



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**



**“CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, PRESTADOS POR
LOS EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR DEL MUNICIPIO DE
APASTEPEQUE, DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE, JULIO A DICIEMBRE DE 2015.”**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR:

Licda. Nora Eloísa Barahona de Pénate

Licda. Mónica Lissette Mejía Najarro

ASESORA:

Licda. MSP. Celestina López López

San Salvador, El Salvador, febrero de 2016

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Licenciado Luis Argueta Antillón
RECTOR INTERINO UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Doctora Maritza Mercedes Bonilla Dimas
DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Licenciada Msp Reina Araceli Padilla Mendoza
COORDINADORA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

JURADO CALIFICADOR

Licenciada Msp Reina Araceli Padilla Mendoza
Licenciada Msp. Hilda Cecilia Méndez de García
Licenciada Msp. Celestina López Lopez

DEDICATORIA

A Dios Creador y gestor de la existencia de seres maravillosos como nuestros padres, ejemplos de vida.

A mi Esposo por su apoyo y confianza sin condiciones a lo largo de este proceso hoy culminado.

A mi Hijo Rodolfo Esteban e hija Marcela Eloísa por ser fuente de luz en mi vida y colmarme de amor, dicha y felicidad.

Melida Estefanía por su apoyo y contribución en el tiempo.

A mis hermanos, amigas, amigos, nuevas generaciones, constructores de un mejor mañana.

Licda. Nora Eloísa Barahona de Péñate

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO:

Por haberme guiado e iluminado en todo el proceso, por la sabiduría, entendimiento y paciencia para salir adelante en la realización y culminación de este sueño.

A MI FAMILIA:

Infinitamente gracias por el apoyo en confiar en mí y por cada una de sus oraciones para mi vida y desarrollo profesional, que Dios los bendiga y derrame bendiciones siempre.

A MI COMPAÑERO DE VIDA:

Carlos Alberto Gómez, gracias amor por acompañarme en la culminación de esta meta, gracias por toda la paciencia, por brindarme tu apoyo y ayuda incondicional, tu sabes que eres parte fundamental de este logro, porque me has dado y me das fuerzas en los momentos más difíciles; siempre me impulsaste a creer en mí, te amo y pido a Dios compartir toda mi vida contigo.

A NUESTRA ASESORA:

Un especial agradecimiento a Msp. Licenciada Celeste López de Masis por habernos brindado su guía y su conducción, por la paciencia, dedicación y esmero entregado en este proceso, infinitas gracias y bendiciones.

Licda. Mónica Lissette Mejía Najarro

RESUMEN

La investigación tiene por título calidad de la atención de los servicios de salud prestados, por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015; su propósito fue analizar la calidad técnica, calidez y aceptación en la atención, el estudio fue de tipo: descriptivo, de corte, transversal, sin realizar un seguimiento posterior. La población en estudio correspondió según al área geográfica de influencia asignada a los siete ECOSF, de estos seis de área rural y uno del área urbana, con una población total de 13,580 habitantes; habiendo tomado una muestra de 378 habitantes de dichas áreas. La técnica que fue utilizada en esta investigación fue la entrevista estructurada, la cual se aplicó a través de una guía de entrevista con formato cerrado a la población antes mencionada.

Los resultados muestran que la población investigada consideran que los servicios prestados por los Equipos Comunitarios de Salud son buenos, término que no supera lo esperado, procesos como la dispensarización y agendamiento de citas no son bien conocidos y la población no identifica con claridad la clasificación de su atención según el riesgo a la salud. La mayor parte de la población tiene una mínima participación en procesos de salud colectiva y comunitaria, lo que conlleva a la falta de empoderamiento de la población en la Reforma de Salud.

La población expresó que valora y aprueba la existencia de los equipos de salud en las comunidades como algo necesario e importante en su comunidad, sin embargo existe descontento e inconformidad pues la forma de cómo dan el servicio no lo consideran adecuado, el rechazo a la atención, el tiempo de espera, el maltrato son razones que manifestaron y que están afectando la calidad y expectativa que se tiene de la atención que se recibe. Se puede concluir que la calidad del servicio es calificada como buena sin llegar a términos de excelencia, así como la necesidad de fortalecer el trato digno y el tiempo de espera para mejorar la satisfacción.

CONTENIDO

CAPITULO	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS.....	3
MARCO TEORICO	4
DISEÑO METODOLOGICO.....	34
RESULTADOS	40
DISCUSION	67
CONCLUSIONES.....	77
RECOMENDACIONES.....	79
BIBLIOGRAFIA.....	81
ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

En el transcurso del tiempo las instituciones de salud se han transformado continuamente debido a la naturaleza cambiante de la realidad en la salud de la población. En El Salvador dichos cambios se han visualizado con mayor énfasis desde hace cinco años, esto como resultado de la Reforma de Salud, con la misión de mejorar la equidad, la calidad y la eficiencia del sistema de salud, profundizando las funciones, los derechos y las responsabilidades de los actores teniendo claro que se debe buscar un desarrollo colectivo y participación ciudadana.

En éste contexto en el año 2010 el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL), siguiendo los lineamientos creados en la nueva política de salud, inicia lo que se denomina Reforma en Salud, con el propósito de construir un Sistema Nacional Integrado de Salud, con enfoque universal, basado en el reconocimiento de la Salud como un bien público y un derecho humano fundamental a ser garantizado por el Estado. Esto define que las instituciones prestadoras de servicios de salud establecerán un programa de auditoría contraloría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, con base en las pautas indicativas contenidas en el modelo de atención en salud, en el cual se comprenden los procesos de evaluación propia del proceso de atención de salud, mediante el cual determinará prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios, desde el punto de vista del cumplimiento de la oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, pertinencia; las cuales son características de la garantía de calidad, así como la atención al usuario, para evaluar la satisfacción con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

Por lo que a través de este estudio se investigó la Calidad de Atención de los Servicios de Salud prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015, ya que evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común, pues permitió mediante este proceso de investigación relativamente

rápido, obtener un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquirió información que beneficiara a la entidad prestadora de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos.

Es de resaltar que la calidad del servicio en salud es entendida, principalmente a partir del enfoque que hacen los usuarios de los servicios de salud, sobre el conjunto de características del mismo que logran satisfacer sus necesidades o expectativas.

La valoración de estas características es fundamental para que el usuario tome decisiones de elegir un servicio y que actué en consecuencia, así mismo se entiende la percepción como una sensación física interpretada a la luz de la experiencia; una cognición rápida, aguda e intuitiva; al tiempo que la satisfacción se considere cuando las necesidades reales o percibidas de un usuario son cubiertas o excedidas. Por tanto, la satisfacción se asume como una medida de resultado para la valoración de la calidad de la atención en salud.

El nivel de la calidad del servicio se asume como la diferencia entre el servicio percibido en función de que tan bien se desempeña el establecimiento al proveer los servicios y la expectativa del usuario sobre las determinantes de la calidad.

Por lo que se vuelve necesario investigar ¿Cuál es la calidad de la atención de los servicios de salud prestados, por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

II. OBJETIVOS

General:

Analizar la calidad de la atención de los servicios de salud prestados, por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Específicos:

1. Verificar la calidad técnica de los servicios que prestan los Equipos Comunitarios de Salud Familiar en el municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente.
2. Identificar el nivel de satisfacción relacionado con la calidez de atención que prestan los Equipos Comunitarios.
3. Determinar el nivel de aceptación por parte de la población del proceso de atención que realizan los Equipos Comunitarios.

III. MARCO TEORICO

El Ministerio de Salud (MINSAL) desde el año 2009 ha iniciado el camino de la transformación del Sistema de Salud de El Salvador, para intentar alcanzar según sus autoridades el objetivo fundamental de la Política de Salud plasmada en el documento “Construyendo la Esperanza”, que es el de garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud.¹

El proceso anunciado se inicia en el primer tramo de una nueva gestión de gobierno en donde una propuesta de izquierda llega al poder luego de 20 años de gobiernos de derecha y 70 años de dictaduras militares, esta reforma comienza con la reorganización del sistema de salud basado en la estrategia de atención primaria de salud integral. De tal forma la Organización Mundial de la Salud define la Atención

Primaria en Salud como: “La atención primaria en salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.”²

Este gran cambio se realiza progresivamente, partiendo por lo más importante, el trabajo directo con las familias y comunidades. La primera fase inició en 74 municipios, la segunda fase en 51 municipios, en los 14 departamentos del país, logrando conformar 450 Ecos Familiares y 28 Ecos Especializados para junio del 2012, siendo la meta en un primer momento al 2014 cubrir el país, proyección que ha sido afectada por la falta de presupuesto necesario, definiendo el Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, el cual para su

¹ María Isabel Rodríguez. Ministerio de Salud. Construyendo la Esperanza. “Estrategias y recomendaciones en salud 2009-2014”. San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 8

² Organización Mundial de Salud. “Atención Primara de Salud” Sitio Web , acceso 13 de marzo de 2014 ; www.who.int/topics/primary_health_care/es/

implementación requiere de la conformación y preparación de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar y los Equipos Comunitarios de Salud Familiar Especializados.³

El Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario se fundamenta en la estrategia de Atención Primaria en Salud Integral (APSI), con un abordaje completo del individuo, a lo largo de su ciclo de vida, la familia y la comunidad, así como de sus determinantes sociales, para reducir la inequidad en la gestión y prestación de servicios de salud; reconociendo las bondades de la promoción, protección y prevención de la salud, a partir de la detección temprana de condicionantes y riesgos.⁴

Articula el tratamiento de acuerdo a las necesidades y características de la persona en su entorno, lo cual exige una reorientación de los servicios de salud integrándolos en redes que potencializan sus capacidades, al conjugar la atención general y la especializada con el trabajo integrado a la comunidad y con las organizaciones de base comunitaria, para garantizar el amplio conocimiento e incidencia en la realidad de la población, el acceso oportuno a servicios de curación, control y rehabilitación, según sea necesario y pertinente para conseguir el mejoramiento del nivel de salud de la persona, familia y comunidad.

Se requiere promover desde los espacios comunitarios la riqueza y amplitud de la participación social, en forma solidaria, promoviendo el análisis y la planificación de acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes que condicionan la situación de salud de la población.

Simultáneamente, con los recursos humanos de las RIISS, se hacen esfuerzos para mejorar el clima organizacional y construir una cultura de trabajo en equipo y de

³ Ministerio de Salud, MINSAL, "Lineamientos operativos para el desarrollo de las actividades de los Ecos Familiares y Especializados", p. 8

⁴ Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. "Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados". San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 19

servicio, con alto grado de calidad y calidez, que permita el abordaje técnico a nivel comunitario, respetando profundamente las diferencias y la diversidad social, étnica, cultural, religiosa y de género.

Atributos del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.

El Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, se caracteriza por la asignación de funciones, recursos y responsabilidades en espacios geo poblacionales definidos. La fortaleza del primer nivel está fundamentada en la conformación de Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Equipos Comunitarios de Salud Familiar Especializados, quienes fungen como “puerta inteligente de entrada al sistema”, ya que despliegan acciones de manera proactiva, adelantándose a los eventos, en lugar de esperar pasivamente a que las personas demanden los servicios, pasando de la prestación de servicios por demanda a prestación de servicios a poblaciones nominales.⁵

Uno de los principales desafíos en la implementación del modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, en el marco del desarrollo de la Reforma de Salud, es garantizar el acceso universal a servicios de salud oportunos y de alta calidad, razón por la cual se impulsa la conformación de los ECOS, que se irán estableciendo a lo largo del país, en varias fases, iniciando en aquellos lugares donde más se necesitan, por no contar con servicios de salud y estar caracterizados por la extrema pobreza.

El funcionamiento en RIISS permitirá que la prestación de servicios de salud, se ubique en espacios más cercanos a la población, justo donde ocurren los problemas, potencializando su capacidad resolutoria, desarrollando procesos de integración en la

⁵ Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. “Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados”. San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 20

red de servicios, acercando incluso la atención especializada que despliega sus acciones en ámbitos extra hospitalarios.⁶

Implementación de los Ecos Familiares y Ecos Especializados.

Cada Ecos Familiar debe funcionar como un equipo de trabajo responsable de la salud del cien por ciento de su población adscrita e incorporar a su labor los principios esenciales, éticos y morales, concebidos en la Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza, estrategias y recomendaciones en salud 2009-2014”.

Para esto Los ECOSF deben conocer su realidad e identificar, junto a la comunidad y con la ayuda de los líderes formales e informales, los determinantes de la salud de su población; dispensarizar a las personas en cuatro grupos y clasificar sus familias según riesgos, para la planificación de actividades continuas y de esta forma garantizar el buen estado de salud de su población asignada.

Los ECOSF deben planificar consultas y realizar visitas a cada una de las viviendas dentro del área de responsabilidad. El médico y la enfermera comunitaria del Ecos Familiar deben brindar atención de consulta en la UCSF Básica, alrededor de tres días por semana y dos días dedicarlos a la visita de terreno a la familia, en la totalidad del horario de su jornada laboral.

La actividad de consulta en la UCSF Básica tiene como objetivo poder realizar una evaluación integral a la persona con las condiciones necesarias de privacidad, iluminación, ventilación y utilización adecuada del método clínico necesarias para su correcta valoración, ya sea en inscripciones, controles subsecuentes o por morbilidad. Se dará consulta domiciliar únicamente a aquellas personas que por discapacidad y ciertos problemas de movilización no puedan consultar en la sede.

⁶ Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. “Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados”. San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 21

La actividad de visita de terreno domiciliario tiene como objetivo realizar una valoración integral de la persona, la familia y su entorno, así como las condiciones del medio ambiente, la vivienda, relaciones interpersonales y la funcionabilidad familiar en cual se desarrollan sus integrantes y puede llevarse a cabo en dos sentidos:

Visita integral a la familia.

Ayuda a identificar riesgos y realizar intervenciones en el colectivo familiar, establecer alianzas y compromisos buscando modificar de ésta forma riesgos sociales, ambientales y crisis familiares. La visita a la familia debe registrarse en la hoja de evolución familiar.

Visita individual.

Se registrarán en una hoja que se añadirá al expediente clínico individual al finalizar la jornada y se programarán según las condiciones siguientes: Para realizar acciones de promoción y educación para la salud, así como medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria, a las personas de acuerdo a la planificación de terreno que le corresponde según grupo dispensarial y se le dará seguimiento a los programas preventivos que no hayan asistido a su control programado con principal énfasis en embarazadas y niños menores de 5 años.

El Ecos Familiar debe lograr identificar la dinámica de los determinantes sociales de la salud, a través de diferentes fuentes como entrevistas, fichas familiares, Diagnóstico Comunitario Participativo y otras fuentes, de tal manera de facilitar el proceso de incidencia de la comunidad organizada y plasmarlo en el Análisis de la Situación de Salud Integral, para contribuir a mejorar las condiciones de vida a nivel local con abordaje intersectorial.⁷

⁷ Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. "Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados". San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 31

Características del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.

Universalidad en la atención.

Población territorio a cargo y responsabilidad. Centrado en la sociedad, comunidad, familia y persona. Con énfasis en los determinantes sociales y enfoque democrático participativo que se expresa en los Consejos Locales de Salud y el Foro Nacional de Salud.

Funcionamiento en redes integrales e integradas.

Con una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, con mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicio. Normativas y Lineamientos clínicos y de gestión. Perfil y funciones adaptadas a la realidad local. Capacitación e investigación en toda la red.

Programación transversal integrada.

Planificación y adecuación de lineamientos centrales a la realidad local. Acciones intersectoriales para el abordaje de los problemas locales, con evaluación de resultado, los cuales determinan la oferta de servicios del sistema.

Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado.

Preferentemente en ambientes extra hospitalarios. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamientos oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional.⁸

Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS).

Están conformadas por todas aquellas instituciones prestadoras de servicios de salud del MINSAL y aquellas organizaciones del sector público de salud que se vayan incorporando gradualmente y que desarrollan su trabajo en una población definida, que rinden cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la

⁸ Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. "Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados". San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 21

población, con la cual trabajan articuladamente para incidir en los determinantes de la salud. Su finalidad es garantizar el acceso de la población a servicios de salud, permanentes, oportunos y eficaces, mediante la distribución equitativa y uso eficiente de los recursos con participación comunitaria, intersectorialidad e integración de todos sus elementos.

Estructura y Organización de las RIISS en el Ministerio de Salud.

En su estructura organizativa el Ministerio de Salud está conformado actualmente por tres niveles: superior, regional y local, representado por los SIBASI. La provisión de los servicios de salud de las RIISS del Ministerio de Salud se organiza a partir de la categorización y agrupación de los mismos, en tres niveles de diferente complejidad:

Primer Nivel de Atención.

Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares), Equipos Comunitarios de Salud Especializados (Ecos Especializados), Centros Rurales de Nutrición y Salud (C.R.N.S), Casas de Espera Materna y Casas de Salud, como integrantes de las Unidades Comunitarias en Salud Familiar (UCSF) básicas, intermedias y especializadas.

Segundo Nivel de Atención.

Hospitales de jurisdicción Municipal (Hospital Básico) y Hospitales Departamentales.

Tercer Nivel.

Hospitales Regionales y Hospitales Especializados.⁹

Las RIISS del Ministerio de Salud se conforman a partir de la integración progresiva de los establecimientos de salud existentes, con estructuras y organizaciones nuevas que se interrelacionan en redes de forma flexible de la siguiente manera:

⁹ Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. "Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados". San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 22

Micro red Municipal: Está conformada por las UCSF Básicas, Intermedias, Casas de Espera Materna, Centros Rurales de Nutrición y Salud, casas de salud y Hospital básico de segundo nivel, en caso de contar con éstos, así como la sede del promotor de salud, dentro del área de un municipio.

La Micro red Intermunicipal: Está conformada por las UCSF Básicas, Intermedias y Especializadas, y Hospitales municipales, Casas de Espera Materna, Centros Rurales de Nutrición y Salud, casas de salud en caso de contar con éstos, así como la sede del promotor de salud.

Cabeza de Microred: Se define a la Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedia o especializada de mayor capacidad instalada, resolutivez y accesibilidad a todos los establecimientos que la integran; siendo ésta la que coordinará al conjunto de Unidad Comunitaria de Salud Familiar de su Microred y es representada por el director de dicha Unidad Comunitaria de Salud Familiar. En caso de haber más de una UCSF en el municipio, la coordinación se asigna a la de mayor complejidad.

La Red departamental: Está conformada por las Micro redes y los hospitales de segundo nivel o tercer nivel comprendidos en el área geográfica del departamento según accesibilidad de la población a los servicios de salud.

La Red Regional: Está conformada por las Redes departamentales de su área de responsabilidad, y los Hospitales de tercer nivel de atención, Regionales o Nacionales, según el caso.

La Red Nacional: Es conducida por el Viceministerio de Servicios de Salud, y lo conformarán las Direcciones del Viceministerio de Servicios de Salud, en coordinación con el resto de Direcciones y dependencias del MINSAL.¹⁰

¹⁰ Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. "Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados". San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 23

Pasos para la implementación de la Reforma de Salud según el Ministerio de Salud (MINSAL).

Inmersión comunitaria

Por inserción o intervención comunitaria entenderemos aquellos procesos intencionados de cambio, que mediante mecanismos participativos tendientes al desarrollo de recursos de la población, al desarrollo de organizaciones comunitarias, a la modificación de las representaciones de los roles en la sociedad y sobre el valor de sus propias acciones para ser activo en la modificación de las condiciones que las marginan y excluyen. Es un acercamiento a las condiciones socioeconómicas en que conviven las personas de una comunidad.¹¹

La inserción comunitaria busca la intervención de un ente externo o ajeno a la comunidad con el fin de solventar una necesidad o problema que aqueja o afecta a la misma. Pero hoy día, gracias a los cambios de paradigmas se busca que sea la propia comunidad quien resuelva sus problemas y necesidades a través de la organización comunitaria teniendo como herramienta las instituciones o entes del estado, ya sea de carácter nacional, regional y/o local.

Por otro lado, el trabajador social comunitario puede utilizar la inserción comunitaria en el que solo se interviene una comunidad o la intervención colectiva en la que se intervienen varias comunidades al mismo tiempo de un determinado espacio geográfico, por ejemplo un municipio, para organizar a las comunidades o para formarlas de modo que las mismas puedan solventar sus necesidades, demandas, problemas y exigencias en beneficio de la comunidad y de la colectividad, de tratarse de una intervención masiva como lo es la colectiva. Lo cierto es que los paradigmas están cambiando constantemente, por ende el trabajador social comunitario se ve obligado hoy día a cambiar su forma de actuar y rediseñar sus estrategias de trabajo, de forma tal que pueda aportar sus conocimientos para fortalecer tanto la

¹¹ Ministerio de Salud (MINSAL), "Manual de organización y funcionamiento de las RIIS" San Salvador, 2011.p.6

participación ciudadana activa y protagónica como la organización comunitaria, logrando una espléndida simbiosis en beneficio de ambas partes.

Sectorización.

Delimitación de un ámbito de intervención sanitaria, teniendo en cuenta características sociodemográficas y sanitarias, entre los trabajadores de Salud y actores sociales responsable de acciones focalizadas en el trabajo extramural. Para una vigilancia más efectiva de los grupos de riesgo a nivel de las comunidades, en base a criterios de equidad, territorialidad, población, accesibilidad, recursos, etc. Se representa gráficamente en un Croquis, asignando colores a cada sector, e incluyendo la información básica de acuerdo a la leyenda estandarizada. Esto conlleva al ordenamiento de las Historias Familiares y Libro de Atención Integral los cuales están numerados y ubicados en el sector al que corresponden, según número de Historia Familiar y sector.

Sectorización en contexto de Equipos Comunitarios Familiares.

La sectorización es un proceso y a su vez una estrategia, cuyo objetivo es la reorganización estructural de toda el área de responsabilidad asignada a los Ecos Familiares y Ecos Especializados, con el propósito de facilitar la atención primaria de salud definida en el Modelo de atención, debe tener una visión integral del área de responsabilidad, así mismo un enfoque de riesgo, de promoción de salud y prevención de enfermedad.¹²

Dispensarización.

Antecedentes históricos del proceso de Dispensarización.

La dispensarización fue concebida originalmente en la antigua Unión Soviética como "un método progresista que comprendía un conjunto de medidas asistenciales y de salud para proteger y fortalecer la salud y la capacidad de trabajo de la población".

¹² Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. "Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados". San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 32

Era un procedimiento llevado a cabo por las instituciones ambulatorias (policlínicas) o dispensarios, de donde se derivó su actual denominación.

En este modelo de atención se concebía brindar la atención dispensarizada mediante la realización de exámenes integrales a diferentes grupos poblacionales, entre los que estaban incluidos los niños, las embarazadas, los jóvenes en edad del servicio militar, los deportistas, los trabajadores vinculados a determinadas profesiones u oficios de riesgo, los veteranos de la Segunda Guerra Mundial, entre otros. Además incluían en el control a los pacientes enfermos portadores de determinadas afecciones crónicas (cardiovasculares, pulmonares, neurológicas, gastrointestinales, etc.) que requerían una atención sistemática.¹³

Conceptualización y consideraciones teóricas.

Se concibe la dispensarización como un proceso coordinado y gerenciado por el Equipo Comunitario de Salud Familiar. Es la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello. Como se aprecia, esta definición lleva implícitos varios atributos esenciales que la caracterizan. Es un registro, aplica una evaluación, realiza intervenciones y supone un seguimiento de los individuos dispensarizados:

Evaluación, porque contempla un examen integral de cada persona independientemente de su estado de salud y aborda al individuo biológica, psicológica y socialmente, lo que posibilita clasificarlo en diferentes categorías dispensariales, según se verán más adelante.

¹³ El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas Sectoriales. Dirección de Regulación. Viceministerio de Servicios de Salud, Dirección del Primer Nivel de Atención "Lineamientos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS FAMILIARES" 1a. Edición. San Salvador. El Salvador, C.A.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/Lineamientos_ecos.pdf

Intervención, porque este proceso prevé la orientación de medidas al individuo para promover salud, evitar daños, tratando de modificar positivamente o eliminar, cualquier condición que pueda favorecer la enfermedad. A su vez contempla la aplicación de procedimientos y acciones educativas o terapéuticas en las cuales puede estar o no presente la prescripción de medicamentos. Seguimiento, porque se trata de un proceso continuo, donde se producen ajustes sistemáticos de la atención y las intervenciones, en dependencia de las variaciones en el estado de salud/enfermedad individual y la respuesta a las medidas previamente aplicadas.

El propósito de la dispensarización es, en definitiva, contribuir a mejorar el estado de salud individual y consecuentemente el de la población. En este proceso se identifican los riesgos y daños a la salud de cada persona, mediante procedimientos básicos de observación, exploración física e instrumental, interpretación y análisis de los resultados. Al mismo tiempo favorece la planificación de las acciones y los recursos para la atención a las necesidades del individuo, e influye en su educación, capacidad de autoevaluación y cuidado de su estado de salud o enfermedad.

Para considerar que una persona está dispensarizada se deben haber cumplido los requisitos siguientes.

- Tener reflejados en la historia de salud familiar e individual, sus datos sociodemográficos y los inherentes a su estado de salud.
- Que se le haya practicado una evaluación integral por el ECO Familiar y como consecuencia esté clasificado atendiendo a los grupos de Dispensarización establecidos.

Características o principios de la Dispensarización.

La Dispensarización como proceso está sustentada sobre la base de los principios siguientes:

Profiláctico: Constituye un principio cardinal, porque favorece la planificación de acciones de promoción de salud, de prevención primaria, secundaria o terciaria.

Dinámico: Rasgo esencial que está determinado por la permanente susceptibilidad de cambio de enfoque de atención a los sujetos dispensarizados de acuerdo con la variabilidad en su estado de salud y la necesidad de ajustes en las medidas terapéuticas y de atención general.

Continuo: Por la necesidad de su aplicación de forma ininterrumpida desde que se evalúa y registra al individuo.

Individualizado: Porque se establece una estrategia de atención en cada individuo según sus características personales y el problema de salud, riesgo o daño que presente. La frecuencia de evaluaciones puede variar de una persona a otra e incluso dentro de un mismo sujeto, en dependencia del tipo de problema que se presente y su evolución en el tiempo.

Integral: Es también un principio básico que implica el abordaje del individuo atendiendo a sus características biológicas, psicológicas y sociales, su interacción con la familia, otros individuos y su comunidad, así como en su medio laboral o escolar.

Universal: Por el alcance global que implica abarcar la totalidad de la población atendida por el EBS, desde los recién nacidos hasta los ancianos, sin descuidar su relación con el entorno.

Atención en equipo: Se refiere a la atención que brinda el ECO familiar: Médico y Enfermera de Familia, en estrecha relación con los especialistas del Grupo Básico de Trabajo y los del nivel secundario y terciario.

Categorías dispensariales.

El proceso de evaluación de cada individuo determinará su clasificación en 4 categorías dispensariales que indican, en sentido general, el estado de su salud; así como la conducta que debe seguirse en su atención. No debe olvidarse, sin embargo, que la atención a cada paciente debe ser integral independientemente del

grupo dispensarial en el que se ha incluido. De tal forma que cada persona debe ser categorizada en algunos de los grupos siguientes:

Grupo I. Aparentemente sano: Personas que no manifiestan ninguna condición patológica o de riesgo individual y no se constatan, mediante el interrogatorio o la exploración, alteraciones que modifiquen ese criterio.

Grupo II. Con riesgo: Personas en las que se comprueba o refieren padecer de alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o a largo plazo. En este caso se refiere a hábitos tóxicos como el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo anormal de bebidas alcohólicas, el uso inadecuado de medicamentos o drogas de abuso, los riesgos sociales de adquirir enfermedades de transmisión sexual por conducta inadecuada, el intento suicida, el riesgo preconcepcional, así como también los riesgos en el medio escolar o laboral, entre otros.

Grupo III. Enfermo: Esta categoría incluye a todo individuo portador de una condición patológica, así como trastornos orgánicos o psicológicos que afecten su capacidad para desempeñarse normalmente en su vida. En este grupo se incluye cualquier entidad nosológica de evolución crónica, infecciosa o no. Entre las enfermedades de mayor importancia sobresalen las enfermedades no transmisibles de larga evolución como la HTA, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, el asma bronquial, la epilepsia, las nefropatías crónicas y muchas otras.

Grupo IV. Con deficiencia, incapacidad o secuela: Se trata de personas que padecen alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o síquicas. Es un proceso dinámico influido por múltiples variables que se pueden presentar en un sujeto como consecuencia de una enfermedad o factor externo de naturaleza diversa. En este grupo obviamente se incluyen sujetos que padecen enfermedades crónicas o agudas en las que se

presentan condiciones que provocan un grado de limitación mayor en el paciente (complicaciones y secuelas que determinan un estado de incapacidad variable).¹⁴

Abastecimiento de medicamentos e insumos.

Entrega de medicamentos a los servicios clínicos de la UCSF. (Área de rehidratación oral, nebulización, vacunación, etc.) La farmacia entrega el medicamento por medio del vale de salida, el cual debe ser autorizado por el Director de la UCSF Municipal, firmado y sellado de recibido por el responsable del servicio solicitante. Lo entregado al servicio se considera consumo, y por lo tanto se debe registrar la salida en su kardex, para actualizar su inventario el día en que hace la entrega del medicamento. Asimismo, el mismo día se registra el consumo en el tabulador de consumo de medicamentos.

Reforma de la Salud reivindicativa, democrática y con enfoque público.

Para el maestro y salubrista Ernesto Selva Sutter, la salud la podemos conceptualizar como una necesidad humana fundamental para el desarrollo y, por lo tanto, como un derecho humano fundamental; si la conceptuamos como una necesidad que solo puede realizarse relativamente mediante la satisfacción constante de otras necesidades humanas fundamentales (la subsistencia, la protección, el afecto, el entendimiento, la participación, la recreación, la creatividad, la identidad y la libertad), en interacción con acciones especializadas provenientes de y ejecutada por un sector salud reorganizado y reorientado justamente para la realización de tal necesidad, una reforma en este sentido sería ideal.¹⁵

Como aceptar tal concepto implica estar consciente de que la realización de una necesidad humana fundamental, en este caso la salud, no es un fenómeno absoluto o terminado, no hay necesidad de insistir que con tal reforma se persigue una meta cuyo logro implica esfuerzos permanentes y una relación de consolidación, deterioro

¹⁴ Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. "Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados". San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 33

¹⁵ Selva Sutter, Ernesto, "AL oído de aquellos interesados en la reforma en salud" Revista ECA No. 619-620 mayo-junio 2000 año LV p575

o cambio constante; el logro de esta meta exige esfuerzos colectivos, interdisciplinarios y que es un fenómeno contra entrópico. Tal reforma debe tener un carácter radical, socio natural, epidemiológico poblacional, interdisciplinario, que exige investigación constante como fuente de orientación y evaluación, y que tal proceso o esfuerzo de reforma debe tener como su meta ultima la realización colectiva, es decir, el bienestar colectivo.

La realización de la necesidad humana fundamental salud es motor y objetivo del desarrollo con rostro humano, quien es la razón de ser del estado, según la constitución política. Cualquier propuesta de Reforma de Salud debe ir precedida por una discusión amplia y abierta de los conceptos fundamentales de salud señalados, con enfoque de bienestar colectivo, de no ser así, se cae en lo no ético, porque el fundamento ultimo de toda reforma en salud debe ser ético.¹⁶

Una reforma de la salud es un cambio, regido por un plan con una misión: mejorar la equidad, la calidad y la eficiencia del sistema, tener claro cómo se produce el proceso de salud enfermedad. Un proyecto de esta naturaleza demanda un desarrollo colectivo, cuyo apoyo financiero no es otro que el propio desarrollo económico de la sociedad.

La meta de esta propuesta es la construcción de un servicio único, en el sentido de ser suficiente para cumplir lo que se decida que es su tarea a atender; de carácter público, financiado de manera solidaria, proactivo en contraposición al sistema reactivo. Este propósito conlleva el diseño de una estrategia, que garantice el éxito.

Un sistema con estas características exige la fusión del subsistema de seguridad social con el de los servicios públicos, o sea, la fusión del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) con el Ministerio de Salud (MINSAL), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI), Bienestar Magisterial y Sanidad Militar. El

¹⁶ Cfr. "Criterios éticos para reformar la salud" 14 ECA 451-452 editorial

nuevo servicio debe mantenerse separado de los servicios privados, con o sin fines de lucro.

El protagonismo ciudadano.

La sociedad civil se comprende como comunidad de personas con capacidad potencial o actualizada para diseñar sus proyectos de vida común y para ejecutarlos. De esta manera, preserva los intereses comunitarios por encima de los individuales. Cuando sucede lo contrario, los intereses individuales son un obstáculo para la solidaridad y la democratización. El ciudadano protagonista, con recursos a su disposición, comprometido con la construcción de la democracia y la satisfacción de sus necesidades básicas, es, sin duda, la primera condición de éxito de una reforma de la salud y, por consiguiente, es el primer eje de ésta. Él es el protagonista de la autogestión y la autosuficiencia.

El control del Poder Estatal.

Los recursos son factor decisivo para la concreción de cualquier plan. Por lo tanto, el control ejercido desde el Estado es otro de los ejes. Sobre todo cuando sus prácticas se orientan más a satisfacer intereses particulares. Aun con los defectos que se le atribuyen, el Estado continúa siendo el mejor distribuidor de la equidad. De ahí la necesidad de poner el poder estatal al servicio de la sociedad, aprovechando así los espacios ofrecidos por la democracia formal predominante y aquellos otros que se vayan conquistados sobre la marcha.

La realización integral del humano.

La razón de ser de este tercer eje es la satisfacción relativa de las necesidades fundamentales del ser humano. De aquí surge la salud como una de esas necesidades y, por eso, como un derecho fundamental. En consecuencia, la salud es un bien al cual la persona tiene derecho, pero que, en la actualidad, es un bien negado o una necesidad insatisfecha. Tiene, pues, el doble carácter de carencia y potencialidad.

Según este concepto, la salud no puede ser obtenida sólo a través de los diversos servicios ofrecidos por el “sector salud”; en o desde sus instalaciones. La salud se construye, mediante la interacción, que permite la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales e implica, entre otras cosas, la orientación del esfuerzo de la sociedad hacia su realización colectiva. La construcción de la salud exige unas relaciones internacionales, unas obras y servicios públicos, un sistema educativo, una actividad agrícola, y una defensa y una seguridad públicas, orientadas a favorecer la satisfacción de las necesidades fundamentales de la población.

Principios básicos sobre los cuales construir la salud.

Articulación: Acción por la que dos o más componentes del sector salud se mantienen unidos en la tarea de proteger o preservar, restaurar y promover la salud a través de políticas específicas, a la vez que mantienen alguna libertad de movimientos propios de su especificidad. La articulación está relacionada con la rectoría o con la gobernabilidad de otras propuestas; según las cuales gobernabilidad refiere a las alternativas que tienen o a las preferencias políticas, sociales y económicas que expresan el público y el gobierno o sus titulares en relación con el balance entre servicios, necesidades y recursos de salud del sistema.

Accesibilidad: La facilitación de la acción de la población para llegar a los servicios de salud y obtener atención en ellos, la cual, en nuestro medio, pasa por eliminar barreras geográficas, económicas, sociales, educacionales, etc. Tiende a identificarse con el ideal de que sea la necesidad la que regule la llegada y la obtención de atención en los servicios del sistema.

Calidad: La propiedad de los servicios ofrecidos que los hace ser apreciados como aquellos que intentan alcanzar y mantener en condiciones saludables a la población servida y satisfacer las expectativas de la misma. Representa la medida en que los servicios efectivamente recuperan o mejoran la salud, mediante la aplicación de la mejor estrategia de atención que la ciencia permita prescribir en determinado contexto, la cual también exige calidez.

Calidez: La propiedad de cumplir los servicios ofrecidos garantizando el trato humano a la población servida; garantizando comprensión, responsabilidad, entusiasmo, amabilidad, etc. en el proceso de atención. La sensibilidad y la simpatía están de la mano con el cumplimiento oportuno y con calidad de las atenciones ofrecidas por el sistema.

Democracia: La proclividad a favorecer el predominio de la participación de la población servida en el proceso de definición y de desempeño del sistema de salud.

Derecho a la salud: El reconocimiento de que el servicio ofertado por el sector salud debe ser cumplido para la población cubierta porque leyes físicas y sociales la facultan a exigirlo. Inclusión social e igualdad de oportunidades y derecho social son criterios de este valor y principio. La persona derecho habiente está muy relacionada con el concepto ciudadanía aplicado en otras propuestas.

Eficacia y efectividad: El logro del objetivo de servicio cumplido a la población cubierta en términos de sus efectos generalmente llamados biomédicos y sobre el proceso general de desarrollo socioeconómico.

Eficiencia: La expresión positiva de la relación entre los efectos de los servicios cumplidos a la población cubierta y los gastos correspondientes de recursos e insumos. Se refiere a la obtención de más salud por menos dinero.

Equidad: Disposición del ánimo social que mueve a cumplir la justicia natural, por oposición a la letra de la ley positiva, y a dar a cada uno lo que merece por su calidad de humano, lo que mueve a eliminar diferencias matemáticas injustas, previsibles, prevenibles y consecuentemente innecesarias, y exige, entre otras cosas, satisfacer las necesidades básicas y eliminar la pobreza estructural. Operativamente, es el grado en que los satisfactores se distribuyen de manera proporcional a las necesidades, de manera que todas las personas (derecho habiente o ciudadanos) tengan las mismas oportunidades.

Equidad significa también que los ciudadanos obtienen la atención necesaria independientemente de su estatus social o características personales tales como riqueza, edad, género, etnicidad o lugar de residencia y se preocupa por eliminar cosas tales como que algunos grupos tengan mejor acceso a la atención o mejores resultados de salud que otros. En la práctica, la equidad de los servicios propuestos debe reflejarse en que el acceso a ellos y su cumplimiento dependen únicamente de la necesidad.

Financiamiento Debido: El sistema que legalmente rige la forma de pago por los servicios que el sistema de salud ofrece a la población cubierta y que, tomando en cuenta equidad, distribución de riesgo y responsabilidades económicas, así como patrones de cobertura, el más adecuado resulta ser aquel fundamentado en impuestos progresivos. Por supuesto, el financiamiento debido es impensable sin el apoyo de la transparencia y de la rendición pública de cuentas.

Humanismo: La proclividad a considerar a la especie humana como sujeto y objetivo del sistema de salud.

Integralidad: La proclividad a considerar a la salud una necesidad humana fundamental cuya forma realizada exige la concreción de las necesidades humanas de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, recreación, creación, identidad y libertad en interacción con acciones especializadas provenientes del sector salud; y a considerarla más que un estado absoluto, un proceso de consolidación y cambio, con niveles de consolidación cada vez más ascendentes en términos de mejor nivel de salud para las poblaciones.

Interacción: Acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más elementos de la realidad, la cual es mutuamente transformadora y consecuentemente, en principio, niega principalidades.

Marco legal definido: Conjunto de normas y reglamentos que prescrito por ley y conforme a ella y a derecho permiten el fiel cumplimiento de las funciones adjudicadas al sistema de salud consensuadas socialmente. Transparencia y rendición de cuentas tienen importancia crítica para el marco legal del sistema.

Pobreza humana: Falta de capacidad humana básica expresada en términos de analfabetismo, desnutrición, breve duración de la vida, mala salud materna, carga de enfermedades susceptibles de prevención, determinantes de la falta de acceso a los bienes, los servicios y la infraestructura fundamentales: energía, saneamiento, educación, comunicaciones y agua potable.

Prestación adecuada de servicios: Cumplimiento fiel de las funciones correspondientes a cada situación prevista en cada nivel de atención, prescritas por ley para el sistema de salud.

Priorización de servicios o intervenciones: Acción de hacer explícitas las intervenciones que deberán ser cumplidas por el sistema de salud propuesto, teniendo como base tres consideraciones en orden descendente de importancia, dignidad humana libre de restricciones dictadas por características personales o por funciones sociales; necesidad/ solidaridad; costo y efectividad.

Propiedad y responsabilidad: La proclividad de los derechohabientes a comprender que como parte del sistema debe observar conductas salutogénicas y estimular el sistema a enfatizar la prevención de las enfermedades y lesiones.

Redes de complementariedad: Formas de articulación de la atención pública que permiten perfeccionar el cumplimiento de servicios consensuados socialmente. Aunque la atención privada puede ser complementaria de la atención pública, en la práctica la atención privada y el sistema privado de servicios deben estar separados administrativa, financiera y legalmente del sistema público.

Respeto al derechohabiente: El resultado esperado atribuible parcialmente a una educación de trabajadores de las ciencias de la salud, reorientada a ofertar servicios con el objetivo de mejorar el estado de salud de las poblaciones.

Solidaridad: Acción de proveer a todos los miembros del conglomerado social los servicios priorizados por consenso bajo la orientación de a cada quién según su necesidad, mientras el costo de ellos es asumido socialmente de acuerdo con el ingreso de cada ciudadano y es recolectado a través de impuestos generales progresivos.

Se corresponde con la corresponsabilidad social entendida como la responsabilidad de cuidar de los enfermos y/o desposeídos impuesta al sano y, o al más pudiente por el carácter generalmente involuntario de la pérdida de salud. Refiere a la responsabilidad colectiva de los beneficiados de la generación más dinámica con sus pares y con las generaciones que en el pasado han trabajado para hacer posible el sistema y con aquellas nuevas o por venir.

Sostenibilidad: Acción de propiciar la permanencia del sistema de salud a través de permitir su adecuado diseño y desempeño, haciendo énfasis en ceñir los gastos a los ingresos del sistema que no dependen de financiamiento externo, así como en desarrollar la cultura de autoayuda indispensable para el sostén de proyectos de responsabilidad social. Sostenibilidad también puede significar asegurar que haya suficientes recursos a largo plazo para la pronta accesibilidad al cumplimiento de calidad de los servicios requeridos ante determinada necesidad; en el entendido que recurso implica financiamiento, personal, facilidades, equipo, tecnología, investigación, datos, etc. Y que no hay “mano invisible” que provea todo esto.

Universalidad: Acción de reconocer la necesidad de cubrir a toda la población, pero a la vez reconocer que hasta el Estado tiene límites y no puede ofrecer todo para todos en términos de servicios de salud; además, es la acción de reconocer que este no puede soslayar su responsabilidad de liderar sistemas de salud; o la

responsabilidad de priorizar, regular, financiar y proveer servicios de salud. Por supuesto, la universalidad refiere a la cobertura de la población derechohabiente en iguales términos y condiciones. Esta concepción, sus porqués y sus proyecciones constituyen el “deber ser” de esta propuesta.¹⁷

Reseña histórica de calidad.

Los enfoques de la calidad han ido modificándose con el transcurso del tiempo, para los años 1920-1950 se hablaba de enfoques sobre control de la calidad, para los años 1970 se definen los términos más evolucionados de gestión de la calidad, mientras que para 2001 se define la calidad de total excelencia.

Hitos históricos de la calidad.

Para el año de 1858 Florence Nightingale mide las tasas de mortalidad de los hospitales militares en la guerra de Crimea. En el año 1912 Ernest Codman del colegio Médico Americano de Cirujanos mide y clasifica los resultados de la atención médica. En 1918 surgen los estándares mínimos a cumplir de un hospital según sus bases de la acreditación. Luego en el año 1951 se creó la Joint Commission on the Accreditation of Hospitals (Acreditación de centros hospitalarios). Finalmente en el año de 1966 Avedis Donabedian forma la estructura, proceso y resultado de la calidad.

En los años de 1960 y 1970.

Se crean comisiones clínicas, se internalizan los programas de calidad a diferencia de la década anterior: Externalizados. Además se clasifican los métodos. Surgen los temas del proceso, protocolos y auditorías de la calidad ligados a la facturación.

En los años de 1975 y 1980.

Wilianson plantea el enfoque por problemas. Definición de criterios de los que hay que evaluar en cada situación, lo que permite evaluar la 1ª y 2ª fase del ciclo de

¹⁷ El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas Sectoriales. Dirección de Regulación y Legislación Sanitaria, Viceministerio de Servicios de Salud, Dirección del Primer Nivel de Atención. Dirección Nacional de Hospitales “Manual de Organización y Funciones de las RIIS” 2da. Edición. San Salvador. El Salvador, C.A

evaluación de calidad. También se da un énfasis en la mejora más que en la medida., década de la explosión de los métodos Greenfield y Kaplan, mapa de criterios, Gonella con el estadiaje de enfermedades, Rutstein con las enfermedades y muertes evitables, análisis de perfiles, comparación entre instituciones, Kessner. "Tracers, mencionada que si se da una determinada circunstancia es que el sistema ha fallado en general, la QACV sobre mortalidad perinatal, etc.

En los años de 1980 y 1985.

Surge el cambio en el sistema de pago por GRDs. Hay estudios concurrentes: calidad en el momento y no a posteriori: monitorización y observación directa, la polémica sobre el proceso y los resultados y en Europa empieza la OMS (1983).

En los años 1985 y 1990 se da la crisis económica.

Dándose un desarrollo de métodos de resultados, liderazgo de los gestores: preocupación por la efectividad, hay un conflicto de clínicos y gestores, influencia de los programas de calidad industrial: Juran. Trilogía (planificación medida mejora), Deming habla sobre el liderazgo del gestor en la calidad que debe ser planificado y con énfasis en la prevención, hay un valor de los empleados, se analizan los procesos y hay variabilidad creándose en España la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).

En los años 1990 e inicio del siglo XXI.

Inicia una presión de los costos: calidad y eficiencia, surgen los métodos cualitativos, la emergencia en los aspectos bioéticos, usuarios, clientes y pacientes como el centro del sistema y la razón de ser de las estructuras sanitarias. El rol de los sectores lo público y privado y la seguridad del paciente.

Enfoque tradicional tayloriano.

Este enfoque nos habla de la producción de bienes, de los objetivos a cumplir en cada departamento, en donde unos lo piensan todo, hay un trabajo individual, se da mucho énfasis en los medios físicos, tiene que haber mejora mediante inversión.

Además el trabajo se mira como mercancía de compraventa, se da la confrontación, negociación, hay un enfoque de la calidad en su total excelencia. Se requiere generar satisfacción en el cliente, tienen que haber objetivos estratégicos ligados a procesos, también se menciona que todos piensan, hay un trabajo en equipo, énfasis en las personas, la mejora continua, la integración de los empleados de la empresa y finalmente la cooperación.

Dimensiones de la calidad Donabedian.

Estructura: Personal, organización, edificios, y equipamientos.

Proceso: El conjunto de procesos diagnósticos y tratamientos.

Resultados: Morbimortalidad y satisfacción.

El mejoramiento de la calidad de los servicios básicos de salud, junto con la búsqueda de equidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social en la provisión de estos servicios, han sido uno de los principios rectores de la reforma del sector de la salud desde la I Cumbre de las Américas en 1994.

La calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente y que en el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones: la primera relacionada con la calidad técnica, la cual busca que los prestadores garanticen la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la segunda relacionada con la percepción que tienen los usuarios frente a los servicios recibidos.

Se considera que la calidad debe ser un asunto prioritario en la iniciativa sobre las funciones esenciales de la salud pública, desarrollada por la OPS; dichas funciones comprenden un conjunto de medidas que el Estado tiene el deber de garantizar a toda la población, como base para mejorar la práctica de la salud pública y fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria en todos los niveles gubernamentales. Mejorar

la calidad de los servicios de salud es un proceso permanente en el que participan distintos actores.

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.

El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

Que es Calidad.

Hacer lo correcto, en forma correcta a tiempo todo el tiempo desde la primera vez mejorando siempre, innovando siempre y siempre satisfaciendo a nuestros clientes

La calidad dentro de la gestión pública constituye una cultura transformadora que impulsa a la administración pública a su mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos, así como la sostenibilidad y corresponsabilidad social.

La calidad en la gestión pública debe medirse en función de la capacidad para satisfacer oportuna y adecuadamente las necesidades y expectativas de los ciudadanos, de acuerdo a metas preestablecidas alineadas con los fines y propósitos superiores de la Administración Pública y de acuerdo a resultados cuantificables que tengan en cuenta el interés y las necesidades de la sociedad.

La calidad en la gestión pública puede y debe ser constantemente mejorada, buscando elevarla a niveles de excelencia, es decir a obtener resultados sostenibles, con tendencias crecientes de mejora, y que tales resultados se comparen favorablemente con los más destacados referentes nacionales e internacionales.

En el campo de la Salud Pública una de las definiciones de calidad es el grado en el cual los servicios de salud establecidos para las personas, la familia y la comunidad en su conjunto, garantizan un acceso oportuno, continuo, brindándose de manera ética, con eficiencia, eficacia, efectividad, equidad, seguridad, comodidad, competencia técnica, integralidad y calidez.

Donabedian señalaba: "la satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente que son asuntos en los que este es la autoridad última".

En los establecimientos de servicios de salud, el factor humano juega un papel fundamental para el otorgamiento con calidad de los servicios, al estar estrechamente relacionados con el trato personal, lo que impacta directamente el nivel de calidad con que se atiende a los usuarios.

El servicio es un conjunto de actividades que desarrolla la entidad frente a una comunidad o una persona, natural o jurídica, para satisfacer necesidades como seguridad, servicios públicos, vivienda, expedición de documentos, salud, etc. Dichas actividades se llevan a cabo a través de procedimientos previamente definidos y en los que participa activamente el ciudadano, desde el momento en que plantea la solicitud hasta la prestación concreta del servicio.

El ciudadano es visto como la persona natural que demanda bienes y servicios dentro de determinados requisitos y condiciones. El concepto de ciudadano, relacionado con la persona humana destinataria de bienes y servicios dentro de nuestro Estado Social de Derecho es asimilable a conceptos como consumidores, beneficiarios o usuarios en general, de acuerdo con normas relacionadas con calidad, eficiencia y con principios aplicables a organizaciones del sector privado y a relaciones comerciales. Al respecto, en la gestión de la calidad se cuenta con la siguiente expresión contenida en la norma de calidad para el sector público La

satisfacción del ciudadano constituye el fundamento de la gerencia del servicio, propósito que está en proceso de construcción por parte de muchas entidades. Algunas de ellas no han interiorizado de manera apropiada el significado de “ciudadano”, y de ahí que la importancia de éste en el servicio aún no sea plenamente comprendida. El buen servicio va más allá de la simple respuesta a la solicitud del ciudadano: debe satisfacer a quien lo recibe; esto supone comprender las necesidades de los usuarios, lo que a su vez exige escuchar al ciudadano e interpretar bien sus necesidades.

Según la Real Academia Española, la actitud es la “Disposición de ánimo manifestada de algún modo”, expresada mediante diferentes formas como la postura corporal, el tono de voz o los gestos. Se espera de los servidores públicos que atienden a los ciudadanos una actitud de servicio, entendida como su disposición de escuchar al otro, ponerse en su lugar y entender sus necesidades y peticiones; no se trata tanto de pensar en el ciudadano sino como el ciudadano, ser conscientes de que cada persona tiene una visión y unas necesidades diferentes, que exigen un trato personalizado.¹⁸

Es importante destacar que el Estado ha desarrollado avances en los compromisos para el desarrollo de la calidad en la gestión pública, y en el año 2003, asume el compromiso como país, en la 1ra. “XIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno” incluyó en su Declaración de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, una resolución en la que los altos mandatarios de los 21 países expresaron su compromiso para avanzar en la profesionalización de la función pública de los países de la región y respaldaron los principios y orientaciones de la “Carta Iberoamericana de la Función Pública”¹⁹

¹⁸ Hospital Universitario del Valle, HUV, “Evaristo García”, ESE Cali, Valle, Colombia 2010 Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios. ISBN

¹⁹ Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública, Plan de Acción, El Salvador 2008. Pag 4

En dicha Declaración los Mandatarios iberoamericanos expresaron: “Reiteramos nuestro empeño en el fortalecimiento institucional del Estado, en lograr administraciones públicas más eficaces y transparentes y en promover los instrumentos necesarios para una mayor participación de la sociedad civil en el proceso de toma de decisiones. Los Estados Iberoamericanos fortalecerán en sus agendas gubernamentales las políticas de reforma de la Administración Pública.”²⁰

La Carta Iberoamericana de la Calidad es un instrumento de medición que permite a los países adoptar estrategias e indicadores de calidad de los servicios en las instituciones públicas, además de fortalecer los mecanismos de participación ciudadana que actualmente en el nuevo modelo de salud también son retomados a través de los comités locales de salud y estrategias como asambleas comunitarias de salud. Según la carta Iberoamericana “los ciudadanos tienen derecho a una gestión pública de calidad, que estará reconocida por los ordenamientos jurídicos nacionales. En consecuencia, los ciudadanos podrán acceder a cualquier servicio público o prestación a que tengan derecho a recibir una atención, ágil, oportuna y adecuada”.

Hace énfasis en que la “administración Pública desarrollará mecanismos de participación ciudadana, a lo largo de todo el ciclo de las políticas públicas. En particular, a través de comités consultivos, o grupos de trabajo con ciudadanos y representantes de la sociedad, foros, encuentros, jornadas de intercambio de experiencias con otras instituciones o Administraciones Públicas y actividades similares, o las encuestas de opinión y sistemas de recogida de sugerencias de mejora y atención de reclamos”²¹

La calidad la construyen las personas “El éxito de una Administración Pública depende del conocimiento, habilidades, creatividad innovadora, motivación y

²⁰ Ibid. Pag 15

²¹ Ibid. Pag 19

compromiso de sus autoridades, directivos y demás funcionarios públicos. Valorar a los funcionarios públicos, significa que la alta dirección se comprometa con su satisfacción, desarrollo y bienestar, estableciendo además prácticas laborales de alto rendimiento y flexibilidad para obtener resultados en un clima laboral adecuado”²²

En el marco de los Derechos Humanos Sociales, Económicos y Culturales del cual es parte el Derecho a la Salud, basados en la dignidad inherente a la persona humana es decir la cualidad de las personas que las hace valiosas, respetables por solo hecho de ser persona. De la cual el Estado salvadoreño es parte de los compromisos internacionales firmados en materia de derechos humanos; y son los servidores de salud una parte importante en pro de garantizar el derecho a la salud brindando una atención con calidad y calidez para todas las personas en su dignidad humana.

“Según la Carta Iberoamericana de la Calidad, las Administraciones Públicas tienen que ser transparentes en su gestión, abiertas al escrutinio público, tolerantes a la crítica y permeables a las propuestas de mejora y de cambio provenientes de la ciudadanía”

A la vez nos menciona que una gestión pública de calidad es aquella que contempla la evaluación permanente, interna y externa, orientada a la identificación de oportunidades para la mejora continua de los procesos, servicios y prestaciones públicas centrados en el servicio al ciudadano y para resultados, proporcionando insumos para la adecuada rendición de cuentas.²³

²² Ibid. Pag 16

²³ Protocolo de Encuesta de Satisfacción para Hospitales Ministerio de Salud, 2015

IV. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

El tipo de estudio bajo los cuales se desarrolló la investigación fue descriptivo de corte transversal porque no existió relación de causa y efecto entre los fenómenos estudiados y las variables en estudio. Transversal porque el estudio de la temática se hizo en un periodo determinado que comprendió de julio a diciembre del 2015, sin realizar un seguimiento posterior. La información en el lugar donde ocurrió el fenómeno, área rural y urbana del municipio de Apastepeque en las Unidades Comunitarias básicas de Salud Familiar.

Universo

La población total estuvo conformada por 13,580 personas que corresponden a los ECOSF del Municipio de Apastepeque compuesto por siete ECOS, de estos seis rurales y uno urbano.

Muestra

La población muestral estuvo conformada por 305 personas del municipio de Apastepeque adscritas a los ECOSF; dato proveniente del Sistema de Información de la Ficha Familiar (SIFF), Web Ministerio de Salud de El Salvador calculada con la siguiente formula muestral:

Cálculo de muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para poblaciones finitas Balestrini (1999) (p.129).

$$N = \frac{4.P.Q.N}{4.Q.P + (N - 1).E^2}$$

Dónde:

n= Tamaño de la muestra.

N= Tamaño de la población

4= Estadístico que prueba al 95% de confianza

E²= Máximo error permisible (15%)

P= Probabilidad de éxito (0,5)

Q= Probabilidad de fracaso (0,5)

N=13580

En donde:

$$\frac{4 \times 0.5 \times 0.5 \times 13580}{4 \times 0.5 \times 0.5 + (13580 - 1) \times 0.15^2}$$

$$\frac{N = 13580}{1 + 13579 \times 0.15^2}$$

$$\frac{N = 13580}{13580 \times 0.0225}$$

N=305.56

Distribución de la población por los Equipos Comunitarios

EQUPOS COMUNITARIOS	POBLACION TOTAL
ECO Apastepeque	3,117
ECO Caldera	1,089
ECO Las Minas	2,684
ECO San Felipe	2,132
ECO San Jacinto	1,594
ECO San Nicolás	1,502
ECO San Pedro	1,462
Total	13,580

Fuente sistema de ficha familiar SIIF –MINSAL

Métodos Técnicas e Instrumentos

Métodos

Los métodos que se utilizaron en la presente investigación fueron: método de análisis y síntesis, lógico y estadístico

Método de Análisis y Síntesis

Este método permitió hacer un análisis de las diferentes teorías consultadas y de los datos que aportaron las unidades de análisis, lo cual se presenta en el documento final de investigación

Método Lógico

Permitió realizar la investigación en forma ordenada y secuencial desde la identificación del problema hasta la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

Método Estadístico

El método utilizado fue el porcentual el cual permitió cuantificar la información que se obtuvo por medio de los instrumentos de medición, siendo proporcionado por las unidades de análisis.

Técnicas

La técnica utilizada en la investigación fue la entrevista estructurada la cual se aplicó a la población seleccionada para la obtención de la información de las variables en estudio.

Instrumento

Para la obtención de la información se utilizó una guía de entrevista con preguntas con formato cerrado dirigidas a los usuarios que consultan con los Equipos Comunitarios de Salud del área urbana y rural. Además que hayan residido en área del ECOS familiar desde hace más de un año y que hayan consultado en dichos establecimientos.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable 1

Variables	Indicadores	Fuentes de información	Técnica	Instrumento
Calidad de los servicios	Examen físico Toma de signos vitales Tratamiento medico Orientación según enfermedad Atención oportuna Indicación de exámenes Dispensarización Participación comunitaria Intersectorialidad Expediente familiar Visita domiciliar	Usuarios que consultan en los equipos los Equipos Comunitarios de Salud Familiar en el municipio de Apastepeque	Entrevista estructurada	Guía de entrevista

Variable 2

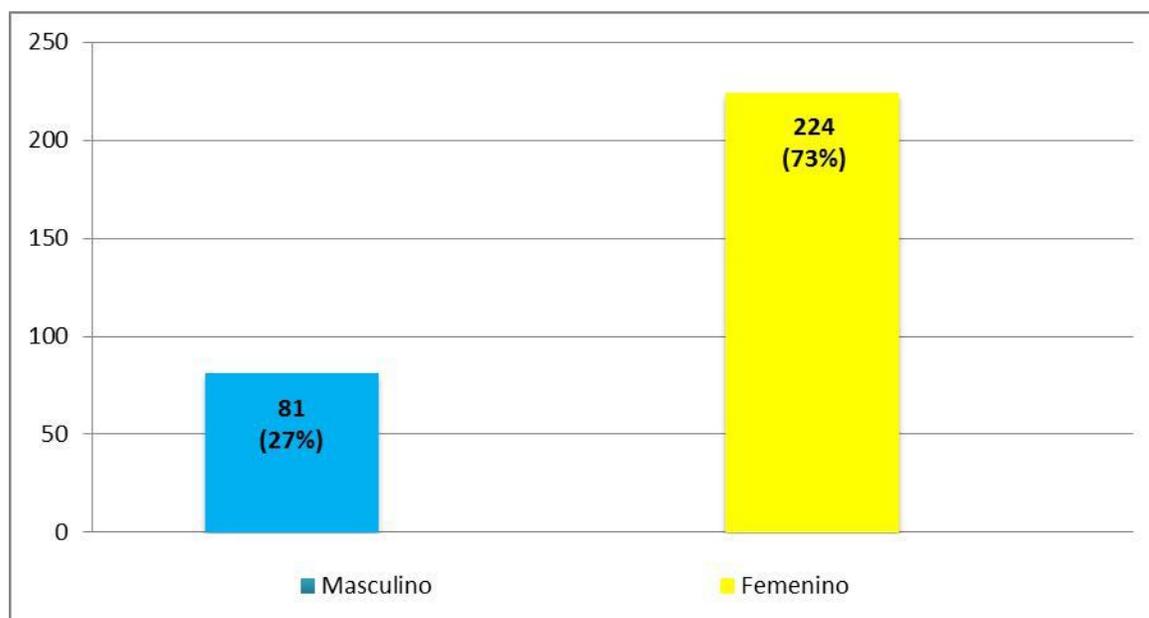
Variables	Indicadores	Fuentes de información	Técnica	Instrumento
Nivel de satisfacción	Trato digno Amabilidad Confianza Privacidad Confidencialidad Respeto Comportamiento ético Grado de satisfacción Promoción y educación en el hogar Tiempo de espera Accesibilidad	Usuarios que consultan en los equipos los Equipos Comunitarios de Salud Familiar en el municipio de Apastepeque	Entrevista estructurada	Guía de entrevista

Variable 3

Variables	Indicadores	Fuentes de información	Técnica	Instrumento
Nivel de aceptación	Aprobación de la atención nivel de aceptación de los servicios Calificación del servicio Importancia de los ECOS Capacidad de respuesta de los ECOS Aceptación de la atención	Usuarios que consultan en los equipos los Equipos Comunitarios de Salud Familiar en el municipio de Apastepeque.	Entrevista estructurada	Guía de entrevista

V. RESULTADOS

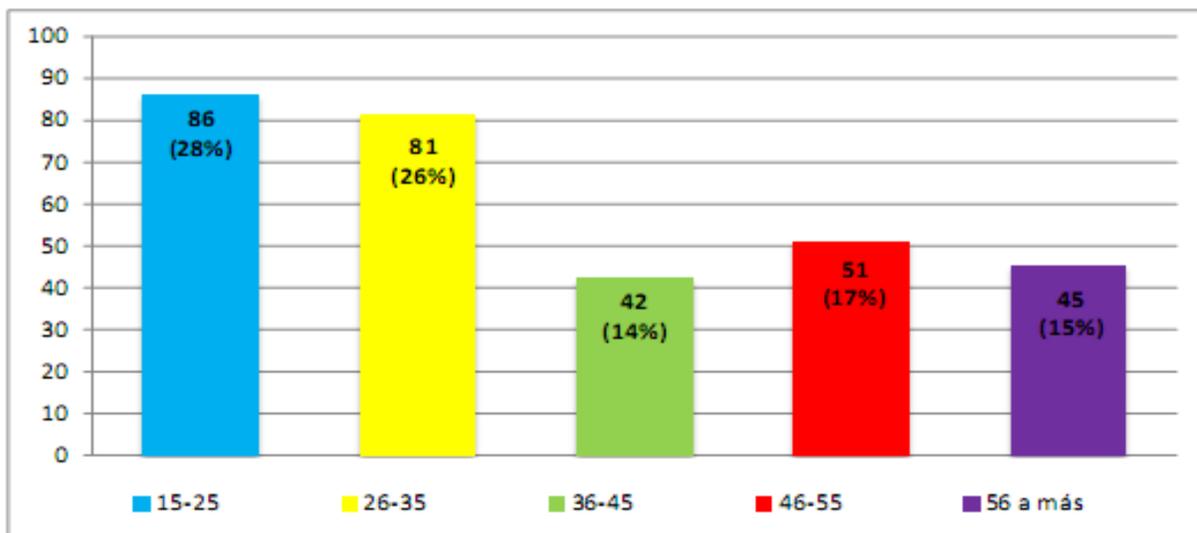
GRAFICO N° 1 Sexo de los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

En el municipio de Apastepeque donde se desarrolló el estudio se pudo constatar la participación de la población según su género en su mayoría del sexo femenino. En relación al grafico los datos muestran que el 73%, 224 personas entrevistadas son del sexo femenino y un 27% que equivale a 81 personas del sexo masculino.

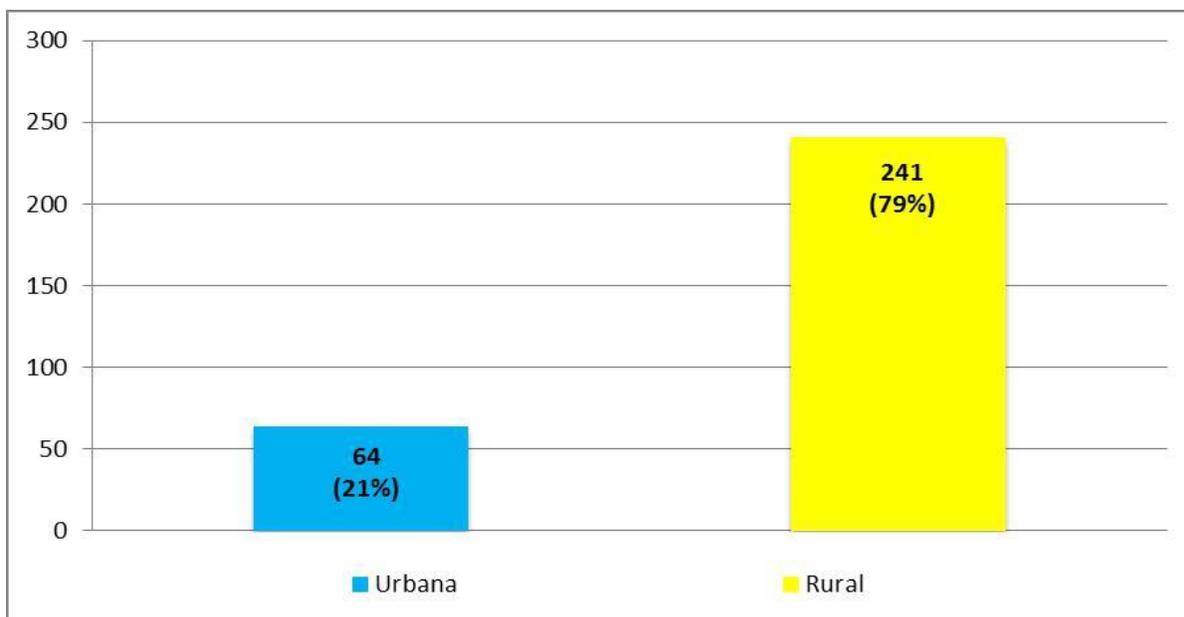
GRAFICO N° 2 Edad de los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los servicios de salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

El grafico muestra que el 28% de la población investigada que corresponden a 86 personas están entre las edades de 15 a 25 años, 26% de 26 a 35 años, un 17% que equivale a 51 investigados entre 46 a 55 años, el 15% que corresponde a 41 personas de 56 años a más y un 14% que equivalen a 42 con edad de 36 a 45 años.

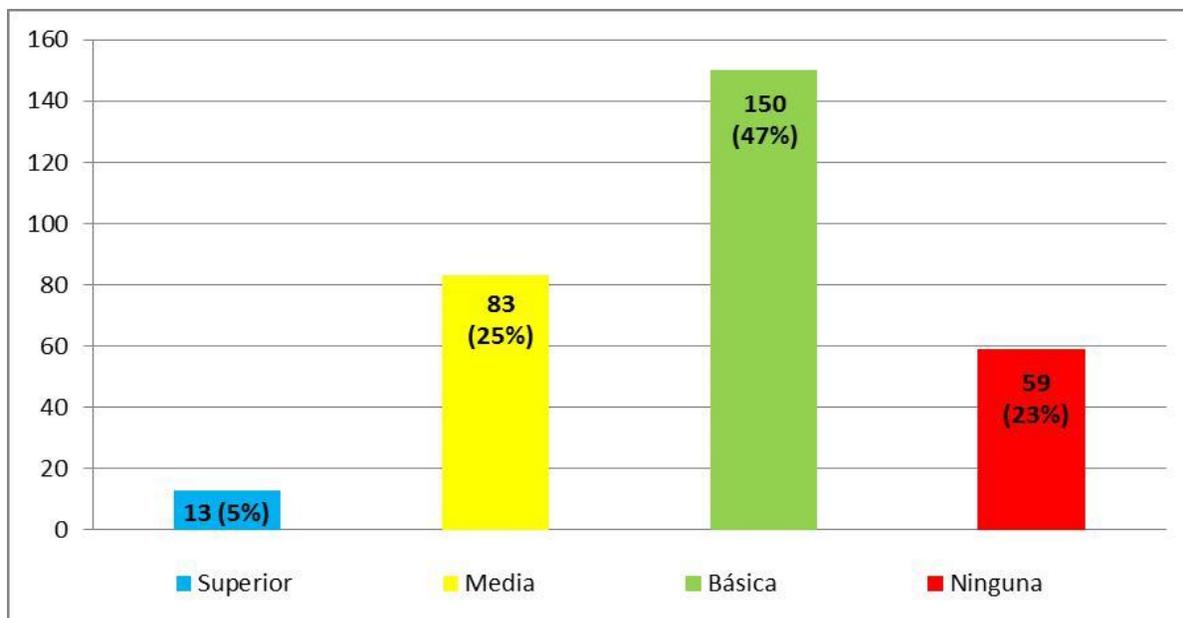
GRAFICO N° 3 Procedencia de la población de la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Según procedencia de la población investigada del Municipio de Apastepeque, hubo participación mayor los diferentes cantones de este. Del total de los entrevistados el 79% que equivale a 241 son de procedencia rural y el 21% 64 personas son del área urbana.

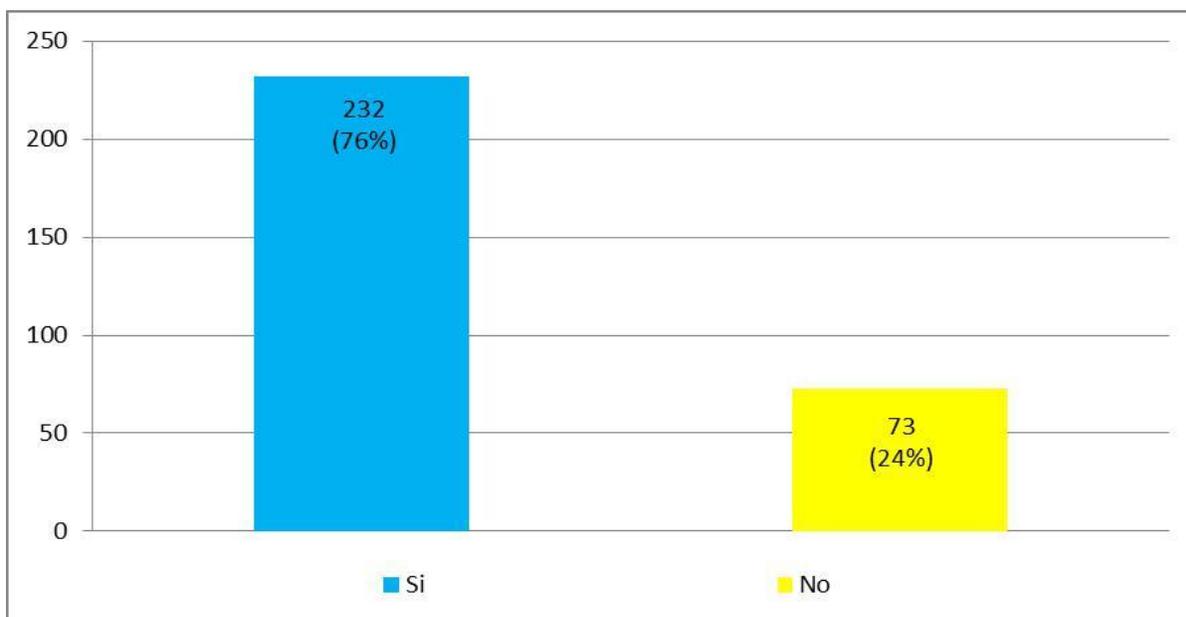
GRAFICO N° 4 Grado de estudio de los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

En nivel de estudios del grupo investigado en el Municipio de Apastepeque se pudo evidenciar que es básico. El grafico muestra que el 47% de los investigados que corresponden a 150 tienen un nivel académico básico, el 25% que equivale a 83 personas un nivel medio, el 23%; 59 entrevistados analfabetos y un 5% 13 personas nivel superior.

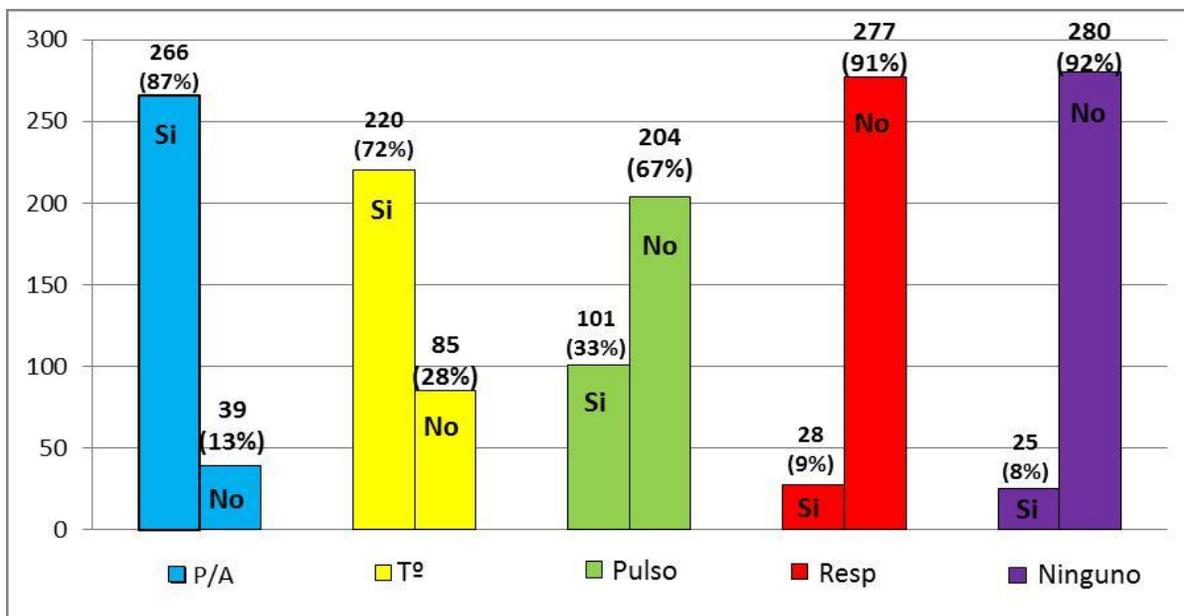
GRAFICO N° 5 Realización de examen físico por el médico del ECOS, a los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

El grafico muestra que la mayoría de entrevistados se les realiza examen físico por el medico 76% que equivale a 232 personas y en el 24% que corresponde a 73 entrevistados no se aplica este lineamiento técnico. La población estudiada relaciono que el examen físico que realizan los médicos del equipo comunitario en cierto porcentaje no lo están efectuando.

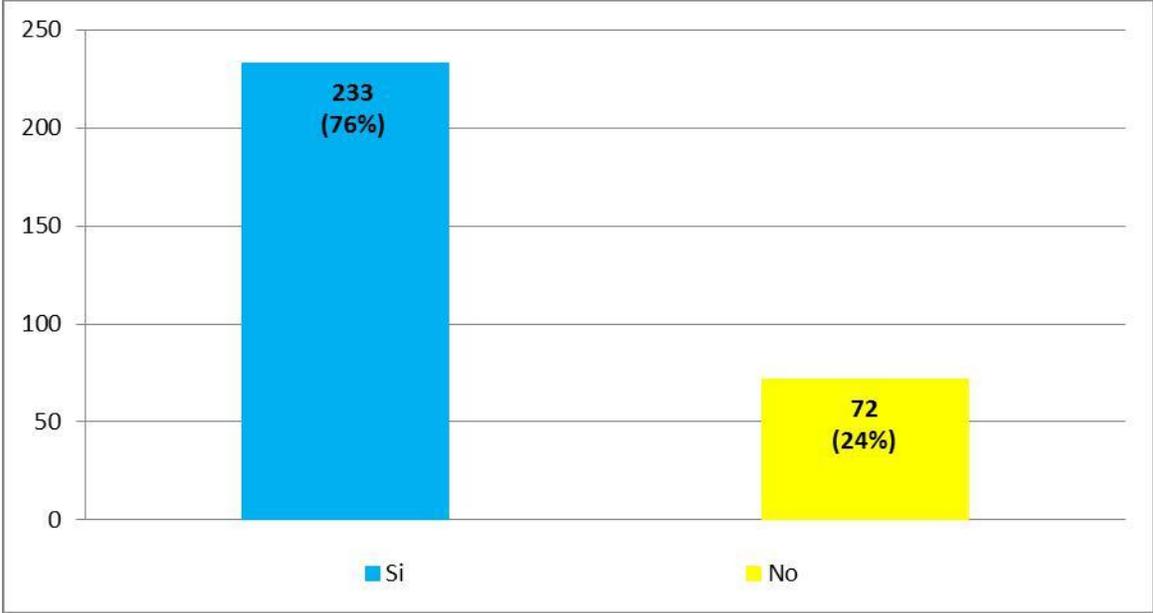
GRAFICO Nº 6 Toma de signos vitales a los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

El grafico muestra que la toma de signos vitales como presión arterial es efectuada en un 87% que corresponde a 266 personas mientras que el 13% 39 estudiados no recibe este procedimiento. En relación a la toma de temperatura en su preparación al 72% de los estudiados se les realiza la toma de este signo y un 28% que equivale a 85 personas no lo hacen. En cuanto a registro del pulso como signo vital el 67% que corresponde a 204 personas refirió que no se les toma y solo un 33%, 101 investigados refirieron que sí. La toma de respiración como signo vital la mayoría manifestó que no la efectúan al momento de la preparación el 91% que corresponde a 277 personas, mientras que el 9% que equivale a 28 estudiados refirieron que sí.

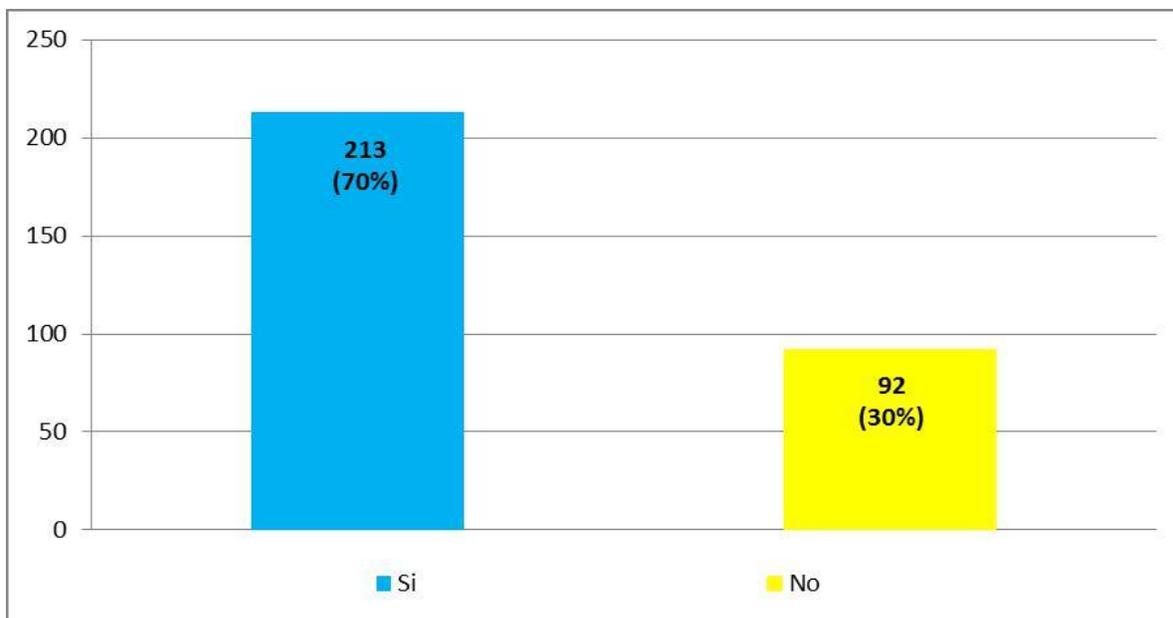
GRAFICO N° 7 Tratamiento adecuado según los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Del total del grupo investigado la mayoría respondió que el tratamiento recibido es adecuado para su enfermedad 76% 233 personas, existiendo un 24% que corresponde a 72 del grupo participante. La población manifiesta que el tratamiento recibido es adecuado, sin embargo existe un porcentaje significativo que no está satisfecho con ello.

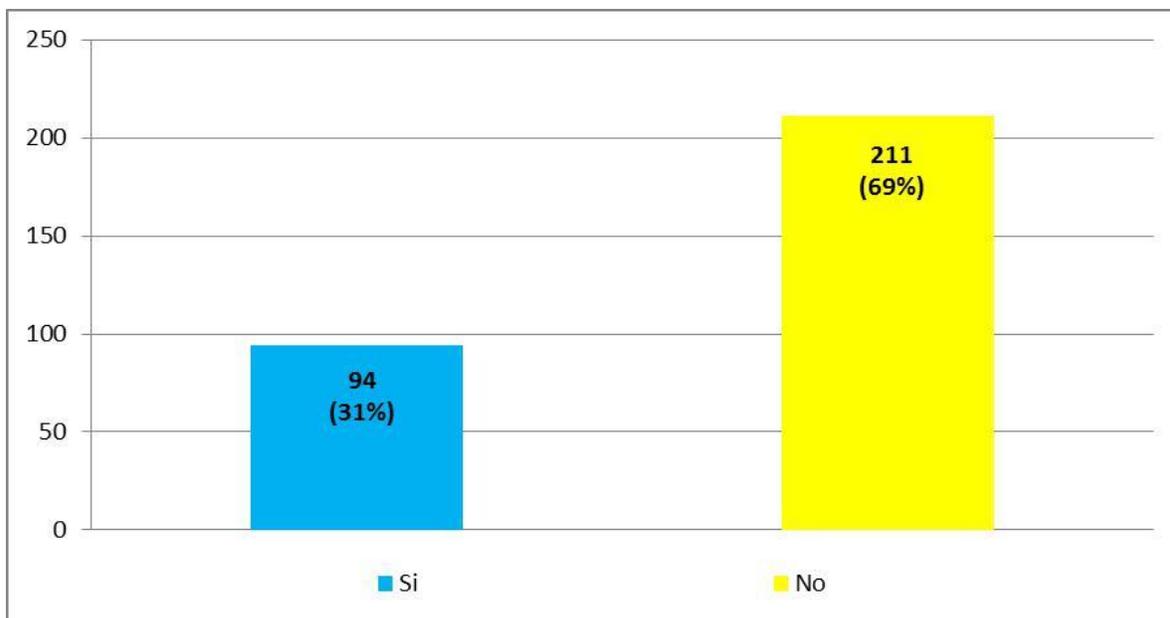
GRAFICO N° 8 Indicación de exámenes de laboratorio a los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

El grafico muestra que la mayor parte de los entrevistados 70% que equivale a 213, manifiestan que se les indica exámenes complementarios en su consulta médica mientras que un 30%, 92 personas no reciben esta indicación. Un buen porcentaje de la población en estudio recibe indicación para exámenes complementarios, aunque existe cierto porcentaje de grupo que no puede influir en la calidad técnica esperada.

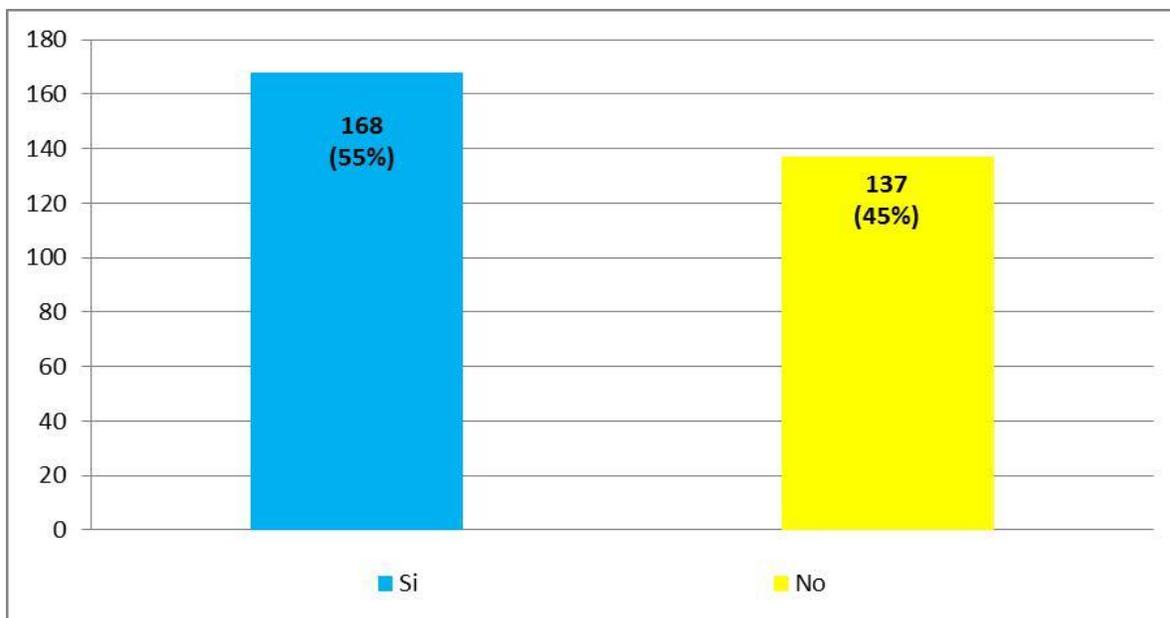
GRAFICO Nº 9 Clasificación de la atención de acuerdo a riesgo o gravedad de los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Del total de los participantes en la investigación el 69% que corresponden a 211, refiere no estar clasificado de acuerdo al riesgo de salud o gravedad, mientras que un 31%, 94 personas, refieren que sí. El grupo investigado en su totalidad no está recibiendo la atención según clasificación y riesgo desarrollado por los ECOS.

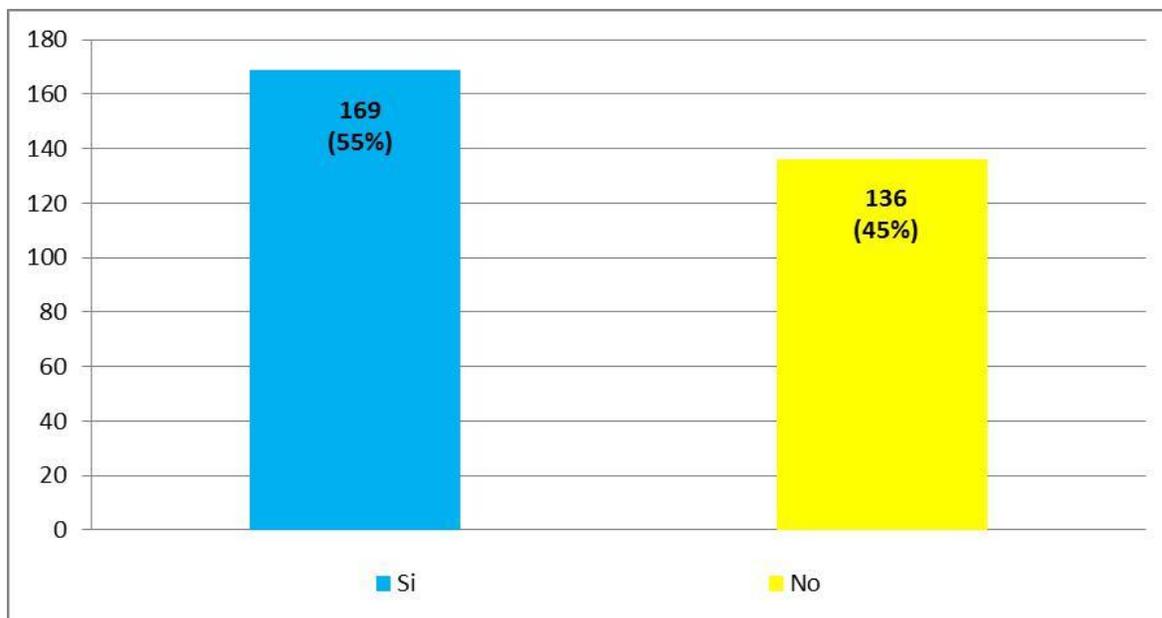
GRAFICO N° 10 Elaboración de ficha familiar de salud elaborada por el ECOS, a los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

El grafico evidencia que solo el 55% que equivale a 168 de los entrevistados indicaron tener una ficha de salud, otro porcentaje significativo 45%, 137 personas, no la tiene elaborada por el Equipo Comunitario. Se puede constatar que en el Municipio de Apastepeque un alto porcentaje de la población estudiada refiere no tener una ficha de salud familiar.

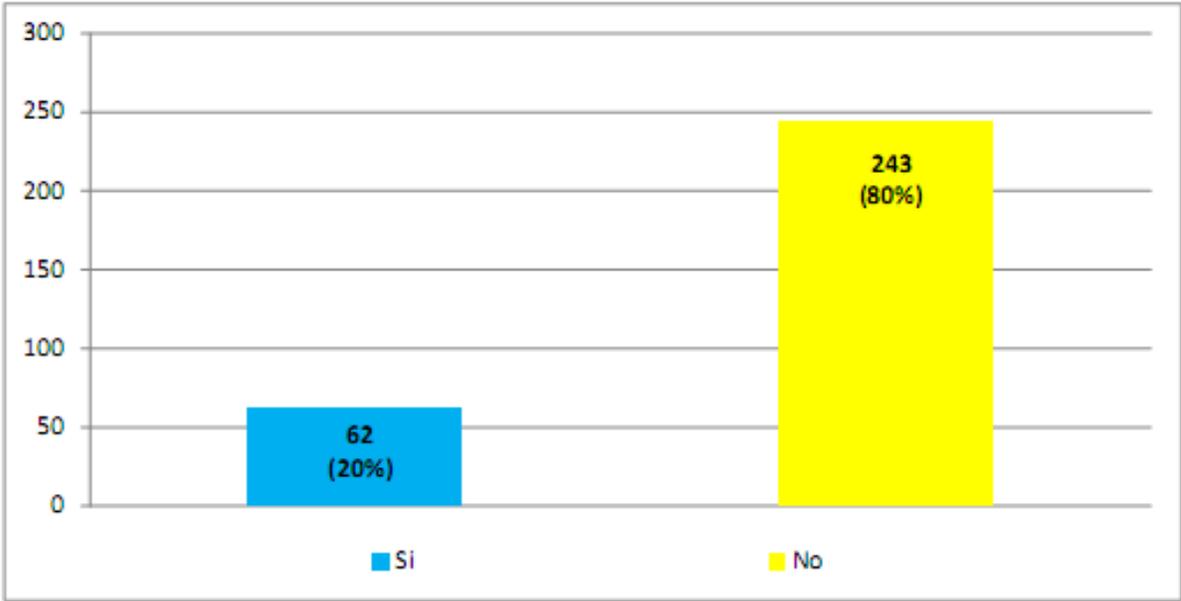
GRAFICO N° 11 Existencia de Comités de Salud en la comunidad de los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los servicios de salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Del total de los entrevistados 169 que corresponde al 55% expresan que existen comités de salud en la comunidad, mientras que un 45%, 136 participantes, refirió que no los hay. Un alto porcentaje de la población refiere la inexistencia de los Comités de Salud en las comunidades del Municipio de Apastepeque.

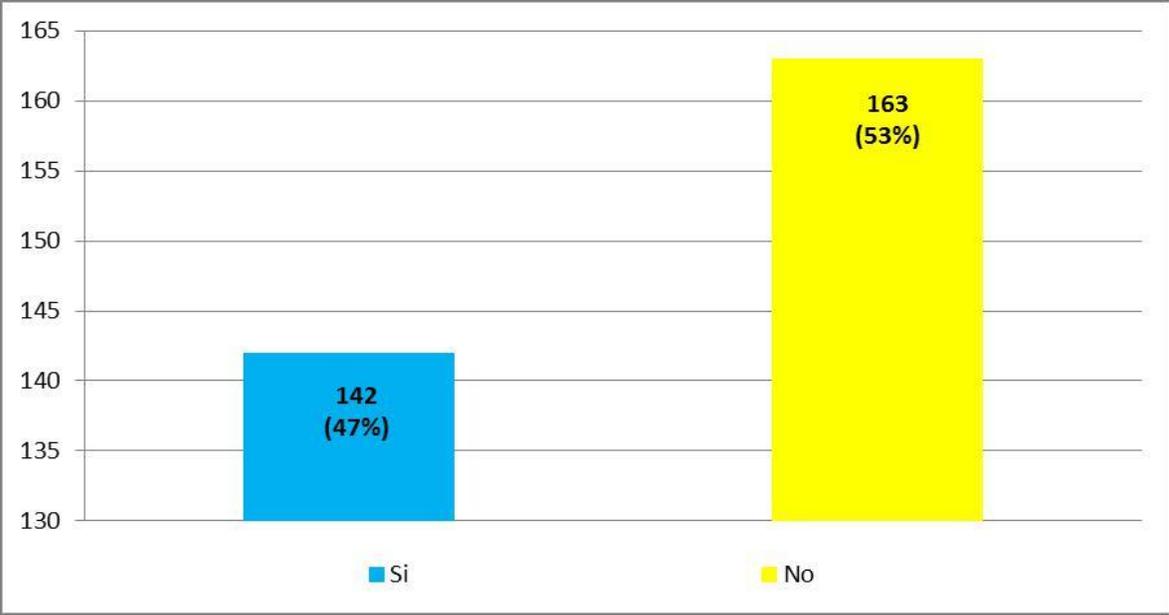
GRAFICO N° 12 Participación en los comités locales de salud de los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Respecto a la participación de los comités la mayoría del grupo investigado no participa en comités locales de salud, 243 participantes que equivale a un 80%, existiendo un mínimo porcentaje que refirió participar 20%, 62 personas. Se afirma según los datos de la mayoría de la población no tiene participación en los comités locales de salud.

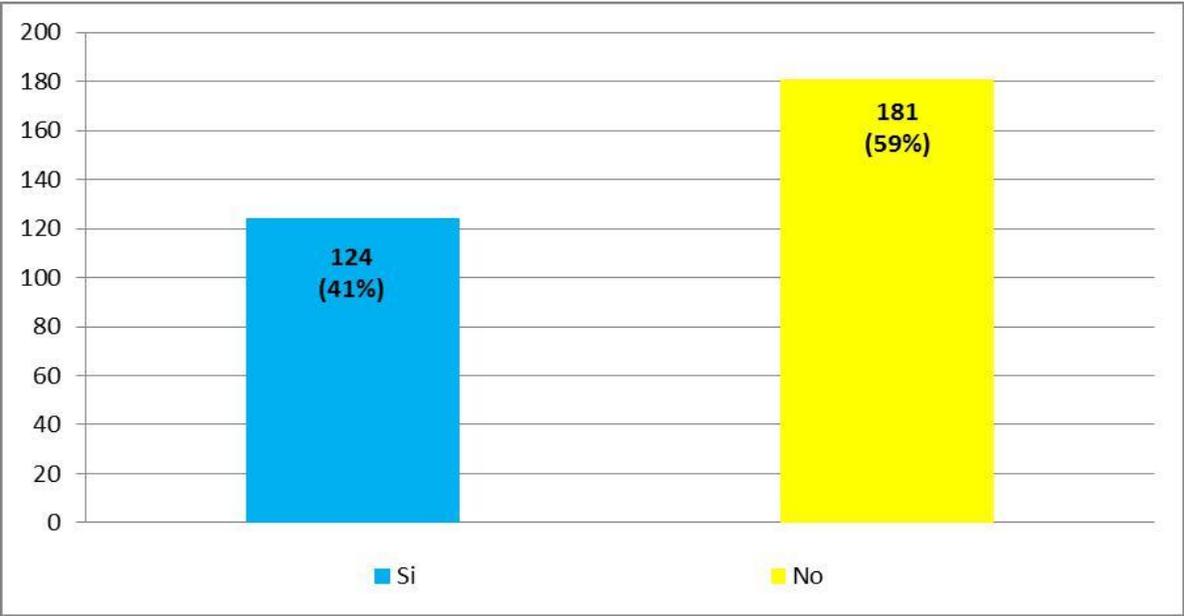
GRAFICO N° 13 Asambleas comunitarias realizadas por los ECOS a los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Los entrevistados expresaron en su mayoría 163, que corresponden a un 53% que el equipo comunitario de salud no realiza asambleas comunitarias y 142 que equivale a un 47% manifestaron que sí. Un alto porcentaje de grupo investigado del Municipio de Apastepeque, manifestó que no se realizan las asambleas comunitarias por los ECOS.

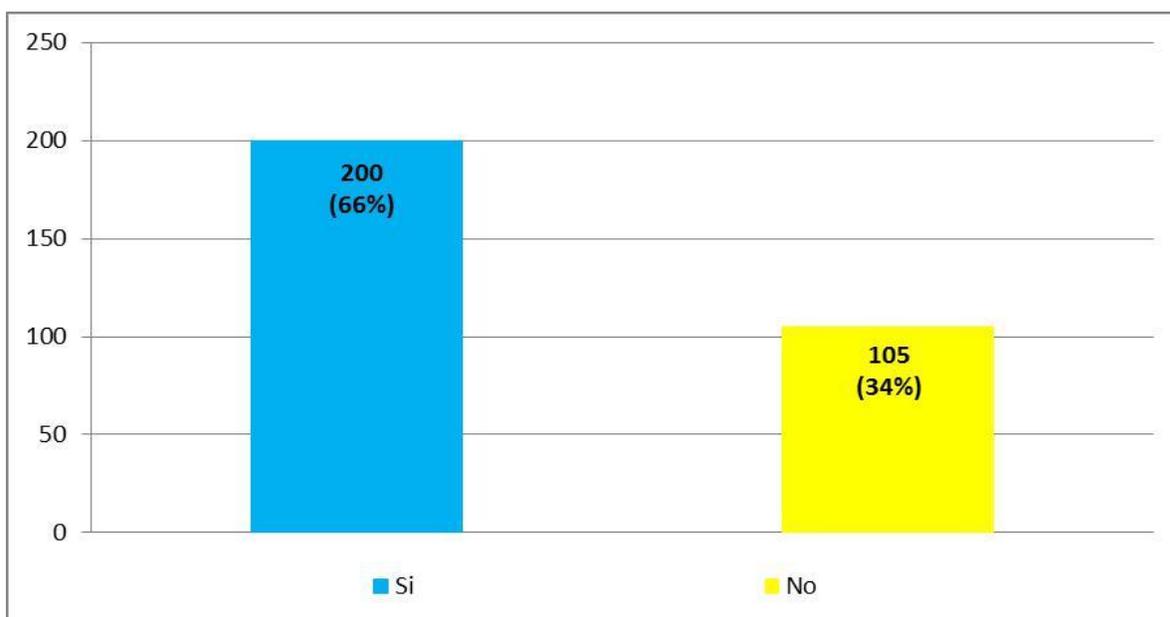
GRAFICO N° 14 Coordinación del Equipo Comunitario de Salud con las instituciones que trabajan en la comunidad de los entrevistados, en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Del total de participantes en la investigación 181 que equivales a el 59% manifestó que no hay coordinación del equipo comunitario de salud con otras instituciones que trabajan en la comunidad, mientras que un 41%, 124 personas, refiere que sí.

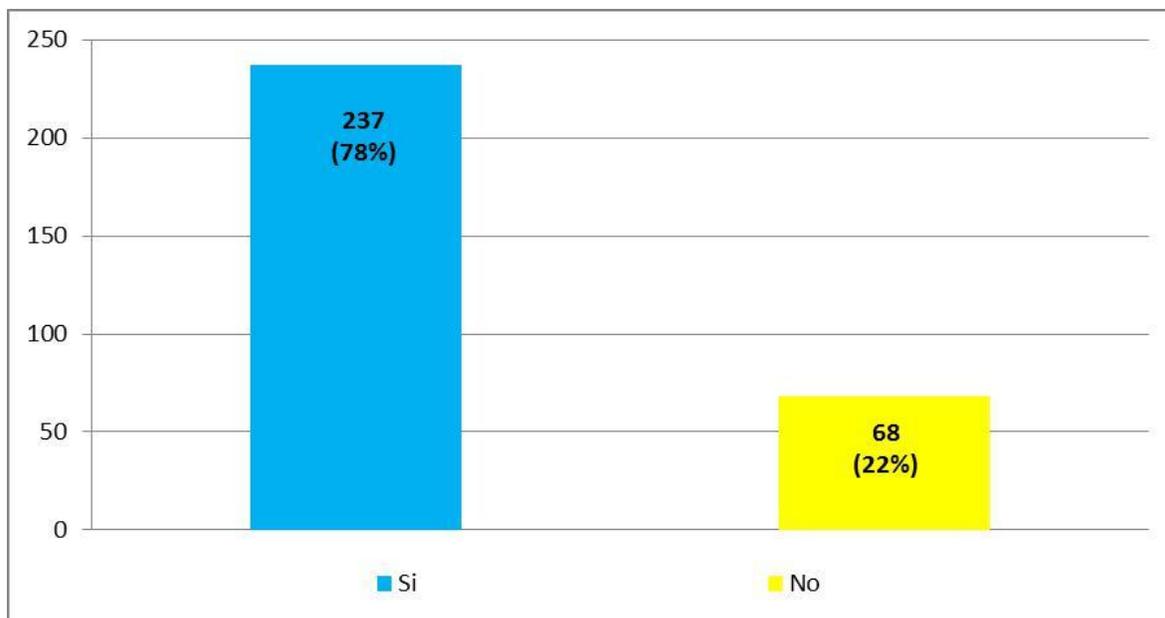
GRAFICO N° 15 Visitas realizadas al hogar por el ECOS, para promoción y educación en salud a los entrevistados en la investigación, Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

La mayoría del grupo investigado 200 personas, manifiesta recibir visitas domiciliarias del equipo comunitario de salud de promoción y educación 66% y un 34% que corresponde a 105, refirió que no. Existe un buen porcentaje de la población investigada en el Municipio de Apastepeque que refiere recibir visitas de equipo de salud en el hogar.

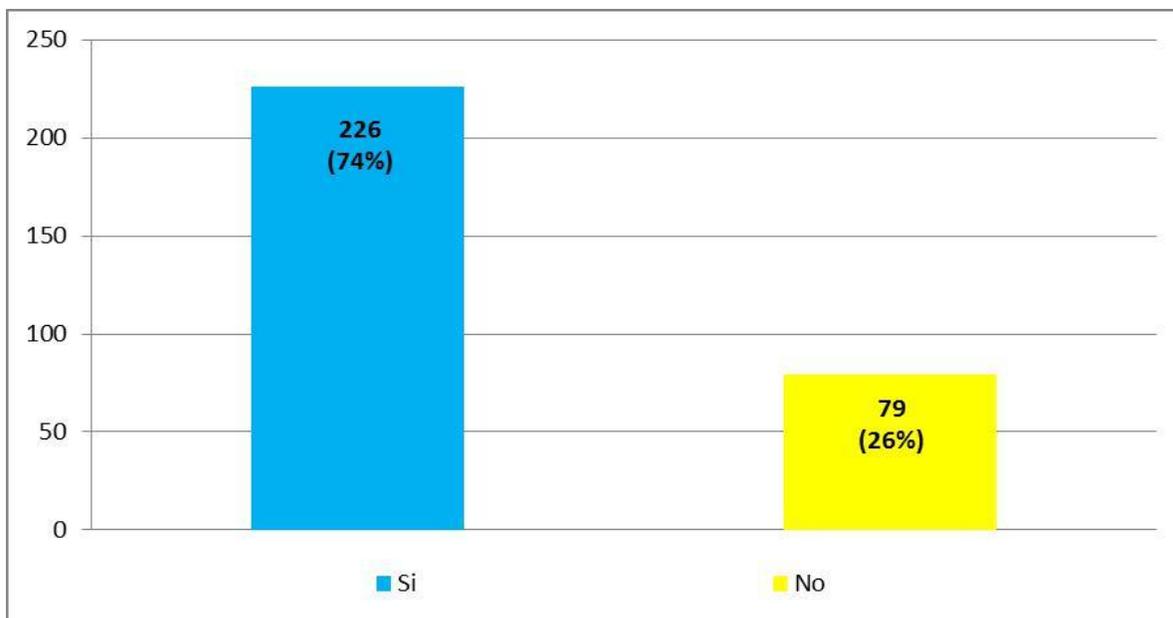
GRAFICO N° 16 Trato digno en la atención por el personal del ECOS, a los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Del total de los entrevistados la mayoría 237 que corresponden a un 78% manifiesta recibir un trato digno en la atención que le da el equipo comunitario de salud, aunque existe un 22%,68 personas, que manifiesta que no se les brinda trato digno.

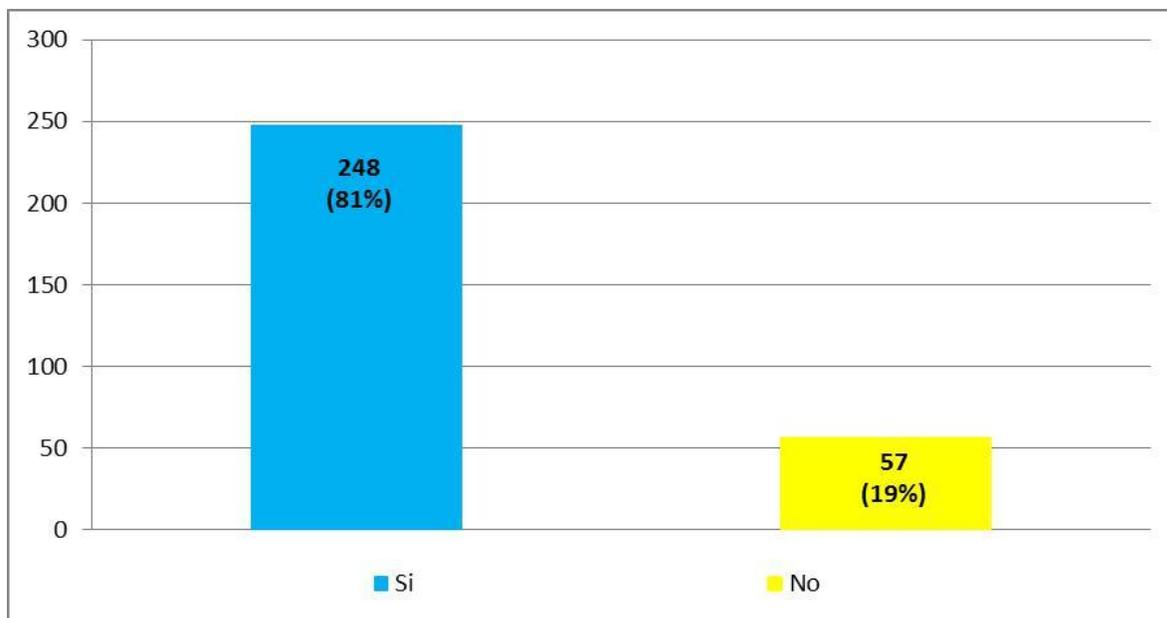
GRAFICO N° 17 Amabilidad y confianza por el personal del ECOS, a los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Se evidencia en el grafico que la mayoría 226 que corresponde a un 74% de los entrevistados expresan que el equipo comunitario de salud es amable y le brinda confianza en la atención que les presta, sin embargo existe un porcentaje significativo 26% que no equivalente a 79 personas.

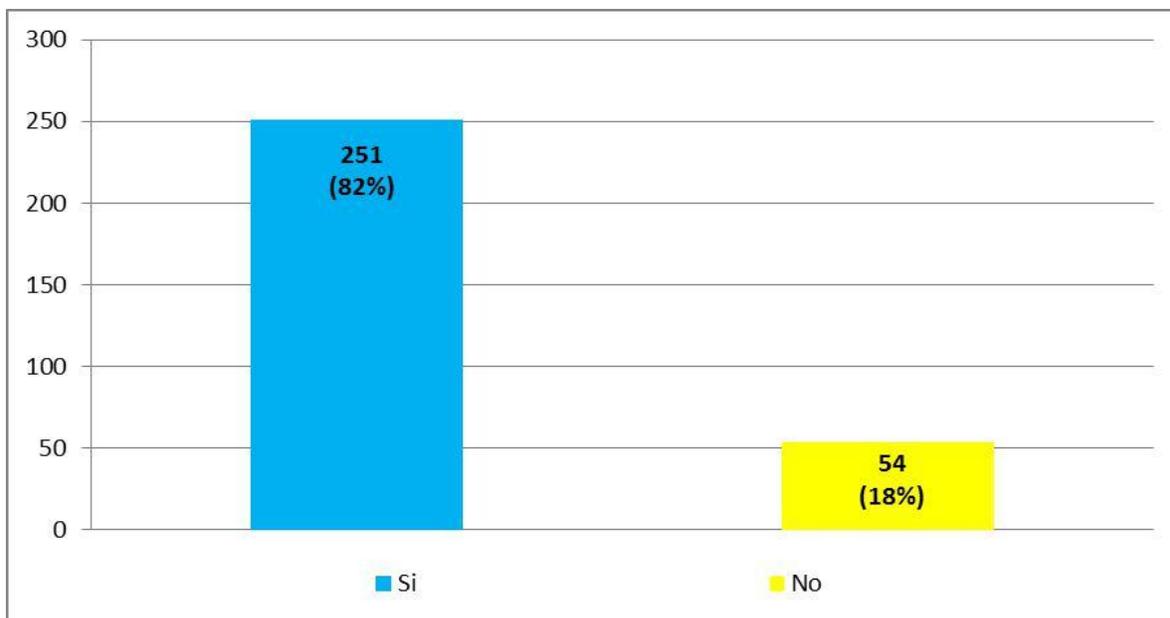
GRAFICO N° 18 Privacidad en la atención por el ECOS, a los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Del total de la población estudiada 248 que corresponden al 81%, manifiestan que existe privacidad en la atención de los servicios prestados que les da el Equipo Comunitario de Salud Familiar, mientras que 57 entrevistados, 19% expresan no tener privacidad en la atención.

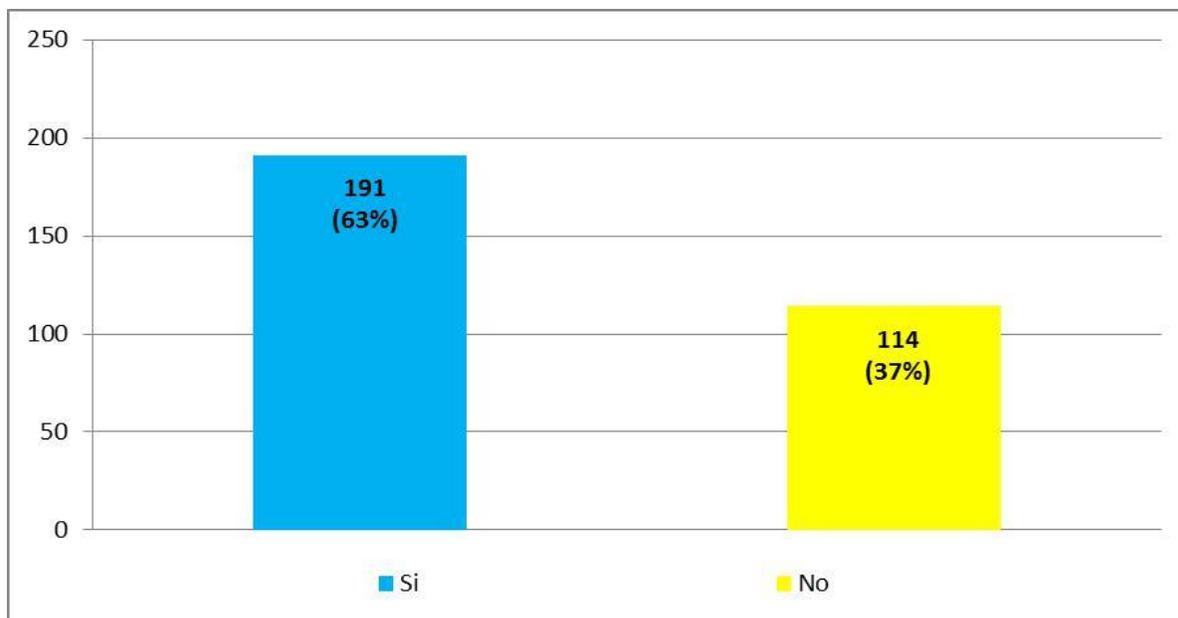
GRAFICO N° 19 Respeto por el personal del ECOS al realizar la atención a los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Al preguntar a los entrevistados sobre el respeto que el personal de los ECOS les da al realizar la atención, 251 que equivale al 82% del grupo expreso que el personal del Equipo Comunitario les muestra respeto al momento de la atención, sin embargo 54 personas que equivale al 18% menciona que no.

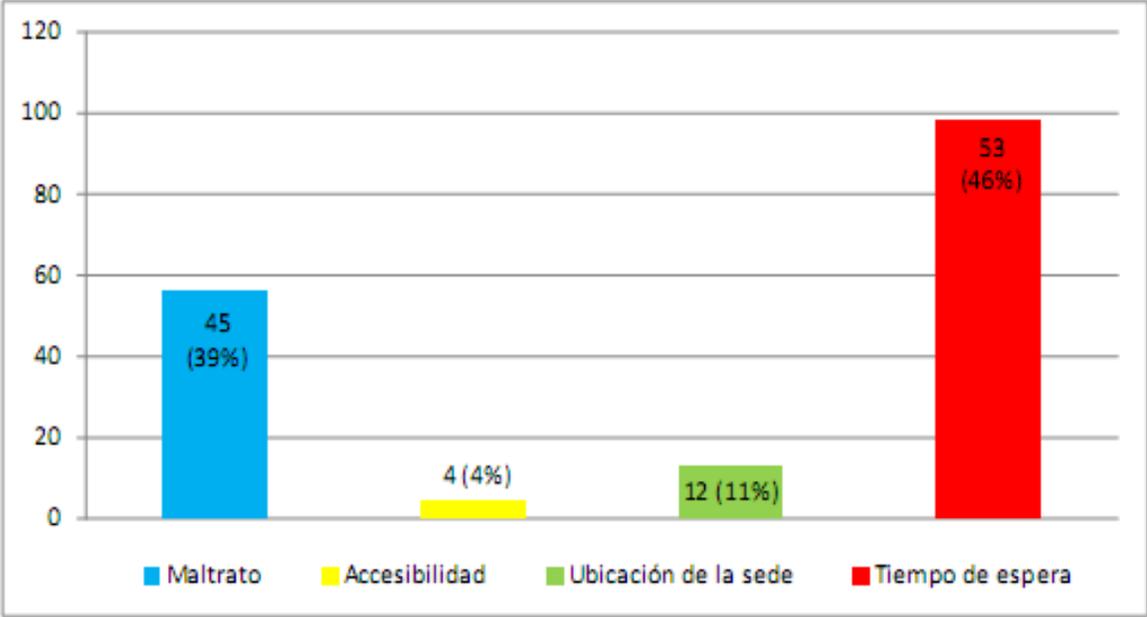
GRAFICO N° 20 Satisfacción con la atención que le proporciona el ECOS a los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Del total de los entrevistados 191 que equivale al 63% de la población menciona que se siente satisfecho de la atención que reciben de los Equipos Comunitarios de Salud, mientras que 114 que corresponde al 37% expresa que no. Existe un buen porcentaje que expresa estar satisfecho del servicio, sin embargo también refieren insatisfacción en la atención un grupo considerable.

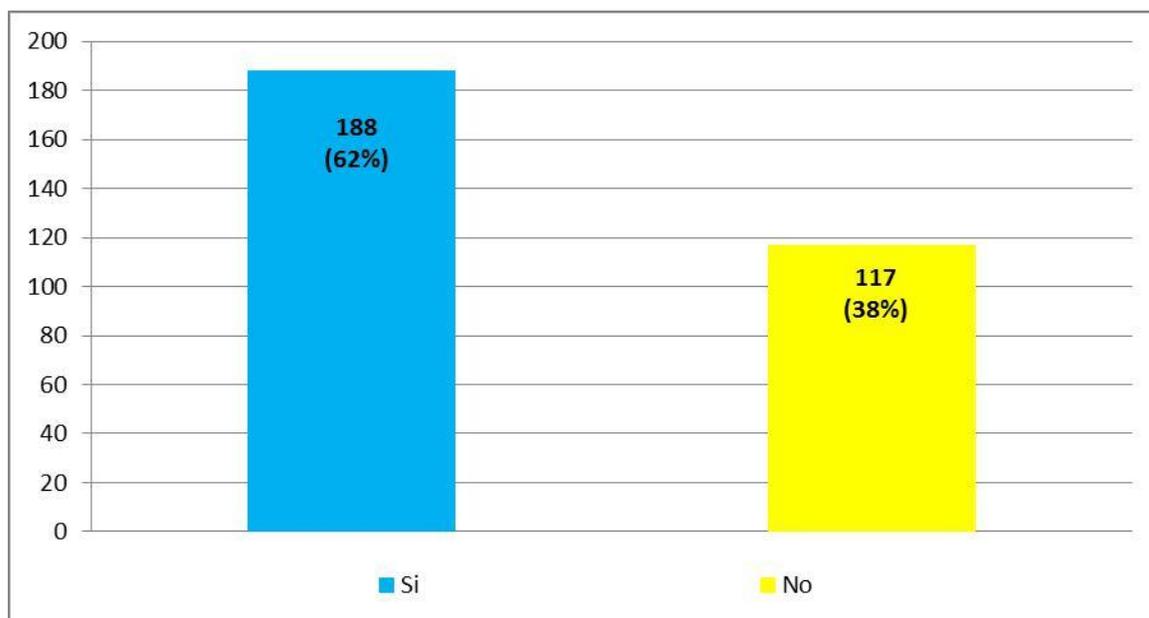
GRAFICO Nº 21 Causas de insatisfacción por los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Las causas que la población manifestó para estar insatisfecha de la atención la mayoría 98 que corresponde al 57% expresan que la causa es el tiempo de espera en la atención, 56 personas entrevistadas el 33% lo adjudican al maltrato, 13 del grupo que equivale al 8% refieren la ubicación de la sede de la unidad comunitaria, solo 4 entrevistados un 2% manifestó la accesibilidad.

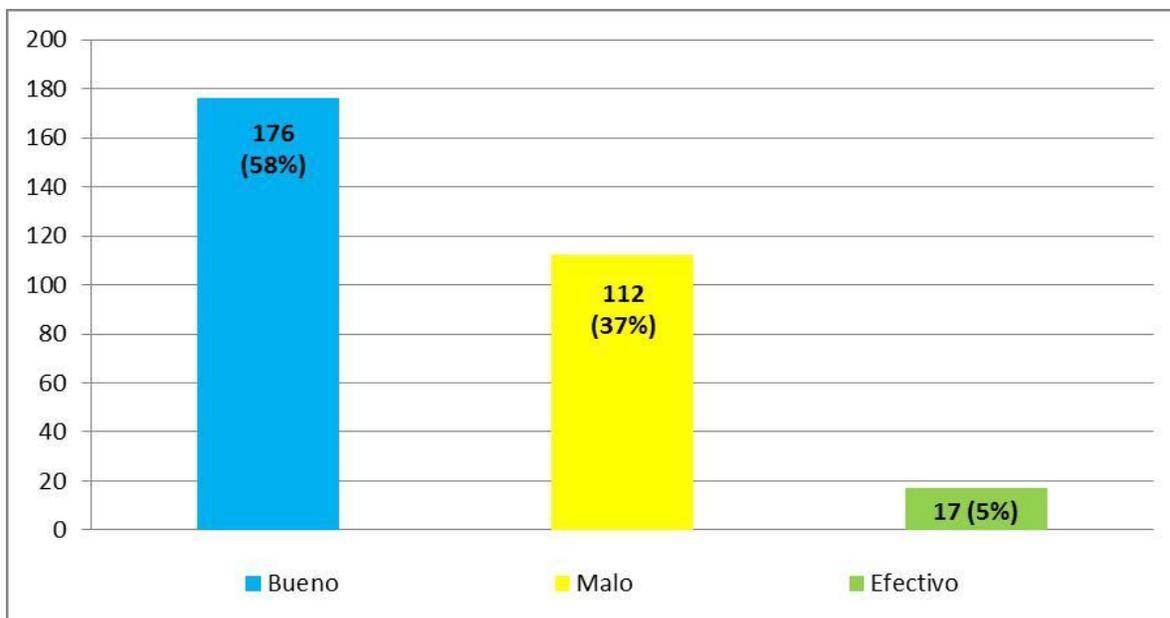
GRAFICO N° 22 Insumos necesarios para la atención del ECOS para dar la atención a los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

El grafico muestra que la mayoría de los entrevistados 188 personas que corresponden al 62% considera que el equipo comunitario de salud cuenta con los insumos necesarios para dar la atención y un 38% que equivale al 117 entrevistados expresaron que no cuentan con los insumos necesarios para la atención de los servicios.

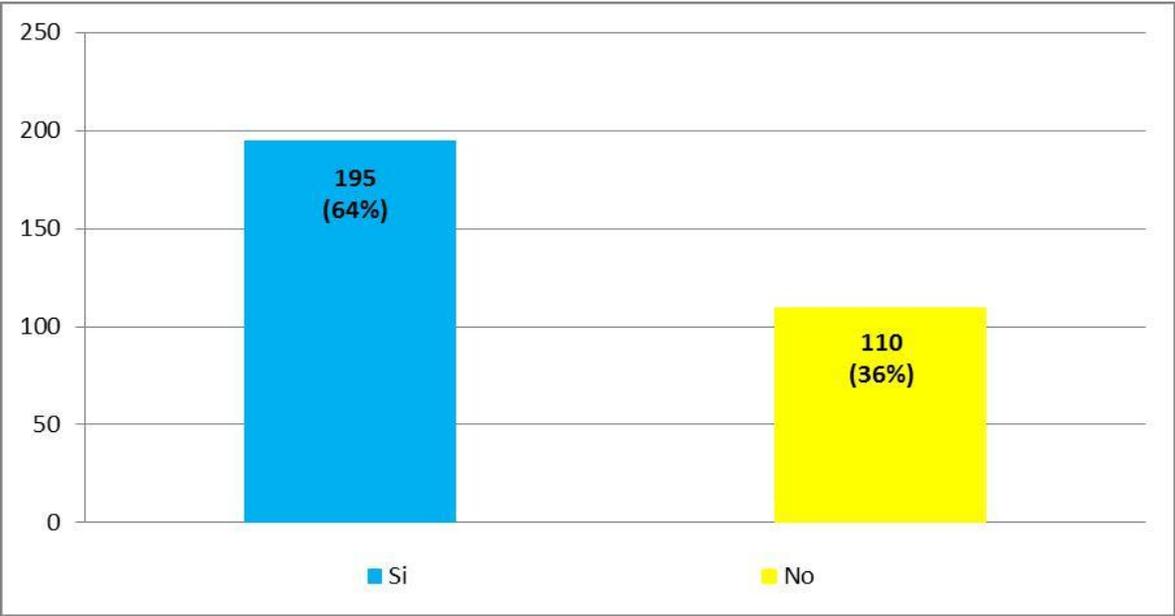
GRAFICO N° 23 Aprobación del procedimiento de las citas, por los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Del total de los investigados el 58% que equivale a 176 personas aprueban como bueno el sistema de citas en la UCSF un 37% 112 entrevistados lo catalogan como malo y un 5% 17 personas lo aprueban como efectivo. Se puede aseverar que existe un alto porcentaje que aprueba la atención por citas en el Municipio de Apastepeque, sin embargo un grupo considerable no.

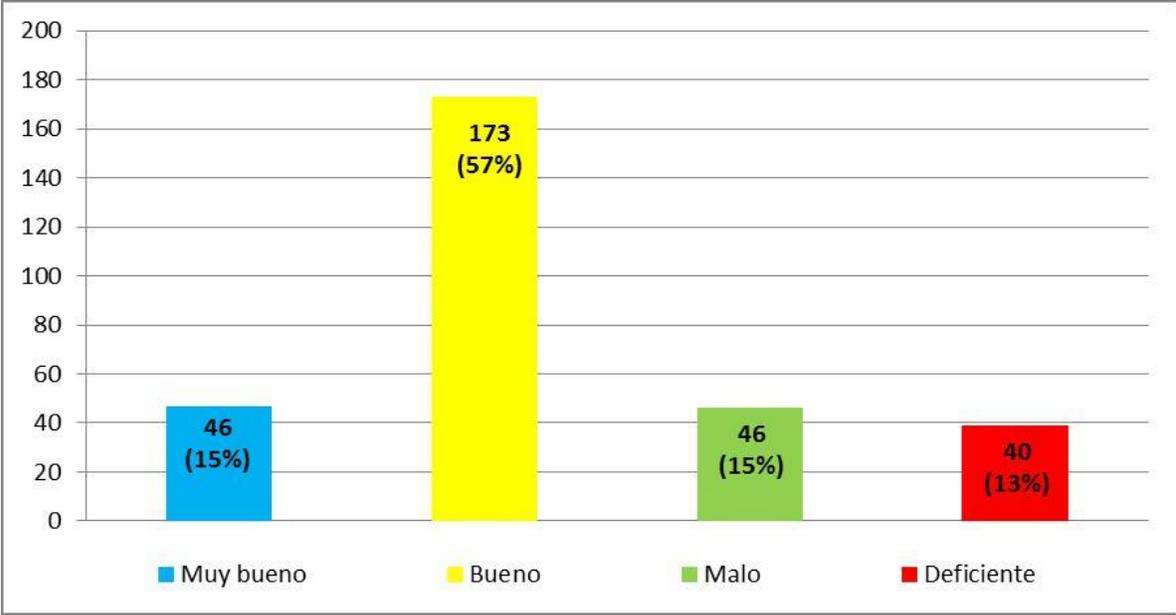
GRAFICO N° 24 Aprobación de la forma de cómo se atiende actualmente en las UCSF por los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

El grafico muestra que el 64% que corresponde a 195 entrevistados están de acuerdo en la forma de cómo se presta la atención con el nuevo modelo de salud, mientras que el 36% 110 personas no lo están. Un alto porcentaje del Municipio de Apastepeque está de acuerdo con el nuevo modelo de atención, existiendo un grupo significativo que no está de acuerdo.

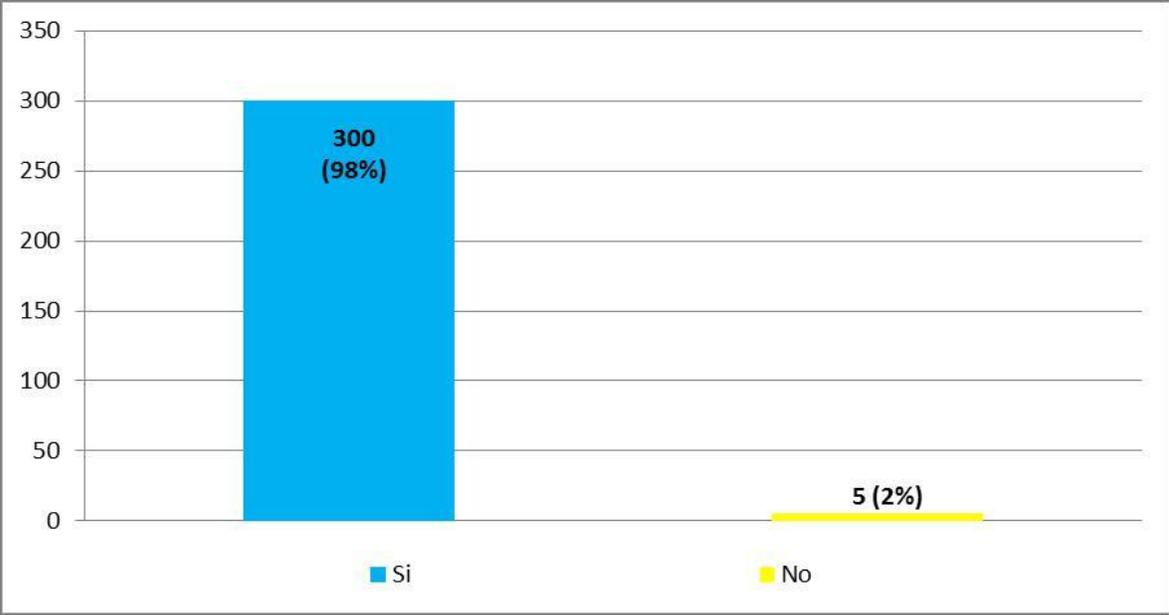
GRAFICO N° 25 Calificación del servicio al Equipo Comunitario de Salud por los entrevistados la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Del total de los investigados el 57% que equivale a 173 entrevistados califican como bueno el servicio que el equipo comunitario les presta, un 15% 46 personas como muy bueno, igualmente 15%, 46 expresa que malo y un 13% que equivale a 40 lo califican como malo.

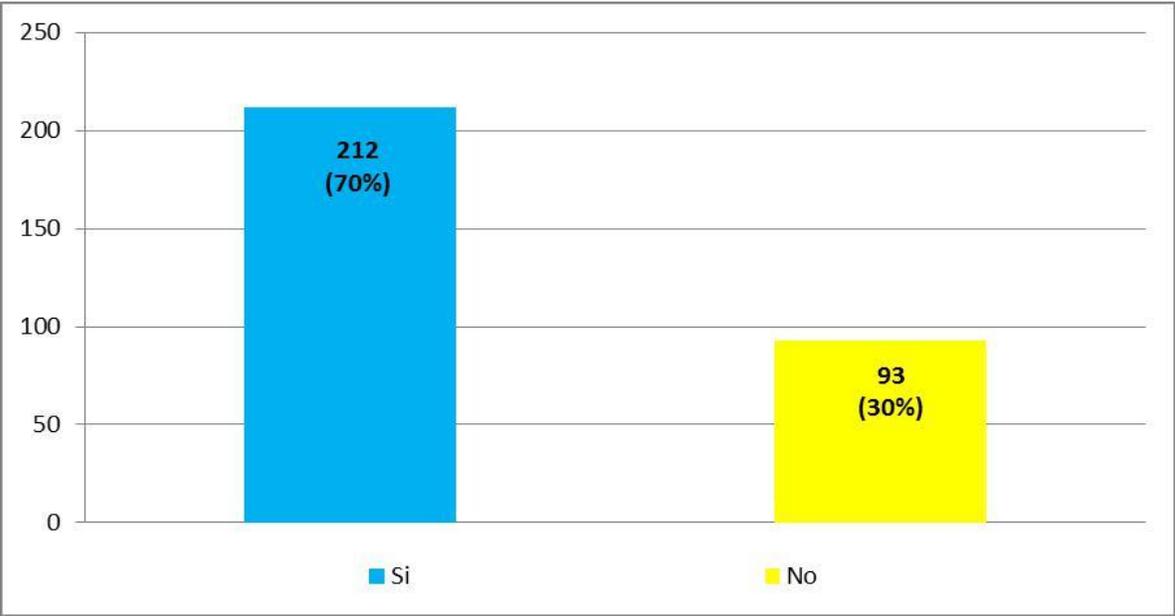
GRAFICO N° 26 Importancia de la existencia del ECOS en la comunidad, por los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

Del total de los entrevistados 98%, 300 entrevistados manifiestan que es importante la existencia del equipo comunitario en las comunidades, solo un 5%, 5 personas manifestaron que no es importante.

GRAFICO N° 27 Resolución y apoyo por el ECOS en las necesidades de salud y de la familia de los entrevistados en la investigación Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Apastepeque, Departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.



Fuente: Investigación de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente de julio a diciembre 2015.

El grafico muestra un buen porcentaje 70% que corresponde a 212 entrevistados consideran que el equipo comunitario apoya y resuelve las necesidades de salud de la comunidad, mientras que un 30% que equivale a 93 personas expresan que no.

VI. DISCUSIÓN

Considerando que el Ministerio de Salud ha impulsado la Reforma del Sector Salud, con el firme propósito de construir un Sistema Nacional de Salud universal, el cual reconoce la salud como un bien público y un derecho humano fundamental el cual es garantizado por el Estado, es por ello que el nuevo modelo de atención se fundamenta en la estrategia de Atención Primaria en Salud, siendo esta la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, donde se reconoce y prioriza la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación como los pasos más importantes para conseguir el mejoramiento del nivel de salud mediante la participación activa de la persona, familia y comunidad, enfocada en las determinantes sociales de la salud.

Partiendo que los Equipos Comunitarios de Salud Familiar están integrados como el eje uno de la reforma de salud, que son las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), el Ministerio de Salud propone un modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario en el cual operan los Equipos Comunitarios de Salud Familiar, los cuales deben funcionar como un equipo de trabajo responsable al cien por ciento de la población adscrita e incorporar a su labor los principios éticos y morales, fortaleciendo con ello el primer nivel de atención, formando parte de un sistema que produce salud con acceso universal con calidad en los servicios de salud.

Ante la necesidad de analizar si se cumple con la calidad de la atención de los servicios de salud por los Equipos Comunitarios y al no contar con estudios previos que hayan dado respuesta a lo antes mencionado. Se realizó esta investigación, a través de la aplicación de guías de entrevista dirigidas a la población de dichos sectores, lo cual permitió verificar la calidad de los servicios de salud que prestan los Equipos Comunitarios de Salud Familiar en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) en el municipio de Apastepeque departamento de San Vicente en el periodo de julio a diciembre de 2015.

Al investigar los componentes técnicos de la calidad de atención como la realización del examen físico al momento de la consulta médica, la mayoría de la población que asiste a las UCFS expreso que se aplica este procedimiento, situación que pone de manifiesto la aplicación de la calidad técnica para la valoración física e integral del usuario, que contribuye a un diagnóstico efectivo de la salud, sin embargo existe un porcentaje significativo al que no se le realiza, lo que puede afectar, oportunidad y efectividad del continuo de la atención, un problema de salud.

Durante el proceso de la investigación se identificó que los signos vitales como parámetro de valoración en la priorización de la consulta no son tomados por el personal de enfermería, de forma integral a los usuarios que consultan en las UCSF, siendo los procedimientos más aplicados la toma de presión arterial y la temperatura, lo que implica una valoración parcial de las constantes vitales y una posibilidad sustancial de error en la valoración y toma de decisión al momento de priorizar la atención de acuerdo al riesgo del usuario.

Según lineamientos de enfermería y Protocolo de Atención de Enfermería todos los signos vitales deben ser evaluados al momento de una atención de alta calidad técnica, para una valoración clínica completa del estado de salud de la persona, no realizarlo puede influir en una inadecuada intervención y diagnóstico oportuno y precoz.

En relación al tratamiento recibido y la indicación de exámenes complementarios, la mayoría de la población estudiada, manifestó que es adecuado según los resultados, lo que puede favorecer el grado de satisfacción en la atención recibida, aunque existe cierto grupo que no se siente satisfecho del tratamiento lo que también puede impactar en la calidad de la atención.

Existe una inadecuada clasificación de la atención de acuerdo al riesgo por el ECOSF a los entrevistados, siendo un proceso ineficaz en la dinamización y continúa calidad en la clasificación del riesgo según lineamientos técnicos, lo que puede

afectar el enfoque integral en la atención, así como la toma de decisiones adecuadas según los riesgos, gravedad y vulnerabilidad y daño a la salud de la persona, familia y comunidad, además se manifiesta la poca aplicación de los lineamientos establecidos en el modelo de salud que debe ser aplicado por el personal que conforma los ECOSF.

La ficha de salud como herramienta para el diagnóstico de salud de las familias y comunidades no está elaborada en la totalidad de la población que participo en el estudio, a pesar de la existencia de los ECOSF, lo que refleja la falta de aplicación de los lineamientos establecido para esta atención y posibilita un análisis de la situación de salud de la persona, familia y comunidad deficiente, como herramienta básica para la atención primaria en caso de salud integral, así como para la toma de decisiones y la continuidad del proceso del ciclo vital de la persona y familia, este proceso es valioso e involucra la participación interdisciplinaria del equipo así como la necesidad de la comunidad para intervenir de forma colectiva en la resolución de necesidades para la salud individual, familiar y comunitaria.

Sobre la existencia de comités de salud en el área de estudio, la investigación permitió indagar que existen comités de salud, lo que contribuye a una mejor organización y desarrollo en la salud de las comunidades, sin embargo a pesar de la existencia de los comités de salud, se da un contraste significativo en cuanto que en una considerable cantidad de la población que respondió que no participan en estos comités de salud, por lo que al no haber un involucramiento de los habitantes, no se podrá conseguir el mejoramiento del nivel de salud de la persona, familia y comunidad.

Otro aspecto importante que la investigación ha reflejado es que el ECOSF no realiza asambleas comunitarias con la población y al no proceder con este lineamiento, no se están implementando correctamente las actividades correspondientes en la participación activa en las reuniones de trabajo intersectorial, asambleas comunales y toda actividad comunitaria que ayude a crear alianzas en la solución de problemas

del entorno, lo que puede influir en la poca participación de la comunidad en la promoción de la salud y abogacía hacia los determinantes de la salud.

Otro aspecto relevante es que los ECOSF no están coordinando con las instituciones que trabajan en la comunidad según lo indagado con los entrevistados, lo cual no es favorable en el sentido que no puede haber participación social e intersectorialidad por la falta del involucramiento con otras instituciones. La participación activa de los sectores es una estrategia fundamental en la Política de Salud actual, por lo que la Reforma de Salud tiene este fin y el personal de salud debe responder responsablemente a este lineamiento establecido para construir alianzas e impactar en los resultados de una mejor Salud para todos.

En la relación a las visitas realizadas por el ECOS a los hogares de las familias se afirma que si realizan las visitas domiciliarias, demostrando una adecuada planificación en las actividades de visita en campo, sin embargo la mayoría de la población manifestó que esta es realizada por el promotor de salud y en limitadas ocasiones por el médico o la enfermera, lo que implica una visión parcial cuando se aplica este proceso pues debe ser la visita realizada por un equipo interdisciplinario que permita la realización y valoración adecuada de los riesgos para la salud de la persona, familia y comunidad y por ende impactar con las intervenciones con enfoque interdisciplinario hacia el individuo y su entorno.

En el estudio realizado donde la participación mayormente fue población adulto joven del sexo femenino y del área rural determina que en la atención generalmente está concentrada en mujeres dado las características que son las que más acuden a los servicios de salud por su vulnerabilidad y riesgos a la salud.

El nivel de satisfacción de los servicios prestados está íntimamente ligado a la calidad técnica aplicada en una atención, además de la calidez con la que es atendida la población, el buen trato es uno de los elementos intangibles de la calidad

y la población expreso sentirse satisfecha de este aspecto, sin embargo existe también evidencia que hay que mejorarlo ya que no todos lo perciben de esta forma.

En el estudio se investigaron características de un servicio humanizado como la confianza, amabilidad, privacidad, respeto, valores que desde el punto de vista ético y profesional los servidores públicos ponen de manifiesto en el momento de la atención, destacan los resultados que en su mayor parte se practican, sin embargo, la población en algún porcentaje no lo percibe, situaciones que pueden afectar la imagen, confianza y prestigio de las instituciones y por ende la renuencia a utilizarlos.

Las principales causas identificadas como insatisfacción están relacionadas al tiempo de espera, maltrato por parte del personal de salud, ubicación de la sede del Equipo Comunitario dado que esta puede encontrarse en zonas de alto riesgo de inseguridad o distancia que afecta la accesibilidad, en el contexto de la Reforma de Salud impulsada por el Ministerio de Salud refiere principios fundamentales en su implementación como la accesibilidad, universalidad, solidaridad y gratuidad de los servicios, los cuales son retomados en el modelo de atención de redes integradas e integrales de servicios de salud y la conformación de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar, lo que implica que el personal que los conforma tanto técnico como administrativo debe reflejar estos principios en los procesos y procedimientos establecidos que garanticen la diferencia sustancial en un modelo de salud con alta atención de servicio, calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud.

Implica también que la población tenga acceso a los servicios de salud y que los insumos y materiales necesarios estén a disposición de forma oportuna, los participantes de este estudio manifestaron que la existencia de insumos para la atención en buena parte, aunque existe un grupo considerable que valoran que no existen en forma suficiente para resolver sus necesidades, lo que trae como dificultad la búsqueda de la atención no en el lugar de su sede en la comunidad, sino en la UCOSF urbana.

En relación al agendamiento, el cual se define como un proceso dinámico y continuo de clasificación individual de la población de responsabilidad de los Equipos Comunitarios de Salud, que mediante el cual se ordena a la población y permite garantizar la atención continua a través de visitas domiciliarias o de citas programadas, aunque la población expreso no estar de acuerdo ya que se pierde la oportunidad de su atención, los resultados muestran la falta de aplicación de este procedimiento establecido en el nuevo modelo de salud, lo que puede afectar la satisfacción en una atención más personalizada y de acuerdo a un diagnóstico más integral del equipo interdisciplinario, la continuidad en la atención fortaleciendo la promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación en el ciclo de vida.

El nuevo modelo de salud donde el enfoque de atención es la promoción para la salud y la prevención de la enfermedad según lineamientos establecidos, es por ello que al analizar los datos de la investigación se puede establecer que no se está cumpliendo con muchos de los proceso y actividades que promueve el modelo y la reforma misma, lo que implica que se requiere de un rol más integrador de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar y la población para generar mayor corresponsabilidad potencializando la participación social, la sensibilización hacia enfoque de la salud como un derecho y empoderamiento de las comunidades con el nuevo modelo de atención, dado que un buen porcentaje de los participantes en el estudio afirmaron su aprobación a los nuevos procesos implementados en las redes integradas e integrales de servicios de salud, sin embargo existe desaprobación en términos significativos expresados en los resultados, que pueden estar relacionados con la falta de consulta social de estos.

Se pudo determinar que hay buena aceptación de la atención a través de citas como proceso establecido en el modelo que busca priorizar la atención según grupos vulnerables y necesidad inmediata, aunque un buen porcentaje no lo acepta, lo que implica que tanto los profesionales que conforman los equipos de salud y los usuarios deben generar propuestas y análisis de estos para que exista más aceptación, participación y mejora de estos.

La calidad de atención fue medida en términos cuantitativos para el estudio se utilizaron variables como el nivel de satisfacción de la población acerca de la atención que reciben y el nivel de aceptación de los ECOSF, generalmente de acuerdo a la relación que el usuario establece entre sus expectativas y lo percibido en el servicio, para el estudio la mayoría de la población lo califico como bueno el servicio de salud, término que solo lo valora como aceptado, aunque no llene sus expectativas, lo que implica que hay cierto grado de insatisfacción en la atención.

El modelo de salud tiene un reconocimiento en la población estudiada y la conformación de los Equipos Comunitarios también puesto que lo valoran como algo importante en la comunidad y lo consideran valioso en el aporte de resolver problemas de salud del municipio. Es importante identificar que el modelo de atención implementado a través de la reforma de salud tiene una filosofía principios y valores que desde una política pública de salud es bien vista por la población que reside en las comunidades lo que contribuye a mejorar e impactar en los estilos de vida de la población, sin embargo los procedimientos y procesos desarrollados por los Equipos Comunitarios de Salud no siempre son aceptados y valorados de la misma forma. La humanización en la atención es fundamental puesto que la población espera una alta calidad y capacidad técnica en los equipos de salud, así como calidez, trato digno, confianza privacidad y respeto componentes del servicio pero que están íntimamente ligados a la satisfacción.

Desde el punto de vista de la salud publica la investigación es una herramienta valiosa para relacionar los procesos técnicos y científicos existentes con la práctica y la vivencia que la población tiene con respecto a una situación de salud determinada, en este sentido con el estudio se relacionaron variables como la calidad de atención de los servicios prestados, la calidez enfocada a maltrato recibido, aplicación de valores y principios éticos y la aceptación de la comunidad o de la población participante que recibe la atención, con los resultados generales se determinó que la reforma de salud y el modelo de la atención han tenido un impacto positivo en la población del municipio de Apastepeque. Sin embargo el estudio refleja que un

porcentaje mínimo de la población manifiesta que el servicio no llena las expectativas esperadas para ellos ya que se vuelve disfuncional al momento de ser operativizado y no se cumplen con los lineamientos o acuerdos pactados en relación al horario, negación de la consulta por el agentamiento por saturación de actividades.

Los Equipos Comunitarios de Salud Familiar tienen un rol fundamental en el proceso de la Reforma de Salud y en el nuevo Modelo de Atención a través de las acciones que estos equipos ejecutan, visualizándose en la Reforma de Salud los cambios sustanciales que la población espera ver, esto implica que su capacidad técnica y científica en el componente de atención primaria en salud y el enfoque de promoción para la salud que el Equipo Comunitario está llamado a generar y potencializar habilidades en la población para la incidencia para los estilos de vida en la comunidad y asegurar las políticas de salud aceptables para una mejor calidad de vida de la población.

Los resultados muestran que la población investigada en el municipio de Apastepeque considera que los servicios prestados por los Equipos Comunitarios de Salud son buenos, término que no supera lo esperado, puesto que los sistemas de salud buscan dar excelencia en la atención y existen compromisos internacionales y nacionales como lo registrado en la Carta Ibero Americana de la Calidad que hace énfasis en la calidad y la satisfacción de los ciudadanos.

Dado que la promoción de la salud está determinada por el nivel de incidencia que tiene la población en la adopción de políticas públicas que mejoren sus condiciones y calidad de vida. Este componente es vital en la transformación de las metodologías de abordaje en la salud, también es débil según el estudio, la mayor parte de la población tiene una mínima participación en procesos de salud colectiva y comunitaria, lo que puede estar relacionado con la poca participación del personal que integran los Equipos de Salud en el componente de Promoción para la Salud, lo que conlleva a la falta de empoderamiento de la población en la reforma de salud y en los procesos e la mejora continua de la calidad de los servicios.

Los sistemas de salud y particularmente el Ministerio de Salud están llamados a realizar una constante revisión y análisis de estos procesos, lo que implica el desarrollo de programas y políticas que fortalezcan la participación comunitaria, la mejora continua de la calidad y la satisfacción de la población a través de la implementación de procesos colectivos, encuestas locales y nacionales de satisfacción, así como el monitoreo y supervisión facilitadora en terreno, que de acompañamiento y asesora al personal que impulsa la reforma de salud y el modelo de atención de Redes Integradas e Integrales de Salud, integrando metodologías de intercambio y participación con la comunidad misma.

La población confirmó según resultados que valora y aprueba la existencia de los equipos de salud en las comunidades como algo necesario e importante en su comunidad, sin embargo existe descontento e inconformidad pues la forma de cómo dan el servicio no lo consideran adecuado, el rechazo a la atención, el tiempo de espera, el maltrato son razones que manifestaron y que están afectando la calidad y expectativa que se tiene de la atención que se recibe.

Lo que implica una reflexión amplia de los cargos directivos y del personal operativo en el nuevo modelo de salud. Este modelo exige al prestador un cambio en la forma de dar la atención, lo que implica hacer los procedimientos y procesos diferentes, desde un enfoque científico y técnico según los valores y filosofía de un nuevo modelo de salud, pero también con un sentido más armonioso y respetuoso a la integración de los diferentes profesionales de la salud, un equipo formado y concebido para hacer del servicio una oportunidad de dar ciencia, salud a la población, además de una entrega daría de actitudes, comportamientos humanos impregnados de valores éticos hacia un servicio más humanizado y de alta calidad técnica.

Es importante destacar que los resultados denotan la necesidad de fortalecer componentes como el monitoreo y la supervisión oportuna y de campo con la población que reside y está asignada a ser atendida por un ECOSF, la calidad del

servicio de salud va más allá de la revisión de estándares prediseñados y supervisados con una visión parcial sin tomar en cuenta la opinión y la satisfacción que estos generan en la población que los recibe. A sí mismo la importancia de valorar la participación social en salud como aliados estratégicos en la Reforma de Salud y un nuevo modelo de atención, que puede ser mejor reconocido y apreciado por la población que es atendida.

La calidad de atención en los servicios de salud desde el punto de vista de la salud pública es un componente trazador para todo modelo de atención en salud con miras a satisfacer las expectativas de los ciudadanos e impactar en logros efectivos de las instituciones de salud. Sin embargo estos servicios prestados por los ECOSF del municipio de Apastepeque, según los resultados son afectados por los componentes técnicos que no son aplicados según lineamientos establecidos para la atención de la población, se puede identificar la necesidad de articular esfuerzos del personal que integra los equipos comunitarios de salud hacia cumplimiento de los estándares de la calidad mencionados en la carta Iberoamericana y los señalados en los documentos regulatorios de El Ministerio de Salud.

El estudio muestra elementos importantes para la mejora continua de la calidad en los servicios que se prestan los equipos comunitarios de salud en esta municipio, desde el punto de vista de la salud pública la calidad es un componente integral en la atención, los gestores y proveedores de los servicios deben hacer estudios sobre este tema, así como diseñar estrategias que lo fortalezcan. Los resultados igualmente permiten medir de forma cuantitativa la calidad del servicio en el municipio de Apastepeque, además de ser una herramienta de apoyo para el SIBASI San Vicente y la Región Paracentral de salud, así como un insumo de análisis de referencia del país.

VII. CONCLUSIONES

1. Los procedimientos técnicos: examen clínico indicación de tratamiento adecuado según diagnóstico, toma de signos vitales indicación de exámenes complementarios, según en el nuevo modelo de salud y procedimientos de los ECOSF son efectuados en su mayoría, sin embargo existe un porcentaje significativo que evidencia la no aplicación de estos lineamientos establecidos.
2. Los Equipos Comunitarios de Salud Familiar no utilizan la ficha familiar como herramienta de apoyo para el diagnóstico de la persona, familia, comunidad y no aplican el llenado correcto de la misma, lo que implica un análisis de la situación de salud deficiente así como perfil de salud y comunitario es débil para la toma de decisiones e intervenciones en salud.
3. La mayoría de la población no participa en comités de salud de las UCSF del municipio, ni en las actividades que estos promueven, lo que implica una limitada participación de los habitantes según lineamientos establecidos en el nuevo modelo de atención.
4. La coordinación intersectorial esperada del Equipo Comunitario es mínima en las comunidades lo que puede afectar el impacto en los objetivos propuestos, así como los resultados del mejoramiento óptimo de la salud y las condiciones de vida a nivel local y del municipio.
5. El nivel de satisfacción de la población estudiada del municipio Apastepeque en relación a los servicios prestados por los ECOS es aceptable y califican como buena, sin llegar al término de la excelencia esperada para un nuevo modelo de atención.
6. Según los resultados de la investigación el trato digno, la amabilidad, confianza, respeto y privacidad como componentes de la calidez prestada por el personal que integra los Equipos Comunitarios de Salud Familiar se practica en un

porcentaje considerable, sin embargo existe insatisfacción en estos componentes en un grupo significativo de los participantes en el estudio, siendo las principales causas de estas el tiempo de espera y el maltrato a los usuarios.

7. Existen los insumos necesarios para la prestación servicios que realizan los Equipos Comunitarios de Salud, aunque cierta cantidad de la población que fue objeto de este estudio manifestó que en ocasiones no son principalmente los medicamentos.
8. La población aprueba como bueno los procesos de agendamiento y otorgamiento de citas según programación, existiendo un porcentaje significativo que lo desaprueba y refiere no estar de acuerdo. De estos procedimientos.
9. La población valora como importante la existencia de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar en las comunidades considerando que estos contribuyen de manera significativa a la resolución de problemas de salud que pueden afectarlo.

VIII. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

1. Al nivel regional que se organice y desarrolle investigaciones científicas relacionadas al componente de calidad y satisfacción de los servicios que prestan los ECOSF.
2. Se monitoree y supervise el componente de la calidad y calidez prestada en la atención de salud por los Equipos Comunitarios de Salud.
3. Se promuevan los planes de mejora en función de la satisfacción esperada de la población que recibe atención en los ECOS.
4. Propiciar un mejor trato a la población atendida y potenciar la aplicación de valores y principios éticos en la atención incluyendo en los planes de educación continua el componente de humanización para el personal que labora en los Equipos Comunitarios de Salud Familiar.
5. Se apliquen los lineamientos de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud al personal que conforman los Equipos Comunitarios principalmente el enfoque de promoción para la salud, la participación intersectorial y la organización comunitaria.
6. Diseñar estrategias en la Región de Salud que le corresponde para que se fortalezcan las actividades respecto a la comunicación social sobre la Reforma de Salud y el Modelo de Atención

Al personal que conforman los Equipos Comunitarios de Salud

1. Que se apliquen los lineamientos para el desarrollo de actividades de los ECOS establecidos a través de los documentos regulatorios de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.
2. Que se fortalezca la participación y organización comunitaria en el componente de la promoción para la salud e intersectorialidad, desarrollando actividades colaborativas

con los habitantes de la comunidad así como el desarrollo de asambleas comunitarias.

3. Desarrollar jornadas multidisciplinarias de educación continua en el componente de la atención del servicio humanizada en salud y calidad de atención.
4. Practicar y aplicar la calidez en la atención prestada a la población en cuanto a los componentes de un trato digno como elemento imprescindible en servidor público que fortalezca la imagen y satisfacción de la ciudadanía.
5. Organizar estrategias o planes de mejora que disminuyan el tiempo de espera en la atención prestada por los Equipos Comunitarios de Salud a la población.
6. Promover a través de diferentes metodologías educativas la importancia de la participación comunitaria en los procesos implementados en el Modelo de Atención.
7. Que se realicen estudios sobre la satisfacción de los usuarios en relación al componente de calidad y calidez a nivel local.

A la población del Municipio de Apastepeque

1. Participar activamente en el desarrollo de actividades que promuevan los Equipos Comunitarios en el área rural y urbana de dicho municipio.
2. Cumplir con las responsabilidades que les competen como ciudadanos a fin de mejorar la calidad de vida de su familia y comunidad.
3. Participar en procesos y actividades que fomenten el desarrollo comunitario y la corresponsabilidad en el mejoramiento de las condiciones de vida y la salud.
4. Participar activamente en las asambleas comunitarias como parte de los comités locales de apoyo de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Atención humanizada en servicio de pabellón clínica de la mujer sanatorio alemán junio 2010 marcela cabrera. 1st ed. [ebook] Available at: http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/trabajos/Atencion_Humanizada
2. Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública, Plan de Acción, El Salvador 2008.Pag 15
3. Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública, Plan de Acción, El Salvador 2008.Pag 19
4. Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública, Plan de Acción, El Salvador 2008.Pag 16
5. Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública, Plan de Acción, El Salvador 2008.Pag 4
- 5bis.** Comisión Económica para América Latina y el Caribe. "Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social" San Salvador, América Latina. Pág. 30
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. "Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social" San Salvador, América Latina. Pág. 30
7. "Criterios éticos para reformar la salud" 14 ECA 451-452 editorial
8. El sentido común de la bioética universidad de Valladolid departamento de filosofía cuaderno de bioética xxv 2013. Available at: <http://www.aebioetica.org/revistas/2013/24/81/155.pdf>

- 9.** Elemento fundamental de la política sanitaria y análisis de los sistemas de salud resumen de conferencia tema uno esteban de Manuel y Antonio Dura biografía 40 monografía. [online] Available at: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- 10.** Estrategia y gestión en los servicios de salud escuela andaluza de salud pública. [ebook] Available at: <http://file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/Las%20redes%20de%20aprendizaje%20en%20Salud%20P%C3%BAblica%20%23MOOC.pdf>
- 11.** Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). [online] Paho.org. Available at: www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4159%3A2007-que-son-funciones-esenciales-salud-publicassp&catid=3175%3Aessential-public-health-functions-ephf&Itemid=3617&lang=es
- 12.** Guía para entidades públicas servicios y atención incluyente Colombia programa nacional de servicios ciudadanos Colombia Gerencia en salud MD EDUARDO DUEÑAS MANOSALVA 2013 BOGOTA.
- 13.** Hospital Universitario del Valle, HUV, “Evaristo García”, ESE Cali, Valle, Colombia 2010 Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios. ISBN.
- 13bis.** Hospital Universitario del Valle, HUV, “Evaristo García”, ESE Cali, Valle, Colombia 2010 Calidad de la atención en salud.
- 14.** La comunicación de los pacientes Isabel Cristina Bermúdez y gloria patricia Ricarte. 1st ed. [ebook] Available at: http://revistalatinoamericanaumanizales.cinde.org.co/wp-content/uploads/2013/03/revista_vol_11_No_1.pdf
- 14bis.** Lineamientos Técnicos de Promoción al Derecho Humano a la Salud 2014.

[online] Available at:

www.salud.gob.sv/archivos/pdf/Lineamientos_tecnicos_para_la_promocion_de_la_salud.pdf

- 15.** Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas Sectoriales. Dirección de Regulación. Viceministerio de Servicios de Salud, Dirección del Primer Nivel de Atención “Lineamientos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS FAMILIARES” 1a. Edición. San Salvador. El Salvador, C.A.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/Lineamientos_ecos.pdf
- 16.** Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas Sectoriales. Dirección de Regulación y Legislación Sanitaria, Viceministerio de Servicios de Salud, Dirección del Primer Nivel de Atención. Dirección Nacional de Hospitales “Manual de Organización y Funciones de las RIISS” 2da. Edición. San Salvador. El Salvador, C.A.
- 17.** Módulo 2 Calidad en la Gestión Estratégica en Salud Unidad didáctica 1 Modelos, enfoques y dimensiones de calidad en salud Ciclo de mejora continua Técnicas de identificación y priorización de problemas.
- 18.** Ministerio de Economía. Dirección General de Estadísticas y Censo. “Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2012”. Cdad Delgado, El Salvador 2012. Pág. 3
- 19.** María Isabel Rodríguez. Ministerio de Salud. Construyendo la Esperanza. “Estrategias y recomendaciones en salud 2009-2014”. San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 7 y 9
- 19bis.** Mapa de Pobreza: Política Social y Focalización de El Salvador, FISDL/FLACSO, Septiembre 2005.

- 20.**Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. “Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados”. San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 14-19
- 21.**Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas Sectoriales. Dirección de Regulación. Viceministerio de Servicios de Salud, Dirección del Primer Nivel de Atención. Lineamientos Técnicos de Calidad MINSAL. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_sala_situacional_riiss.pdf
- 22.**María Isabel Rodríguez. Ministerio de Salud. Construyendo la Esperanza. “Estrategias y recomendaciones en salud 2009- 2014”. San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 8
- 23.**Ministerio de Salud, Equipos Comunitarios de Salud Familiar “Lineamientos operativos para el desarrollo de las actividades de los Ecos Familiares y Especializados”, San Salvador, El Salvador 2009 Pág. 8
- 24.**Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. “Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados”. San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 19
- 25.**Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. “Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados”. San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 20
- 26.**Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. “Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados”. San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 21

- 27.**Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. “Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados”. San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 22
- 28.**Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. “Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados”. San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 23
- 29.**Ministerio de Salud (MINSAL), “Manual de organización y funcionamiento de las RIIS” San Salvador, 2011.p.
- 30.**Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. “Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados”. San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 32
- 31.**Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas Sectoriales. Dirección de Regulación. Viceministerio de Servicios de Salud, Dirección del Primer Nivel de Atención “Lineamientos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS FAMILIARES” 1a. Edición. San Salvador. El Salvador, C.A.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/Lineamientos_ecos.pdf
- 32.**Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. “Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados”. San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 33
- 33.**Ministerio de Salud. Equipos Comunitarios de Salud Familiar. “Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS Familiares y ECOS Especializados”. San Salvador, El Salvador 2009. Pág. 31-47.

- 34.**Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas Sectoriales. Dirección de Regulación y Legislación Sanitaria, Viceministerio de Servicios de Salud, Dirección del Primer Nivel de Atención. Dirección Nacional de Hospitales
- 35.**“Manual de Organización y Funciones de las RIISS” 2da. Edición. San Salvador. El Salvador, C.A
- 36.**Módulo 2 Calidad en la Gestión Estratégica en Salud Unidad didáctica 1 Modelos, enfoques y dimensiones de calidad en salud Ciclo de mejora continua Técnicas de identificación y priorización de problemas.
- 37.**Nivel de satisfacción del usuario en el servicio de consulta externa del Hospital Departamental San José de Marulanda Caldas ESE En el texto: (Orozco Bernal, Henao Trujillo and Londoño Masso, 2013). [online] Repositorio.ucm.edu.co. Available at: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/90>
- 38.**OPS, “Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en Las Américas”, Washington D.C. mayo, 2010.p.13.
- 38bis.** Organización Mundial de Salud. ”Atención Primara de Salud ”Sitio Web, acceso 13 de marzo de 2014;www.who.int/topics/primary_health_care/es/
- 39.**OMS. Declaración de Alma Ata: Atención Primaria de Salud. [Internet] Switzerland,; 1978. Available at: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- 40.**OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. [Internet]. Ottawa; 1986. Available from: www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.

- 41.** Odilia Gicela Cente Matamoros de Guerrero., “Condiciones de equidad en la disponibilidad y utilización de los servicios de salud en el salvador 2001”. Trabajo de graduación para optar al grado de maestro de salud pública. San Salvador: Universidad de El Salvador 2010.
- 42.** Política de salud en las Américas pedro brito. [online] ResearchGate. Available at: https://www.researchgate.net/publication/264869586_Politiclas_de_salud_en_las_Americas
- 43.** Protocolo de Encuesta de Satisfacción para Hospitales Ministerio de Salud, 2015
- 44.** Selva Sutter, Ernesto, “Al oído en aquellos interesados en la Reforma de Salud” Revista ECA,619-620,2000,p.573. Idem.p.574.
- 45.** Selva Sutter, Ernesto, “AL oído de aquellos interesados en la reforma en salud” Revista ECA No. 619-620 mayo-junio 2000 año LV p575
- 46.** Secretaria Técnica de la Presidencia, “Plan Quinquenal de Desarrollo, Gobierno de El Salvador 2010-2014”.D.32.
- 47.** Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española, 23ª ed., Edición del Tricentenario, [en línea]. Madrid: Espasa, 2014. Available at: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=actitud>
- 48.** Revista digital Investigación y Educación septiembre 2005 vol. 3. [online] Available at: www.csi-f.es/content/revista-ie-20-septiembre-2005-vol-3

ANEXO I

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
XIV Generacion de MSP



Entrevistas No. _____ (anotar No. con lápiz)

GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, PRESTADOS POR LOS EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR DEL MUNICIPIO DE APASTEPEQUE, DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE JULIO A DICIEMBRE 2015.

OBJETIVO:

Recolectar información sobre la Calidad de Atención de los servicios de salud, prestados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del municipio de Apastepeque, departamento de San Vicente julio a diciembre 2015.

INDICACIONES:

- Favor responder de manera completa todos los apartados de la guía.
- A continuación se le presentará un total de 20 preguntas.

DATOS GENERALES:

Nombre del entrevistador: _____,

Firma: _____

Fecha de llenado de cuestionario: ___/___/___

Hora de llenado de cuestionario: ___ a.m. ___ p.m.

Establecimiento de Salud _____,

SIBASI: _____

Región de Salud: _____

I. DATOS DEL ENTREVISTADO:

Cuál es su nombre: _____ (preguntarlo al final de la entrevista)

Género: M ____ F ____

Cuántos años tiene?: _____ (anotar años cumplidos) Procedencia:

Urbano ____ Rural ____

Grado estudió: _____ (anotar respuesta)

Calidad de los servicios

1. Cuando consulta con el médico del ECOS le realiza el examen físico:

Sí NO

2. En el momento de la preparación de su consulta la enfermera le toma: Presión arterial Temperatura Pulso Respiración Ninguno

3. El tratamiento que el médico le ha indicado es adecuado para su enfermedad

Sí No

4. El médico le indico exámenes por su enfermedad

Sí No

5. El equipo comunitario le ha clasificado su atención de acuerdo al riesgo o gravedad Sí No

6. El equipo comunitario le ha elaborado una ficha familiar de salud

Sí No

7. Existe comités de salud en la comunidad

Sí No

8. Participa usted en los comités locales de salud

Sí No

9. Realiza el equipo de salud asambleas comunitarias

Sí No

10. El equipo comunitario de salud mantiene coordinación con las instituciones que trabajan en la comunidad

Sí No

11. El equipo comunitario realiza visitas a su hogar para promoción y educación en salud Sí No

Nivel de satisfacción en calidez

12. Recibe un trato digno al momento de recibir la atención por parte del personal que conforma el equipo comunitario

Sí No

13. El personal del ECOS es amable y le da confianza al momento de la atención

Sí No

14. Existe privacidad al momento que recibe atención en el equipo comunitario

Sí No

15. El personal muestra respeto al realizar la atención

Sí No

16. Se encuentra satisfecho con la atención que el equipos comunitarios le proporciona Sí No

17. Si su respuesta es no cuales son las causas

- Maltrato
- Accesibilidad
- Ubicación de la sede
- Tiempo de espera

18. Considera usted que el equipo cuenta con los insumos necesarios para dar la atención

Sí No

Nivel de aceptación

19. Como aprueba el procedimiento de las citas para la atención en las UCSF Bueno

malo efectivo

20. Esta de acuerdo con la forma de cómo se atiende hoy en las UCSF

Sí No

21. Como califica el servicio que el equipo comunitario de salud da a la población

Muy bueno

Bueno

Malo

Deficiente

22. Para usted es importante la existencia del equipo comunitario de salud en la comunidad

Sí No

23. El Equipo Comunitario le resuelve y apoya en las necesidades de salud y de la familia

Sí No