	70%	1.0	1.0	1.0	1.0	1	50%
31	La UCSF realiza asamblea comunal, cada 6 meses.	2	2.00	2.00	2.00	0.00	2.00	1.6	80%	1.0	1.0	2.0	0.0	1	50%
SUB CONSOLIDADO		Num	5	6	6	0	4	21	70%	2.0	2.0	5.0	1.0	10.0	42%
		Den	6	6	6	6	6	30		6.0	6.0	6.0	6.0	24.0	
		%	83%	100%	100%	0%	67%	70%		33%	33%	83%	17%	42%	
CONSOLIDADO TOTAL		Num	17.0	18.0	18.0	7.0	16.0	76.0	84%	14.00	13.00	17.00	12.00	56.00	78%
		Den	18.0	18.0	18.0	18.0	18.0	90.0		18.00	18.00	18.00	18.00	72.00	
		%	94%	100%	100%	39%	89%	84%		78%	72%	94%	67%	78%	