



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA.**  
**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA-EL SALVADOR 2007-2009**

**PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR EN**  
**CLINICA COMUNAL DEL ISSS EN SANTA ROSA**  
**DE LIMA. MAYO 2006 – DICIEMBRE 2008.**  
**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRO**  
**EN SALUD PÚBLICA**

**AUTOR: MARIO LUÍS VALLE SALMERON**

**TUTOR: JOSE ELISEO ORELLANA**

**SAN MIGUEL, EL SALVADOR MAYO 2010**

# INDICE

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| Agradecimiento-----                 | i     |
| Resumen-----                        | ii    |
| I. Introducción-----                | 1     |
| II. Antecedentes -----              | 2-3   |
| III. Justificación-----             | 4     |
| IV. Planteamiento del Problema----- | 5     |
| V. Objetivos -----                  | 6     |
| VI. Marco Teórico -----             | 7-18  |
| VII. Diseño Metodológico -----      | 19-23 |
| VIII. Resultados -----              | 24-25 |
| IX. Discusión -----                 | 26-29 |
| X. Conclusiones-----                | 30    |
| XI. Recomendaciones -----           | 31    |
| XII. Referencias -----              | 32-33 |
| XIII. Anexos -----                  | 34-54 |

## **AGRADECIMIENTOS**

- Agradezco a DIOS todopoderoso por haberme iluminado todo este tiempo.
- A mi familia por tenerme paciencia de haber sacrificado tiempo que no estuve con ellos
- A mis compañeros que me apoyaron en momentos difíciles.
- A mis amigos por darme aliento para seguir adelante.

## RESUMEN

El objetivo principal de este estudio es describir la implementación, desarrollo y resultados del Programa de Medicina Familiar en las Áreas de Responsabilidad Programática de la Clínica Comunal Santa Rosa. Para llevarlo a cabo se ha tomado una muestra representativa de la población atendida así como de todo el personal que labora en la clínica, y así verificar si se ha seguido con la normativa de Clínicas Comunales con enfoque en Medicina Familiar.

Se paso el instrumento a 26 empleados y a 364 familias del ARP; entre los resultados más relevantes tenemos que un 87.5% de los empleados recibieron el curso de inducción para personal de clínicas comunales, entendiendo el concepto en el que se trabaja, también se llevaron a cabo en un 100% la planeación de los diferentes programas y la coordinación con el MSPAS.

El principal logro del programa ha sido la aceptación de la población atendida en el ARP la cual de muy buena manera ha permitido que se le explique el enfoque y como se desarrollara la atención a sus comunidades, se ha dejado claro que se trabajara en prevención y educación en salud.

En algunos indicadores de salud como lo son la vacunación en menores de 5 años, la salud sexual y las enfermedades crónicas degenerativas se ven disminuidos o no logran llegar al estándar requerido por el MSPAS o el ISSS.

Se tomaran las estrategias necesarias para mejorarlos y así disminuir el riesgo de enfermar al menos en la población de las Áreas de Responsabilidad Programática.

# INTRODUCCIÓN

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social a través de la División Técnica Normativa en el año de 1995 inicia con la implementación del Modelo de Medicina Familiar en las 31 Clínicas Comunales en todo el país.

Este programa comprende el desarrollo de la medicina comunitaria con enfoque preventivo y educativo para lo cual se capacito al personal que ya estaba laborando y al que iniciaría el trabajo en las diferentes Clínicas y comunidades llamadas Áreas de Responsabilidad Programática.

En mayo de 2006 se iniciaron labores en la Clínica Comunal Santa Rosa, implementando el modelo de Medicina Familiar, se asignaron 3 equipos básicos de salud constituidos por un Medico, un Educador y una Enfermera para las Áreas de Responsabilidad Programática que comprenden 1800 familias distribuidas en la ciudad de Santa Rosa de Lima, La Unión, El Salvador.

Este estudio ha descrito las fases de implementación, el proceso y los resultados del programa del ISSS en la Clínica Comunal Santa Rosa, así como ha verificado el grado de aceptación del programa por la población atendida.

## ANTECEDENTES

La Medicina Familiar evoluciono a partir de la medicina general en la década de los años setenta, en la época de la guerra de Vietnam, del movimiento de los derechos civiles y de la agitación social en muchos sitios del mundo.

En Estados Unidos estos sucesos coincidieron con un declive de la practica de la Medicina General debido a varias razones: existencia de pocos médicos graduados, una tendencia a la especialización que comenzó con la Segunda Guerra Mundial y una formación del medico general inadecuada para un sistema de atención sanitaria cada vez mas complejo. Al mismo tiempo, la población y los planificadores de salud mas aventajados censuraron la fragmentación de la medicina del país y exigieron la creación de un medico especializado en la atención sanitaria personalizada: el Médico Familiar.(1)

La Medicina Familiar surgió a partir de un movimiento social para atender las necesidades de atención sanitaria de la población y la necesidad del profesional de reintegrar la medicina a su debido lugar.(2)

Con la ayuda de la Academia Americana de Medicina General, en 1969 la Medicina de Familia se convirtió en la vigésima especialidad médica americana.

En Estados Unidos la nueva especialidad se creó gracias a 4 innovaciones básicas: un sistema de formación de médicos residentes de 3 años de duración, se creó una comisión de acreditación, la re acreditación obligatoria y formación médica continuada obligatoria.(3)

En otros países la Medicina Familiar evoluciono de maneras diversas. En España un real decreto de 1978 creo oficialmente la especialidad. En 14 países asiáticos la especialidad inicio en Corea del Sur, Malasia, Singapur, Hong Kong, Taiwán, Filipinas. En Australia y Nueva Zelanda está firmemente establecida la especialidad existe también en Sudafrica, Egipto y Nigeria.(4)

El grupo internacional que reúne a todos los especialistas es La Organización Mundial de Colegios y Academias de Medicina Familiar (WONCA) con sede en Singapur.

En el proceso de desarrollo de la Medicina Familiar en América Latina se pueden considerar dos épocas: antes de la creación del CIMF (Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar) y después de ella (Fundado en Caracas en 1981).

Antes de 1981 solo 3 países contaban con Programas de Medicina Familiar, 10 años después 18 países los habían desarrollado. La estrategia utilizada por el CIMF para desarrollar la especialidad en América Latina se presentó en la conferencia mundial del WOMCA en Vancouver en 1992. (5)

En Centroamérica existen programas de docencia de la especialidad en Costa Rica y El Salvador.

En El Salvador el programa funciona desde 1997 y a la fecha hay más de 40 médicos graduados como especialistas en Medicina Familiar y 23 médicos residentes en proceso de formación, su sede es el Hospital Regional de Sonsonate del ISSS donde se desarrolla bajo la supervisión del proceso de formación de personal que forma parte de la División Técnico Normativa. (6)

En 1995 se inicia con la apertura de 31 Clínicas Comunes con enfoque comunitario.

El 4 de mayo de 2003 se inaugura la Clínica Comunal Sitio del Niño, siendo la primera donde se inicia con el enfoque en Medicina Familiar.

El 26 de abril de 2006 se inician labores en la Clínica Comunal Santa Rosa, contando con el personal capacitado para trabajar netamente en Medicina Familiar y Comunitaria.

## **JUSTIFICACION**

La necesidad de describir y evaluar la implementación de un programa con enfoque en medicina familiar relativamente nuevo que nos de una perspectiva de lo que se ha hecho hasta ahora en el marco de atención primaria en salud en el Municipio de Santa Rosa de Lima, los resultados obtenidos también sirven de base para evaluar posteriormente el programa como un todo e implementar las experiencias que se han obtenido durante el tiempo que se ha trabajado en la medicina familiar y la atención primaria.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cómo describir, evaluar el proceso y los resultados de la implementación del programa de Medicina Familiar en áreas de responsabilidad programática del municipio de Santa Rosa de Lima durante el periodo Mayo de 2006 a Diciembre de 2008?

# **OBJETIVOS**

## **OBJETIVO GENERAL:**

Describir la implementación del programa de Medicina Familiar en las áreas de responsabilidad programática del Instituto Salvadoreño del Seguro Social en Santa Rosa de Lima desde Mayo de 2006 a Diciembre de 2008.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Identificar el proceso de implementación.
2. Conocer el desarrollo del programa.
3. Evaluar los resultados de la implementación del Programa.

## MARCO TEORICO

Por familia se entiende la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o afinidad que viven en un mismo hogar.

Sin embargo, la concepción de la familia debe ir más allá de esta definición tradicional y fenomenológica y entenderla como una forma de organización grupal intermedia entre la sociedad y el individuo, pero que responde a la clase social a la que pertenece, esto significa que la participación de sus miembros en el proceso productivo responde a la forma de organización social.

La concepción sistémica de la institución familiar la plantea como un subsistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en el que cada uno de sus integrantes interactúan como micro grupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad.

De todos los grupos sociales, la familia es probablemente el más controvertido, hablando en el sentido metafórico, la familia ha sido Aspecto importante es la preservación de la salud de todo ser humano lo constituye el grado de responsabilidad que se asuma para el cuidado de la misma. Ya sea en forma individual como colectiva; esta responsabilidad solamente puede ser lograda, toda vez que la persona obtenga los conocimientos adecuados y oportunos para que sean puestos en práctica y los conduzca a practicar un cambio positivo en sus actuales estilos de vida.

En este sentido, nuestras acciones, deben encaminarse a proporcionar una atención integral en salud para los derechohabientes en las clínicas comunales y actividades de fomento a la salud en las comunidades, a través de

una adecuada capacitación de sus miembros para estimular con mayor énfasis la realización de las mismas que involucren a la mayor parte de la población para alcanzar mejores condiciones de vida en las personas, en ese sentido incluir a otros sectores o instituciones en el proceso educacional de los habitantes de las comunidades, utilizando para ello las estrategias establecidas en el marco de atención primaria en salud.(7)

La ciudad de Santa Rosa de Lima está ubicada en la zona norte del departamento de La Unión, contando con 13249 habitantes aproximadamente, distribuido en 9 cantones y 85 caseíos. Por ser una zona fronteriza y minera es un sector de negocios con intercambio de producto con países hermanos. Sus principales actividades son la manufactura de exquisitos productos lacteos, además de gran comercio de joyas en oro de gran calidad y bajo costo. Hay crianza de ganado y aves de corral Por ello la mayor parte de esta población se dedica al comercio y se caracteriza por ser una población con la mayor parte de habitantes con escolaridad primaria y secundaria, con empleos informales y remesas familiares de parientes en Estados Unidos; además cuenta con emigrantes de dos países vecinos (Honduras y Nicaragua) lo que provoca el intercambio de culturas e incremento de la población y sus riesgos de salud, debido a la idiosincrasia, hacinamiento, y bajo nivel educativo.

En la actualidad uno de los principales propósitos y retos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social es mejorar el nivel de salud de los derechohabientes y no derechohabientes a través de la prevención en salud Familiar y Comunitaria.

Para lograr estos retos fue necesaria la apertura de centros de atención primaria en salud (Clínicas Comunales). En 1995 con una filosofía original se inicia la implantación de 31 clínicas comunales con visión comunitaria; contando hasta el momento 38 clínicas en total. Dentro de las cuales se encuentra la Clínica Comunal Santa Rosa que nace el 26 de abril del 2006 con el enfoque en Medicina Familiar y Comunitaria.

Dentro de las generalidades sobre el funcionamiento y organización de clínicas comunales tenemos:

Todas las clínicas comunales deberán contar con cinco equipos de salud, en aquellos caso que el número sea menor deberán complementarse lo más pronto posible a fin de lograr coberturas adecuadas con el modelo de medicina familiar.

Cada clínica comunal que tenga cinco equipos de salud, tendrá adscrita una población máxima de 15000 derechohabientes que incluye los derechohabientes del ARP y los que por su lugar de vivienda(área geográfica de influencia)o trabajo tenga una mejor accesibilidad geográfica hacia la clínica comunal, si la cantidad de derechohabientes adscritos sobrepasa la capacidad instalada, la subdirección de salud, previo, estudio determinara la conveniencia para el instituto para establecer otra clínica comunal en la zona.

Cada equipo de salud tendrá la responsabilidad de fomentar la salud a 600 familias derechohabientes o no, cuya ubicación delimitara el área de responsabilidad programática del equipo.

Los cotizantes y sus beneficiarios que no pertenezcan al ARP de la clínica comunal, pero que pertenezcan al área geográfica de influencia y los trabajadores de la zona quedaran adscritos al médico que los atendió la primera vez, con el cual estaba pasando su consulta o con el médico que el paciente solicite, y deberán ser atendidos para el tratamiento de sus enfermedades agudas y crónicas de forma integral, debiendo ser incorporado como usuarios de los programas integrales de salud, componentes y componentes especiales de acuerdo a su estado de salud.

La atención ambulatoria se proporcionara en la clínica comunal en el mismo bloque horario de ocho horas para todos los trabajadores; sin embargo el inicio de las labores será de acuerdo a la necesidad de los derechohabientes usuarios de la misma y sin interrumpirla al mediodía. Se exceptúa lo anterior al persona que por las necesidades del servicio (recepción, enfermería, auxiliares de servicio) pueden

tener un horario diferente al resto de los empleados de la clínica. No cuentan para esta clausula los médicos de cuatro horas cuya función única es la consulta externa los cuales trabajaran de acuerdo al horario contratado.

La consulta médica será de medicina familiar proporcionada por médicos generalistas capacitados (familiares o generales).

El estándar de consulta será de cuatro pacientes por hora medico con el fin de proporcionar una buena calidad de atención.

Las clínicas comunales deberán atender, estabilizar o inmovilizar a pacientes que asistan en casos de emergencia y poderlos trasladar a un centro de mayor capacidad resolutive y realizar procedimientos de pequeña cirugía de primer nivel de atención.

Las actividades de fomento a la salud tanto intramurales como extramurales se realizaran a través de equipos de salud conformados por un médico generalista, quien será el responsable del equipo, una enfermera y un educador para la salud y cuando se requiera con otro personal paramédico de la clínica comunal o de la unidad médica de adscripción previa solicitud al médico director respectivo.

Cada equipo de salud deberá desarrollar actividades de fomento a la salud, incluyendo la visita domiciliar con la planificación necesaria a fin de optimizar los recursos (humanos y tiempo) de la siguiente manera:

- a) Un día laboral completo a la semana en su ARP.
- b) Un día a la semana por la tarde en su ARP.
- c) Un día a la semana por la tarde en la clínica, desarrollando las actividades de los programas de prevención en salud (actividades educativas y elaboración de informes).
- d) Un día a la semana por la mañana, cada uno de los miembros del equipo que se encuentren en labores asistenciales, deberá impartir una charla corta a los

pacientes que se encuentren en las salas de espera relacionada con el fomento de los programas preventivos o sobre enfermedades de interés epidemiológico y otro personal técnico o de apoyo de la clínica deberá impartir charlas relacionadas con su disciplina.

Cada equipo de salud tendrá bajo su responsabilidad la coordinación de uno o más programas integrales de salud, componentes y componentes especiales y se rotaran cada año en la coordinación de los mismos.

Cada equipo coordinador de programas integrales de salud componentes y componentes especiales deberá planificar, desarrollar, evaluar y realizar los informes de acuerdo a lo establecido en el mismo y definir las funciones de cada uno de los miembros del equipo para el desarrollo adecuado de las actividades del programa, tanto intra como extramurales, para lo cual se deberá establecer un cronograma de trabajo que defina los tiempos a utilizar en cada una de ellas, que debe ser autorizado por el médico director de la clínica.

Las actividades de atención primaria, como las visitas domiciliarias, las de organización comunitaria, de capacitación de líderes y voluntarios y la realización de diferentes actividades de promoción y fomento a la salud en las comunidades, serán realizadas por todos los equipos de salud el día que corresponda a su trabajo comunitario.

Para fines de planificación, detección, control, seguimiento y referencia, el área de responsabilidad programática de la clínica comunal se dividirá en zonas, teniendo como punto de referencia la clínica comunal y extendiéndose en forma centrifuga hasta completar el total de las familias de su responsabilidad. Cada zona identificada y definida de acuerdo al equipo que la atiende, se le asignara un color determinado, excepto rojo, amarillo y verde, que son los que se utilizaran para la clasificación de riesgos.

Para pacientes que ameriten una visita domiciliar por casos de interés epidemiológico o programas preventivos que no correspondan al ARP, pero que

sean del área geográfica de influencia podrán ser visitados y realizar las acciones pertinentes, previa autorización del director de la clínica comunal; sin embargo, no se desarrollara el componente de visita domiciliar familiar.

Servirá de libros de control y registro para las actividades de atención primaria en salud los siguientes documentos:

a) Libro de control para la salida y regreso del personal que realiza actividad extramural que contemple los siguientes campos:

-Fecha.

-Nombre del personal que realiza la actividad.

-Lugar donde se va a realizar la actividad

-Teléfono donde poder controlarlos por alguna emergencia.

-Hora de salida.

-Hora de regreso.

b) Ficha familiar para la visita de primera vez al domicilio, firmada por el responsable de la familia.

c) Hoja de visita domiciliar subsecuente para las visitas subsecuentes, firmada por el responsable de la familia.

d) Libro de registro manual o electrónico de las visitas domiciliarias.

e) Diario de campo para las actividades realizadas en la comunidad, centro escolar o empresas, relacionadas con actividades de coordinación, organización y ejecución de actividades grupales de fomento a la salud.

Se deberá dar atención integral en salud a los derechohabientes usuarios de la clínica comunal en base al siguiente portafolio de servicios:

- Atención medica preventiva, curativa de rehabilitación y detección de factores de riesgo.
- Atención de salud bucal mediante consulta odontológica infantil preventiva y curativa.
- Atención y promoción al programa integral en salud infantil (0-12 años).
- Atención y promoción al programa de atención integral en salud en la mujer.
- Atención y promoción al programa integral al adulto hombre (20-59 años).
- Atención integral en salud al adulto mayor (60 años y mas).
- Promoción y fomento de la salud mental.
- Orientación nutricional a los grupos de riesgo.
- Aplicación de vacunación en base a los esquemas oficiales existentes.
- Actividades de detección y prevención de patologías crónicas degenerativos.
- Actividades de detección y prevención de enfermedades infectocontagiosas.
- Atención de pequeñas cirugías.
- Aplicación de inyecciones y curaciones.
- Aplicación de nebulizaciones.
- Orientación y aplicación de terapias de rehidratación oral.
- Visita domiciliar.
- Toma de exámenes y tramite de muestras al laboratorio clínico.
- Desarrollo de actividades de fomento y promoción de la salud, mediante programa educativo.
- Atención y promoción del programa de prevención de ITS/SIDA.

- Aplicación de la estrategia DOTS/TAES del programa de control de la tuberculosis y del enfoque práctico de la salud pulmonar (PAL).
- Actividades de detección de problemas de salud mental, violencia intrafamiliar y maltrato infantil.
- Sistema de referencia y retorno de pacientes con niveles correspondientes.
- Apoyo a pacientes en retorno a la comunidad posterior a su egreso hospitalario de su ARP.
- Atención y vigilancia de enfermedades infecciosas emergentes y re emergentes.
- Despacho de recetas de medicamentos, en base al listado oficial de medicamentos.
- Desarrollo de actividades de organización y de participación de las comunidades de su ARP, para lograr la intervención activa en la solución de problemas de salud propios de cada lugar.

Las fases de implementación para la operativización de actividades de atención primaria en salud son las siguientes:

## **I-FASE I.**

### **A.INDUCCION:**

Se establecerán las líneas de trabajo de fomento a la salud tanto intramural como extramural, incluyendo cada uno de los programas y componentes para cada uno de los equipos de salud y otras disciplinas técnicas de la clínica.

El III curso de inducción para personal de clínicas comunales con enfoque de salud familiar se desarrolló entre el 20 de marzo de 2006 hasta el 7 de abril de 2006, donde el objetivo fue que los participantes apliquen los conocimientos y principios fundamentales de salud pública, salud familiar y comunitaria en la atención a las personas, familia y comunidades en el área de responsabilidad

programática de cada clínica comunal. El curso ha sido diseñado para capacitar a los recursos que se incorporaran a clínicas comunales en proceso de apertura, por lo que es necesario que todos conozcan este enfoque de salud familiar y medicina comunitaria, para lograr que todo su accionar sea desarrollado tanto en el interior de la clínica como en visitas domiciliarias en trabajo comunitario, para poder así clasificar los riesgos de cada derechohabiente, los familiares y comunitarios.

La organización del curso ha sido responsabilidad de la División de Evaluación y Monitoreo, el Departamento de Normalización, Docencia y Educación Continua.

## **B.PLANEACION:**

**Elaboración de planes de trabajo** para la realización del diagnóstico socio-epidemiológico de las comunidades del ARP de la clínica comunal.

**Delimitación y conteo de familias** en las zonas aledañas a la clínica que cumplan el mayor criterio de concentración habitacional, lo cual delimitara el área de responsabilidad programática de cada equipo, comunicar y acordar con la unidad de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la zona las responsabilidades que le corresponderán al ISSS en el ARP.

## **C.REALIZACION DE LA PRIMERA VISITA DOMICILIAR.**

Para establecer el diagnóstico médico inicial de la familia y la aplicación de ficha familiar y otros instrumentos de medicina familiar.

## **D.RECOLECCION DE DATOS.**

## **E.ANALISIS DE DATOS.**

**F.SE REALIZARAN EN EL ARP DE ACUERDO A LAS FASES ESTABLECIDAS Y CON LA METODOLOGIA INVESTIGACION-ACCION-PARTICIPATIVA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:**

\*Establecer la información, identificación, coordinación y organización en salud generando compromisos de participación con la totalidad de líderes y voluntarios comunitarios y demás organizaciones ubicadas en las áreas de responsabilidad programática de la clínica comunal.

\*Establecer y ejecutar el plan de capacitación de los voluntarios de la comunidad.

\*Planeación y elaboración de mapa de riesgo socio ambiental y de recursos de la comunidad, previa capacitación al respecto.

\*Elaboración del diagnóstico situacional socio epidemiológico del ARP de la clínica comunal.

\*Planificar y realizar actividades preventivas extramurales, en concordancia a cada una de las necesidades identificadas, según las realidades modificables a corto plazo de cada una de las ARP de la clínica comunal, con la participación del comité de salud y los voluntarios capacitados.

Se entenderán los anteriores pasos como procesos simultáneos y dinámicos que se pondrán en práctica desde el inicio hasta la finalización del diagnóstico socio epidemiológico de la clínica comunal.

## **2. FASE II.**

a. Evaluación de las actividades realizadas y planificación de nuevas acciones de acuerdo a nuevas necesidades o seguimiento para mantener controlados los riesgos de la comunidad, con la participación de los representantes, de cada una de las poblaciones ubicadas en las áreas de responsabilidad programática de la clínica comunal.

b. Elaboración de estrategias en la comunidad con la finalidad de potenciar la elaboración y finalización de proyectos salud a nivel comunitario.

c. Evaluación y supervisión continua del cambio de riesgo modificable en la totalidad de los grupos familiares y en las poblaciones de responsabilidades programáticas de la clínica comunal.

d. Elaboración de anteproyectos en la comunidad que propicien cambios de riesgo socio-ambientales modificables a mediano y largo plazo.

e. Actualización periódica del diagnóstico socio-epidemiológico, de cada una de las poblaciones ubicadas en las áreas de responsabilidad programática de la clínica comunal.

### **3. FASE III.**

A. Serán determinadas de acuerdo a los resultados de las dos primeras fases, enfocadas a seguimiento y continuidad en la atención.

#### **B. VISITA DOMICILIAR FAMILIAR.**

1. Hacer visita domiciliar obligatoria de primera vez a cada una de las viviendas del ARP del equipo de salud, para captación de familias derechohabientes y no derechohabientes y determinación de riesgos; para lo cual se realizarán las diferentes actividades en cada uno de los miembros del grupo familiar:

a. Entrevista médica para determinar antecedentes personales y familiares.

b. Toma de signos vitales y examen físico dependiendo de lo determinado en la entrevista.

c. Determinar los riesgos familiares mediante la ficha familiar y otros instrumentos de medicina familiar y revisión de carne de vacunación.

d. Observación directa de las condiciones familiares y socio ambiental del grupo familiar.

2. Cada equipo básico de salud deberá tener un diagnóstico de la familia, elaborando su propio mapa de riesgo familiar y determinar en él, con los colores del semáforo la clasificación de cada familia:

**RIESGO ROJO:** Familia con riesgo alto de enfermar, **RIESGO AMARILLO:** Familia con riesgo leve a moderado de enfermar, **RIESGO VERDE:** Familia sin riesgo de enfermar.(8)

# DISEÑO METODOLOGICO

**Tipo de estudio:** Descriptivo.

**Universo 1:** Empleados de Clínica Comunal Santa Rosa.

**Universo 2:** 1800 familias del Área de Responsabilidad programática del ISSS en Santa Rosa de Lima.

**Muestra1:** 26 Empleados.

**Muestra2:** 364 Familias.

## Calculo de la Muestra

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 p q}$$

**Periodo del Estudio:** Mayo 2006 a Diciembre de 2008.

**Unidad Muestral:** Empleados de la Clínica comunal.

**Unidad de Análisis:** Respuestas de Cuestionario.

**Unidad Muestral:** Familias del Área de Responsabilidad Programática.

**Unidad de Análisis:** Información de Ficha Familiar

## Criterios de Inclusión

1. Ser empleado de clínica comunal ISSS Santa Rosa.
2. Haber recibido curso de inducción para clínicas comunales con modelo de Medicina Familiar.
3. Ser familia que pertenece a una de las áreas de responsabilidad programática.
4. Familia que le hayan pasado ficha familiar por empleados del ISSS.

## Criterio de exclusión:

- Familia negativa, que no quiera participar en el estudio.

**Variables:**

Independientes:

1. Cumplimiento de la fase de inducción.
2. Planeación
3. Coordinación.
4. Verificación

Dependiente:

1. Implementación del Programa.

### MATRIZ DE VARIABLES

| <b>Variable</b>                              | <b>Definición Operacional</b>   | <b>Valores o Categorías</b>                                       | <b>Escala</b>       | <b>Técnica de recolección de Datos</b> |
|--|---|---|---------------------|--|
| Cumplimiento de fase de inducción            | Capacitación a personal que trabajara en C.C con enfoque en Medicina Familiar                   | -Cumplimiento Total.<br>-Cumplimiento Parcial<br>-No Cumplimiento | Cualitativa Nominal | Guía de Entrevista                     |
| Planeación                                   | Programación de Actividades a Realizar en un periodo de tiempo por los equipos básicos de salud | -Presente<br>-Ausente   | Cualitativa Nominal | Guía de Entrevista                     |
| Nivel de Coordinación                        | Acuerdos a lo que se han llegado con el MSPAS en cuanto a la distribución de ARP                | -Si se Realizo<br>-No se Realizo                                  | Cualitativa Nominal | Guía de Entrevista                     |
| Verificación de llenado de fichas familiares | Comprobación en las ARP si se ha pasado la ficha familiar                                       | -Completamente<br>-Parcial<br>-No llenada                         | Cualitativa Nominal | Guía de Entrevista                     |

**Diseño de instrumento:** El instrumento fue diseñado en base a la participación del personal en el curso de inducción para clínicas comunales con modelo de medicina familiar, según los planes de trabajo de las diferentes disciplinas que conforman los equipos básicos de salud y la coordinación con el Ministerio de Salud Pública, que es la primera parte del instrumento que consta de 11 preguntas abiertas. La segunda parte del instrumento consta de 7 preguntas que son para las familias del Área de Responsabilidad Programática, donde se indaga sobre el Programa de Medicina Familiar y su puesta en marcha, las preguntas se harán con un tiempo estimado de entre 10 y 15 minutos. Para la validación del instrumento se pasaran 5 guías de evaluación a las diferentes disciplinas que trabajan en la clínica comunal Panamericana.

**Recolección de la información:**

1. Se paso la guía de entrevista al personal de clínica comunal.
2. Se pregunto a las familias del área de responsabilidad programática si le han pasado ficha familiar.

**Fuentes de información:**

1. primaria: ya que se obtuvo la información directamente del Personal de clínica comunal y de las familias del área de responsabilidad programática.

**Procesamiento y análisis de la información.** Al terminar de pasar la guía de entrevista a personal de la clínica y a las familias del área de responsabilidad programática, se digito la información en una base de datos elaborada en el programa epi –info 3.5 para el procesamiento y análisis de información. Se hizo un análisis descriptivo de los resultados y hallazgos obtenidos, haciendo distribuciones de frecuencia, porcentajes. Además se hizo un cruce de variables seleccionadas.

**Control de sesgos:** Observación: Se limita ya que el mismo observador hizo la recolección de las respuestas.

**Aspectos Éticos:** Considero que en ningún momento del desarrollo del estudio se ha faltado a la ética que corresponde como trabajadores de Salud ya que en todo momento las personas entrevistadas durante el llenado de la ficha familiar se les pidió su consentimiento y en su totalidad estuvieron de acuerdo en responder al interrogatorio.

## RESULTADOS

En este capítulo se resumen los resultados de la implementación del Programa de Medicina Familiar en Clínica Comunal Santa Rosa.

Podemos ver que el 87.5% de las personas completaron el curso de inducción, lo que significa que se cumplieron los objetivos del programa para personal que trabaja en Medicina Familiar en Santa Rosa. Tabla 1.

También nos indica que el 100% de la temática dada en el curso de inducción ha sido completada satisfactoriamente con la programación. Tabla 2.

Los diferentes programas han sido planeados según las normas para Clínicas Comunes con Modelo de Medicina Familiar. Según se constató con el personal de la Clínica. Tabla 3.

Desde el inicio de actividades se coordinó con personal del MSPAS la delimitación de Áreas de Responsabilidad Programática. Solo un miembro del personal de la Clínica no sabía de tal Coordinación. Tabla 4.

Verificamos que el 88.5% de las personas participaron del llenado de la ficha familiar aceptable para lo que han sido capacitados previamente. Tabla 5.

Podemos ver que la totalidad de las familias fueron visitadas para llenarles su ficha familiar que corresponde a cada ARP. Tabla 6.

Esta tabla indica que solo una familia de la ARP no recibió educación para la salud durante su visita domiciliar. Tabla 7.

Aquí nos indica que el 99.5% de las familias del ARP poseen agua potable y adecuada disposición de excretas, lo que hace que puedan prevenirse muchas enfermedades gastrointestinales y parasitarias. Tabla 8.

Podemos observar que hay 54.7% de niños menores de 5 años no vacunados lo que los hace susceptibles a enfermedades inmunoprevenibles. Tabla 9.

Observamos que hay un 36.4% de mujeres que no se han tomado la citología hace más de 2 años o nunca lo han hecho, esto las pone en riesgo de desarrollar cáncer cervico-uterino en algún momento de su vida. Tabla 10.

En la tabla se observa una tendencia creciente de enfermedades crónico-degenerativas a la cabeza el tabaquismo y el alcoholismo, seguido muy de cerca de la HTA y DM 2. Una estrategia sería los cambios en los estilos de vida para revertir esta tendencia. Tabla 11.

## **DISCUSION**

Los resultados obtenidos en la investigación nos revelaron, que las diferentes etapas de la implantación del Modelo de Medicina Familiar se completaron satisfactoriamente. Desde la concepción de la idea de los planeadores ha sido muy bien estructurada la forma en que se llevaría a cabo todo lo relacionado a este Modelo, si bien ha habido dificultades el resultado nos da la certeza que se ha trabajado metodológicamente apegados a normas previamente validadas.

Los datos nos revelan el nivel de aceptación y comprensión de la temática que se utilizo en el curso de inducción por parte del personal que se sometió a este entrenamiento, no hay variaciones importantes en cuanto al número de personas que recibieron el curso y las que no lo hicieron como para no validar la información.

### **I-FASE I.**

#### **A.INDUCCION:**

Se establecerán las líneas de trabajo de fomento a la salud tanto intramural como extramural, incluyendo cada uno de los programas y componentes para cada uno de los equipos de salud y otras disciplinas técnicas de la clínica.

El III curso de inducción para personal de clínicas comunales con enfoque de salud familiar se desarrollo entre el 20 de marzo de 2006 hasta el 7 de abril de 2006, donde el objetivo fue que los participantes apliquen los conocimientos y principios fundamentales de salud pública, salud familiar y comunitaria en la atención a las personas, familia y comunidades en el área de responsabilidad programática de cada clínica comunal. El curso ha sido diseñado para capacitar a los recursos que se incorporaran a clínicas comunales en proceso de apertura, por lo que es necesario que todos conozcan este enfoque de salud familiar y medicina comunitaria, para lograr que todo su accionar sea desarrollado tanto en el interior de la clínica como en visitas domiciliarias en trabajo comunitario, para poder así clasificar los riesgos de cada derechohabiente, los familiares y comunitarios.

La organización del curso ha sido responsabilidad de la División de Evaluación y Monitoreo, el Departamento de Normalización, Docencia y Educación Continua.  
(8)

En cuanto al nivel de planeación de los diferentes programas y componentes de programas se aprecia que en su totalidad se revisaron por los encargados, mucho antes de iniciar actividades en las ARP, y que por haber participado activamente en la recolección de datos casi todo el personal de la clínica se vio involucrado en esta tarea.

### **B.PLANEACION:**

**Elaboración de planes de trabajo** para la realización del diagnóstico socio-epidemiológico de las comunidades del ARP de la clínica comunal.

**Delimitación y conteo de familias** en las zonas aledañas a la clínica que cumplan el mayor criterio de concentración habitacional, lo cual delimitara el área de responsabilidad programática de cada equipo, comunicar y acordar con la unidad de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la zona las responsabilidades que le corresponderán al ISSS en el ARP.

La coordinación con las autoridades del MSPAS se realizó previo al inicio de actividades, ya que por ser Clínica nueva no se contaba con la información ni la delimitación de las áreas que le corresponderían cubrir al ISSS en la ciudad de Santa Rosa de Lima. Hubo y sigue habiendo una buena comunicación entre las dos entidades en lo relacionado a actividades de prevención y educación en salud.(8)

Hemos constatado que la muestra de todas las familias se visitaron por primera vez y que solo una de ellas niega habersele dado educación en salud, éste hecho es aislado y correspondería al equipo asignado a la ARP confirmar si en verdad no se le dio educación en la primera visita.

### **C.REALIZACION DE LA PRIMERA VISITA DOMICILIAR.**

Para establecer el diagnostico medico inicial de la familia y la aplicación de ficha familiar y otros instrumentos de medicina familiar.(8)

Por último y para validar la investigación se hicieron sondeos sobre la cobertura de vacunación en menores de 5 años, salud sexual, medioambiente y enfermedades crónico-degenerativas.

A pesar de contar con adecuada disposición de excretas y agua potable las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas son la primera y segunda causa de enfermedad respectivamente en el perfil epidemiológico.

Se debe de trabajar en educación en salud para poder controlar este fenómeno ya que se cuenta con el recurso para hacerlo.

Por otro lado la cobertura de vacunación en menores de 5 años en la muestra es de casi el 50%, muy lejos de las coberturas que sugiere el programa nacional de vacunación que es de 85%-95%.Una estrategia en la que se trabaja es de visita casa a casa con el equipo básico de cada ARP identificando zonas de riesgo y completando esquemas en los menores de 5 años.

En cuanto a salud sexual tenemos que en las ARP había un porcentaje de mujeres cerca del 13% que nunca se realizo la citología y otro 23% que se la realizo hace más de dos años. Una estrategia seria de referir a las pacientes al MSPAS cuando no son aseguradas y al ISSS cuando tienen la prestación, esto reduciría significativamente el porcentaje de mujeres en riesgo de Ca de cérvix.

En las enfermedades crónico-degenerativas se observo una tendencia en aumento de Alcoholismo y Tabaquismo seguido de cerca de hipertensión arterial, por lo que se sugeriría hacer énfasis en las complicaciones de estas enfermedades mediante la educación en salud.

Se debe recordar que esta es solo una muestra de la gama de problemas que se encuentran en todas las ARP y será el tiempo que nos dirá si el resultado de las intervenciones en salud fueron satisfactorias o fracasaron.

## **2. FASE II.**

a. Evaluación de las actividades realizadas y planificación de nuevas acciones de acuerdo a nuevas necesidades o seguimiento para mantener controlados los riesgos de la comunidad, con la participación de los representantes, de cada una de las poblaciones ubicadas en las áreas de responsabilidad programática de la clínica comunal.

b. Elaboración de estrategias en la comunidad con la finalidad de potenciar la elaboración y finalización de proyectos salud a nivel comunitario.

c. Evaluación y supervisión continua del cambio de riesgo modificable en la totalidad de los grupos familiares y en las poblaciones de responsabilidades programáticas de la clínica comunal.

d. Elaboración de anteproyectos en la comunidad que propicien cambios de riesgo socio-ambientales modificables a mediano y largo plazo.

e. Actualización periódica del diagnóstico socio-epidemiológico, de cada una de las poblaciones ubicadas en las áreas de responsabilidad programática de la clínica comunal.(8)

## CONCLUSIONES

1. La implementación del Programa de Medicina Familiar en Clínica Comunal Santa Rosa ha sido adecuada, porque se cumplieron los objetivos de las fases de inducción y planeación.
2. La aceptación y comprensión por parte de la población atendida al programa ha sido satisfactoria durante su desarrollo a pesar de que se trata de una modalidad educativa y no asistencialista como se ha estado haciendo tiempo atrás.
3. Los convenios que se hacen entre instituciones prestadoras de servicios de salud para atender poblaciones en riesgo de enfermar evitan la duplicidad de esfuerzos y producen mejores resultados cuando se trabaja en prevención primaria en salud.

## RECOMENDACIONES

1. Completar los equipos básicos de salud en las Clínicas Comunes que trabajan con el Modelo de Medicina Familiar.
2. Capacitación constante en estrategias nuevas de atención primaria en salud a los equipos básicos.
3. Monitoreo y evaluación para verificar el nivel de avance y cumplimiento de metas en las diferentes ARP.
4. Involucramiento de las comunidades en la toma de decisiones para el mejoramiento de su entorno medioambiental.

## REFERENCIAS

- 1-Rubinstein A. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica Panamericana, 2001.
- 2-Alvarez Sintet.Temas de Medicina General Integral: Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2001.
- 3-De la Revilla L. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona, España: Ediciones Doyma, S.A. 1994.
- 4-Taylor RB.Medicina de la Familia. Principios y Prácticas. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 2001.
- 5-Mc Whinney.IR.LaMedicina de Familia. Barcelona, España.Doyma, 1995.
- 6-Programa de Medicina Familiar del ISSS, 1998.
- 7-Declaración de Alma-Ata OMS-UNICEF, 1978.
- 8-Normas de Funcionamiento Para Clínicas Comunales, septiembre 2006.
- 9-Sauceda JM., Maldonado JM.La Familia: Su Dinámica y Tratamiento. Organización Panamericana de la Salud.IMSS.Washington DC., 2003.
- 10-Programa Docente de la Especialidad de la Medicina Familiar y Comunitaria, Madrid. España: Ministerio de Educación y Cultura 2002.

11-Louro Bernal I.y Otros. Un Nuevo Enfoque de la Enseñanza de La Atención Familiar en el Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Boletín Bibliografico.Fundesfam.España, 2002.

12-Plan Único de Especialidades Médicas en Medicina Familiar. Facultad de Medicina UNAM.Mexico DF.2003.

13-Starfield B.Atencion Primaria, Equilibrio entre Necesidades de Salud, Servicios y tecnología. Barcelona, España: Masson 2001.

14-Manual de Trabajo Comunitario del ISSS, 2003.

15-Normas del Componente de Educación para la Salud, ISSS, 2004.

16-Normas del Componentes de Salud Mental, ISSS, 2004.

17-III Curso de Inducción para personal de Clínicas Comunales con Enfoque de Salud Familiar.

## **ANEXOS**

## CRONOGRAMA

| Nº | ACTIVIDAD                                    | FECHAS DE CUMPLIMIENTO |   |   |   |        |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |
|----|--|------------------------|---|---|---|--------|---|---|---|------------|---|---|---|---------|---|---|---|
|    |  | MESES, SEMANA          |   |   |   |        |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |
|    |  | Julio                  |   |   |   | Agosto |   |   |   | Septiembre |   |   |   | Octubre |   |   |   |
|    |  | 1                      | 2 | 3 | 4 | 1      | 2 | 3 | 4 | 1          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 |
| 1  | ELABORACION DE PROTOCOLO                     | X                      |   |   |   |        |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |
| 2  | REVISION DE PROTOCOLO                        |                        | X |   |   |        |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |
| 3  | APROBACION DE PROTOCOLO                      |                        |   | X | X |        |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |
| 4  | ELABAORACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION |                        |   |   |   | X      |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |
| 5  | VALIDACION DEL INSTRUMENTO                   |                        |   |   |   |        | X |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |
| 6  | REPRODUCCION DE INSTRUMENTO                  |                        |   |   |   |        |   | X | X |            |   |   |   |         |   |   |   |
| 7  | APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO                   |                        |   |   |   |        |   |   |   | X          | X |   |   |         |   |   |   |
| 8  | TABULACIÓN y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN         |                        |   |   |   |        |   |   |   |            |   | X | X |         |   |   |   |
| 9  | ELABORACION DE INFORME FINAL                 |                        |   |   |   |        |   |   |   |            |   |   |   | X       | X |   |   |
| 10 | PRESENTACIÓN Y REVISIÓN DE INFORME FINAL     |                        |   |   |   |        |   |   |   |            |   |   |   |         |   | X | X |
| 11 | DEFENSA DE INFORME                           |                        |   |   |   |        |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |

## TABLAS

Tabla1.¿Completo el curso de Inducción del Programa de Medicina Familiar del ISSS en Marzo-Abril de 2006?

| <b>¿.Completo el curso de inducción?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje Acumulado</b> |
|--|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| <b>No</b>                                | 3                 | 12.5%             | 12.5%                       |
| <b>Si</b>                                | 21                | 87.5%             | 100.0%                      |
| <b>Total</b>                             | 24                | 100.0%            | 100.0%                      |

Fuente: Guía de entrevista

Tabla2.¿La temática del curso de inducción del Programa de Medicina Familiar del ISSS ha sido adecuada y con los tiempos estipulados?

| <b>¿La temática ha sido adecuada y con los tiempos estipulados en la programación?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje Acumulado</b> |
|--|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| <b>Si</b>  | 23                | 100.0%            | 100.0%                      |
| <b>Total</b>   | 23                | 100.0%            | 100.0%                      |

Fuente: Guía de entrevista.

Tabla3.¿Se llevo a cabo la Planeación de los diferentes programas que comprende el modelo de Medicina Familiar en Santa Rosa al inicio de labores en Mayo de 2006?.

| <b>¿Se llevo a cabo la planeación de los diferentes programas para trabajar en el modelo de medicina familiar?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje Acumulado</b> |
|--|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| <b>Si</b>  | 25                | 100.0%            | 100.0%                      |
| <b>Total</b>   | 25                | 100.0%            | 100.0%                      |

Fuente: Guía de entrevista

Tabla4.¿Se efectuó la Coordinación con el MSPAS para delimitar las ARP del Programa de Medicina Familiar en Santa Rosa en Mayo de 2006?

| <b>¿Se coordino con el MSPAS,la delimitación de ARP ?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje Acumulado</b> |
|---|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| <b>No</b>   | 1                 | 3.8%              | 3.8%                        |
| <b>Si</b>   | 25                | 96.2%             | 100.0%                      |
| <b>Total</b>  | 26                | 100.0%            | 100.0%                      |

Fuente: Guía de entrevista.

Tabla5. Participación en el llenado de la ficha familiar en las ARP de Santa Rosa en Mayo de 2006 a Diciembre de 2008.

| <b>¿Participo usted en el llenado de la ficha familiar en las ARP?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje Acumulado</b> |
|--|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| <b>No</b>  | 3                 | 11.5%             | 11.5%                       |
| <b>Si</b>  | 23                | 88.5%             | 100.0%                      |
| <b>Total</b>   | 26                | 100.0%            | 100.0%                      |

Fuente: Guía de entrevista.

Tabla6. Visita y llenado de ficha familiar por personal del ISSS en Mayo de 2006- Diciembre de 2008.

| <b>¿Le han visitado personal del ISSS, para el llenado de una ficha familiar?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje Acumulado</b> |
|---|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| <b>Si</b>   | 364               | 100.0%            | 100.0%                      |
| <b>Total</b>  | 364               | 100.0%            | 100.0%                      |

Fuente: Guía de entrevista.

Tabla7. Visita Domiciliar y Educación para la Salud por personal que trabaja en el Programa de Medicina Familiar Santa Rosa en Mayo de 2006-Diciembre de 2008.

| <b>¿En la visita domiciliar se le dio educación para la salud?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje Acumulado</b> |
|--|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| <b>No</b>  | 1                 | 0.3%              | 0.3%                        |
| <b>Si</b>  | 363               | 99.7%             | 100.0%                      |
| <b>Total</b>   | 364               | 100.0%            | 100.0%                      |

Fuente: Guía de entrevista.

Tabla8. Servicios Básicos en los hogares del ARP en Santa Rosa durante Mayo de 2006-Diciembre de 2008.

| <b>¿Posee el hogar agua potable y adecuada disposición de excretas?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje Acumulado</b> |
|---|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| <b>No</b>   | 2                 | 0.5%              | 0.5%                        |
| <b>Si</b>   | 362               | 99.5%             | 100.0%                      |
| <b>Total</b>  | 364               | 100.0%            | 100.0%                      |

Fuente: Ficha Familiar.

Tabla9. Inmunizaciones en los niños menores de 5 años del ARP en Santa Rosa desde Mayo de 2006-Diciembre de 2008.

| <b>¿Tienen completos los esquemas de vacunación los niños menores de 5 años?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje Acumulado</b> |
|--|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| <b>No</b>  | 165               | 45.3%             | 45.3%                       |
| <b>Si</b>  | 199               | 54.7%             | 100.0%                      |
| <b>Total</b>   | 364               | 100.0%            | 100.0%                      |

Fuente: Ficha Familiar.

Tabla10. Salud Sexual en las ARP del Programa en Santa Rosa desde Mayo de 2006-Diciembre de 2008.

| <b>¿Se ha tomado el examen de citología?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje Acumulado</b> |
|--|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| <b>No, hace más de dos años</b>              | 86                | 23.7%             | 23.7%                       |
| <b>Nunca</b>                                 | 46                | 12.7%             | 36.4%                       |
| <b>Si, en el último año</b>                  | 231               | 63.6%             | 100.0%                      |
| <b>Total</b>                                 | 363               | 100.0%            | 100.0%                      |

Fuente: Ficha Familiar.

Tabla11. Enfermedades Crónicas en las ARP de Santa Rosa desde Mayo de 2006-Diciembre de 2008.

| <b>¿Alguien en la familia padece alguna enfermedad crónico-degenerativa?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje Acumulado</b> |
|--|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| <b>Alcoholismo y/o Tabaquismo</b>  | 51                | 14.0%             | 14.0%                       |
| <b>Diabetes</b>  | 16                | 4.4%              | 18.4%                       |
| <b>HTA</b>   | 49                | 13.5%             | 31.9%                       |
| <b>HTA+DM</b>  | 13                | 3.6%              | 35.4%                       |
| <b>Ninguna</b>   | 220               | 60.4%             | 95.9%                       |
| <b>Otras</b>   | 15                | 4.1%              | 100.0%                      |
| <b>Total</b>   | 364               | 100.0%            | 100.0%                      |

Fuente: Ficha Familiar.



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA  
SALUD UNAN-MANAGUA**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



**INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION SOBRE LA  
IMPLANTACION DEL MODELO DE MEDICINA FAMILIAR EN LA CLINICA  
COMUNAL DE SANTA ROSA DE LIMA ISSS.**

**Objetivo: Conocer la percepción del personal que labora en la clínica  
comunal en relación a la implantación del Modelo de Medicina Familiar.**

**I Parte: Preguntas sobre la inducción, planeación y coordinación del  
Programa de Medicina Familiar**

Fecha:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

1-¿Recibió usted el curso de inducción para personal de clínicas comunales con  
el modelo de atención en Medicina Familiar?

Si                      No

2-¿Completo el curso de inducción?

Si                      No

Porque?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3-¿Entendió el concepto con el que se trabajara en Medicina Familiar?

Si    No

EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

4-¿La temática dada ha sido la adecuada y con los tiempos estipulados en la  
programación?

Si    No



12-¿Cuándo le visito personal del ISSS le informaron de que se trata el programa de Medicina Familiar?

Si            No

Explique: -----

13-¿En la visita Domiciliar se le dio Educación para la Salud?

Si            No

Explique-----

14-¿Se ha tomado el examen de citología?

- Si, en el último año.
- No, hace más de un año.
- Nunca.

15-¿Tienen completos los esquemas de vacunación los niños?

-Si            No            Porque?

16-¿Alguien de la familia padece alguna enfermedad Crónico-Degenerativa?

- HTA.
- Diabetes.
- Alcoholismo.
- Tabaquismo.
- Otras.

17-¿Posee el hogar agua potable y adecuada disposición de excretas y basura?

-Si            No

Explique?-----

## **GUIA PARA EL LLENADO DE INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION.**

**-El instrumento consta de dos partes para la recolección de información.**

**La primera parte se refiere a los datos del personal de la clínica sobre el proceso de inducción, planeación y coordinación antes de la puesta en marcha del Programa de Medicina Familiar. Esta consta de 10 preguntas abiertas.**

**-Fecha:** Se colocara la fecha en días, meses y año que se recoja la información.

**-Edad:** Se colocara la edad en años cumplidos del entrevistado.

**-Sexo:** Se colocara sexo (masculino o femenino según corresponda).

**-Ocupacion:** Se colocara la ocupación o el puesto que desempeña el entrevistado en la Clínica Comunal.

1-A la pregunta ¿Recibió usted el curso de inducción para personal de clínicas comunales con el modelo de atención en medicina familiar?

Se marcara “SI” si recibió el curso o “NO” si no recibió el curso.

2-A la pregunta ¿Completo el curso de inducción? Se marcara “SI” si fue completado o “NO” si no fue completado si la respuesta es “NO” se le dirá al entrevistado que explique porque no completo el curso.

3-A la pregunta ¿Ha entendido el concepto con el que se trabajara en Medicina Familiar? Se preguntara que explique porque “SI” o porque “NO”.

4-A la pregunta ¿La temática ha sido la adecuada de acuerdo a los tiempos de la programación? Se marcara “SI” o “NO” según sea el caso.

5-A la pregunta ¿Ha aplicado los conceptos aprendidos en el curso de inducción? Se marcara “SI” si ha aplicado los conceptos y “NO” si no los ha aplicado.

6-A la pregunta ¿Se considera capacitado para trabajar en el modelo de Medicina Familiar? Se colocara “SI” o “NO” según sea el caso.

Además una explicación sobre porque se considera o no capacitado.

7-A la pregunta ¿Se llevo a cabo la planeación de los diferentes programas para trabajar en Medicina Familiar? Se colocara “SI” o “NO” según el caso más una explicación por la respuesta.

8-A la pregunta ¿Se coordino con el MSPAS la delimitación de las ARP a los diferentes equipos básicos de salud? Se responderá “SI” o “NO” además la fecha en días, mes y año de la coordinación, también cual fue el motivo de la coordinación.

9- A la pregunta ¿Cree que se está trabajando con el Modelo de Medicina Familiar? Se colocara “SI” o “NO” según corresponda y además una explicación de porque cree que si o que no.

10-A la pregunta ¿Podría explicar que es la Medicina Familiar? Se colocara lo que el entrevistado entiende por Medicina Familiar.

11.A la pregunta ¿Participo en el llenado de la ficha familiar en las ARP? Se colocara “SI” o “NO” según corresponda.

**-La segunda parte se refiere a la comprobación del llenado de la ficha familiar en las Áreas de Responsabilidad Programática. Esta consta de 7 preguntas abiertas a las familias de la comunidad.**

12-A la pregunta ¿Le ha visitado personal del ISSS a efectuar el llenado de la ficha familiar? Se colocara "SI" o "NO" según corresponda.

13-A la pregunta ¿Cuándo le visito el personal del ISSS le informaron de que se trata el programa de Medicina Familiar? Se colocara "SI" o "NO" según corresponda, además explicara lo que entiende por Medicina Familiar.

14-A la pregunta ¿En la visita domiciliar se le dio Educación para la Salud? Se colocara "SI" o "NO" según corresponda mas una explicación sobre la educación recibida.

15-A la pregunta ¿Se ha tomado el examen de citología? Se subrayara.

-SI, en el último año, si la citología fue tomada hace menos de un año.

-NO, hace más de un año, si la citología fue tomada hace más de un año.

-Nunca, si nunca se ha tomado la citología.

16-A la pregunta ¿Tienen completos los esquemas de vacunación los niños? Se colocara "SI" si tienen completos los esquemas, "NO" si no tienen completos los esquemas. Si la respuesta es "NO" se explicara porque los motivos de no tener completos los esquemas de vacunación.

17-A la pregunta ¿Alguien en la familia padece alguna enfermedad crónico-degenerativa? Se subrayara el tipo de enfermedad que padece según corresponda:

-HTA (Hipertensión Arterial).

-Diabetes.

-Alcoholismo.

-Tabaquismo.

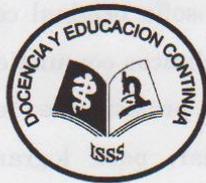
-Otras.

18-A la pregunta ¿Poseen en el hogar agua potable y adecuada disposición de excretas y basura? Se colocara "SI" o "NO" según corresponda mas una explicación si se carece de algún servicio.

**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA Y PLANIFICACION EN SALUD  
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA Y EDUCACION CONTINUA**



**III CURSO DE INDUCCIÓN PARA  
PERSONAL DE CLÍNICAS COMUNALES CON ENFOQUE  
DE SALUD FAMILIAR.**



**DIVISION DE EVALUACION Y MONITOREO**

**SAN SALVADOR, 20 DE MARZO DE 2006**

## INTRODUCCIÓN

Uno de los principales propósitos y retos de las autoridades del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y en especial de la Sub-Dirección de Salud, es mejorar el nivel de salud de los cotizantes, beneficiarios y de las comunidades en general a través de la extensión de servicios de atención primaria, especialmente la promoción, fomento a la salud, medidas preventivas, y acercar físicamente los servicios a los derechohabientes, aplicando la estrategia de salud familiar a través de la visita domiciliar por los equipos básicos de salud de las clínicas comunales.

Para lograr los objetivos propuestos es necesario la conversión de los centros de atención del primer nivel de salud y rescatar la política, mística de trabajo y filosofía original con la cual se inició en 1995 la implantación de las 31 clínicas comunales, para esto es preciso dotarlas de recursos técnicos y profesionales con visión comunitaria, salud pública y salud familiar, para lograr la protección social de los derechohabientes y las comunidades donde residen y trabajan los mismos derechohabientes y la población abierta.

Por lo que la División de Evaluación y Monitoreo, en coordinación con el Departamento de Docencia y Educación Continua han organizado este curso para dotar al personal de las clínicas comunales los conocimientos necesarios y suficientes de salud familiar y comunitaria para cumplir la Visión y Misión Institucional.



## OBJETIVO GENERAL

Que los participantes apliquen los conocimientos y principios fundamentales de salud pública, salud familiar y comunitaria en la atención a las personas, familias y comunidades en el área de responsabilidad programática de cada clínica comunal.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

Que el personal de Clínicas Comunales.

1. Mantenga sana a las familias asignadas en las zonas del área de responsabilidad programática.
2. Brinde servicios de salud en el que se integren el fomento, prevención, promoción en salud y restauración-recuperación de la salud familiar a través de la visita domiciliar por los equipos básicos de salud en las zonas asignadas.
3. Logre mejorar el funcionamiento y aplicación de los documentos técnicos del ISSS.
4. Desarrolle habilidades para conocer riesgos familiares, comunitarios y perfil epidemiológico local y comunitario, con el propósito de obtener cambios en dichos riesgos.



**DIVISION DE EVALUACION  
Y MONITOREO:**

**RESPONSABLES DIRECTOS**

**Dr. Santiago Almeida**

Jefe División de Evaluación y  
Monitoreo

**Dr. Odilio Linares**

Colaborador Técnico Médico

**Dr. Jonathan Hernández**

Colaborador Técnico Médico

**DEPARTAMENTO DE  
DOCENCIA Y EDUCACION  
CONTINUA**

**NORMALIZACION**

**Dr. José Roberto Chávez González**

Colaborador Técnico Médico

**Licda. Mabel Durán de Navarrete**

Colaboradora Técnica en Salud

**APROBACION**

**Dra. Mirna Evelin Quijano de**

**Contreras**

Jefa del Departamento



## GENERALIDADES

**DURACION:** 17 días hábiles

**FECHA:** del 20 marzo al 7 de abril del 2006

**HORARIO:** Lunes a viernes  
7:30 a.m. a 4:00 p.m.  
Sábado: 7:30 a.m. a 12:00md

**PARTICIPANTES:** Personal Técnico y Profesional para las  
Clínicas Comunes en proceso de apertura.

**PONENTES:** Personal Técnico y Administrativo de  
la Unidad Técnica Normativa y Planificación  
En Salud, Médicos Familiares.

**SEDE:** Auditorium del Departamento de Docencia y  
Educación Continua-Hospital General y  
Auditorium del Hospital de Oncología.



## DESCRIPCION DEL CURSO

El presente es un Curso que ha sido diseñado para capacitar a los recursos que se incorporarán a Clínicas Comunes en proceso de apertura, por lo que es necesario que todos conozcan este enfoque de salud familiar y medicina comunitaria, para lograr que todo su accionar sea desarrollado tanto en el interior de la clínica como en visitas domiciliarias en trabajo comunitario, para poder así clasificar los riesgos personales de cada derechohabiente, los familiares y comunitarios; el curso se hará a tiempo completo de lunes a viernes y sábados de 8:a.m. a 12:00md.

Es importante que se respeten los horarios establecidos y que los participantes sean puntuales a las actividades programadas, para lograr mejores resultados y conseguir los objetivos de la capacitación.



**PROGRAMACIÓN**

**MES: MARZO-2006**

| HORA              | LUNES 20  | MARTES 21  | MIÉRCOLES 22   | JUEVES 23   | VIERNES 24  | SABADO 25  |
|-------------------|---|--|--|---|---|--|
| 7:30am-8:00am     | Inscripción de participantes  | Control de Asistencia  | Control de Asistencia  | Control de Asistencia   | Control de Asistencia   | Control de Asistencia  |
| 8:00am - 9:00am.  | Inauguración del III Curso de Inducción a la Salud Familiar<br><b>Dra. Marjorie Fortín</b><br><b>Dr. Santiago Almeida</b> | Los programas y Componentes de Atención Integral en Salud<br><b>Dra. Susana Campos de Portillo</b>   | Normas del Componente de Salud Mental<br><b>Dr. Víctor Guillermo González</b>                        | Descripción de las Actividades del Programa Intra y Extramurales<br><b>Dr. José Hernández Peña</b><br><b>Licda. Maria del Carmen Fajardo y Lillian Montes Rodríguez</b>                 | Actividades de Nutrición en el Programa de Atención<br><br><b>Licda. Rosa Emilia de Seballos</b>  | -Programa de Salud Integral en Salud a la Mujer<br><br>-Áreas de atención<br><b>Dra. Georgina Santamaría</b> |
| 9:00am. - 10:00am | Modelo de Clínica Comunal con Enfoque de Salud Familiar<br><b>Dr. Edgar Martínez</b>                                      | La Educación Sanitaria en el contexto de la Promoción de la Salud<br><b>Licda. Mercedes de Castillo</b>                                      | Taller: Lectura de las Normas del Componente de Salud Mental<br><b>Dr. Víctor Guillermo González</b> | Indicadores del Programa Infantil<br><br><b>Dra. Ana Mercedes de Hernández</b>  |   | Planificación Familiar<br><b>Licda. Susana Blanco</b>  |
| 10:00am - 10:15am | <b>RECESO</b>   | <b>RECESO</b>  | <b>RECESO</b>  | <b>RECESO</b>   | <b>RECESO</b>   | <b>RECESO</b>  |
| 10:15am - 11:15am | Continuación tema anterior  | Taller: de Lectura de las Normas del Componente de Educación para la Salud<br><b>Licda. Mercedes de Castillo</b>                             | Normas del Componente de Salud Bucal<br><b>Dr. Mario Martínez Calderón</b>                           | Continuación tema anterior  | -Presentación de los instrumentos para realizar monitoreo de la nutrición<br><b>Licda. Rosa Emilia de Seballos</b>                        | -Presentación de la papelería a utilizar en planificación Familiar<br><b>Dr. Ricardo Figueroa</b>            |
| 11:15am - 12:00md |   |  | Taller: Lectura de las Normas del Componente de Salud Bucal<br><b>Dr. Mario Martínez Calderón</b>    | Actividades de Nutrición dentro del Programa Infantil<br><b>Licda. Rosa Emilia de Seballos</b>  |   | Atención Materna<br><b>Dra. Georgina Santamaría</b>  |
| 12:00md - 01:00pm | <b>RECESO</b>   | <b>RECESO</b>  | <b>RECESO</b>  | <b>RECESO</b>   | <b>RECESO</b>   |  |
| 01:00pm - 02:00pm | Trabajo en equipo<br><br>Cine Forum<br><b>Dr. Edgar Martínez</b>  | Taller: Uso de Instrumentos del Componente de Educación para la Salud<br><br>Plenaria: Aclarando dudas<br><b>Licda. Mercedes de Castillo</b> | -Presentación de la Norma de Atención Integral en Salud Infantil<br><b>Dr. José Hernández Peña</b>   | Continuación tema anterior  | -Programa de Atención Integral en Salud al Adulto Hombre (20-59 años)<br><b>Dra. Susana Magaña</b><br><b>Licda. Susana Blanco</b>         |  |
| 02:00pm - 04:00pm |   |  | -Principales definiciones del Programa Infantil<br><b>Dra. Ana Mercedes de Hernández</b>             | -Presentación de formularios y atención Integral en Salud Infantil<br><b>Dra. Ana Mercedes de Hernández</b><br><b>Licda. Maria del Carmen Fajardo y Licda. Lillian Montes Rodríguez</b> | -Evaluación de los Centros de chequeo del Adulto Hombre 2004-2005<br>Plenaria<br><b>Dra. Susana Magaña</b><br><b>Licda. Susana Blanco</b> |  |
| 04:00pm - 4:30pm  | Acuerdos de funcionamiento del curso de Inducción<br><b>Dr. Odilio Linares</b>  | -Norma de Referencia y Retorno<br><b>Dr. Odilio Linares</b>  |  | Norma de Incapacidades<br><br><b>Dr. Odilio Linares</b>   |   |  |



**PROGRAMACIÓN**

**SEDE: AUDITORIO HOSPITAL DE ONCOLOGIA MES: MARZO-ABRIL**

| HORA                                     | LUNES 27   | MARTES 28   | MIÉRCOLES 29   | JUEVES 30   | VIERNES 31  | SABADO 1 ABRIL  |
|--|--|---|--|---|---|---|
| 7:30am-8:00am                            | Control de Asistencia  | Control de Asistencia   | Control de Asistencia  | Control de Asistencia   | Control de Asistencia   | Control de Asistencia   |
| 8:00am                                   | Climaterio   | <b>Nutrición en el hombre en las diferentes etapas de la vida</b><br>Licda. Rosa Emilia de Seballos                             | Programa de Atención Integral en Salud al Adulto Mayor   | Normas del Componente de control de la Tuberculosis               | <b>Temas de Vigilancia Epidemiológica</b>                         | <b>Temas de Vigilancia Epidemiológica</b>                         |
| 9:00am.                                  | Dr.Armando Heriberto Lucha   |   | Dra. Margarita de Julián   | Dra. Susana Campos de Portillo                                    | Dra. Morena de Tévez  | Dra. Morena de Tévez  |
| 9:00am.                                  | Citologías   |   |  |   |   |   |
| 10:00am                                  | Dr.Armando Heriberto Lucha   |   |  |   |   |   |
| 10:00am<br>10:15am                       | <b>RECESO</b>  | <b>RECESO</b>   | <b>RECESO</b>  | <b>RECESO</b>   | <b>RECESO</b>   | <b>RECESO</b>   |
| 10:15am<br>11:00am<br>11:00am<br>12:00md | Actividades de Nutrición en el Programa de atención Integral a la mujer!<br>Licda. Rosa Emilia de Seballos | Intervenciones Nutricionales en los programas :Adulto hombre, adulto mayor, Salud Ocupacional<br>Licda. Rosa Emilia de Seballos | Programa de Atención Integral en Salud al Adulto Mayor (Continuación)<br>Dra. Margarita de Julián  | Taller: Instrumentos de Trabajo<br>Dra. Susana Campos de Portillo | <b>Temas de Vigilancia Epidemiológica</b><br>Dra. Morena de Tévez | <b>Temas de Vigilancia Epidemiológica</b><br>Dra. Morena de Tévez |
| 12:00md<br>01:00pm                       | <b>RECESO</b>  | <b>RECESO</b>   | <b>RECESO</b>  | <b>RECESO</b>   | <b>RECESO</b>   |   |
| 01:00pm<br>4:00pm                        | Continuación actividades de nutrición<br>Licda. Rosa Emilia de Seballos                                    | Programa de Atención Integral en Salud Ocupacional<br>Dr. René Antonio Herrera  | -Panorama Actual del VIH/SIDA en el ISSS<br>-Antecedentes: Vías de transmisión, vigilancia epidemiológica, SIPPE<br>-Normas VIH/SIDA<br>Dra. Carolina de Pérez | Continuación tema anterior  | <b>Temas de Vigilancia Epidemiológica</b><br>Dra. Morena de Tévez |   |
| 4:00pm<br>4:30pm                         |  | Inducción a procesos de Archivo<br>Dr. Odilio Linares   |  | Inducción a procesos de Farmacia<br>Dr. Odilio Linares            |   |   |



**PROGRAMACIÓN**

**MES: ABRIL**

| HORA  | LUNES 3  | MARTES 4  | MIÉRCOLES 5  | JUEVES 6   | VIERNES 7   |  |
|---|--|---|--|--|---|--|
| 7:30am-8:00am   | Inscripción de participantes   | Control de Asistencia   | Control de Asistencia  | Control de Asistencia  | Control de Asistencia   |  |
| 8:00am<br>10:00am   | Marco conceptual de Atención Primaria en Salud (APS)<br>-Definición<br>-Acciones<br>-Estrategias<br>-Promoción de la Salud<br>-Declaración de la carta de Ottawa<br>Salud Pública<br>Salud comunitaria<br>Salud Familiar-<br>Niveles de Prevención en Salud familiar<br>Línea Basal- Mapa de Riesgo<br><b>Dra. Margarita de Julián</b> | Línea Basal<br>- Mapa de Riesgo<br>-Diseño de Proyectos<br>-Organización Comunitaria para la APS<br>-Participación Comunitaria para la APS<br><br><b>Dra. Margarita de Julián</b>   | Instrumentos de Medicina Familiar<br><br><b>Dr. Samuel Henríquez</b><br><br>Paciente Poli sintomático<br><br><b>Dr. Samuel Henríquez</b>   | Actividades Intra y Extramurales de los Equipos básicos de salud.<br><br><b>Dr. Odilio Linares</b> | Lineamientos de trabajo en Salud Familiar<br><br><b>Dr. Odilio Linares</b>  |  |
| 10:00am<br>10:15am  | <b>RECESO</b>  | <b>RECESO</b>   | <b>RECESO</b>  | <b>RECESO</b>  | <b>RECESO</b>   |  |
| 10:15am<br>11:00am<br>12:00md                             | Taller: Práctica de llenado de la Ficha Familiar<br><b>Dra. María Eugenia Machón de Figueroa</b><br><b>Dr. Jonathan Hernández Somoza</b><br><b>Dr. Ernesto Martínez Avilés</b>   | Taller: Práctica de Aplicación Encuesta CAP, Mapa de Riesgo, Elaboración Proyecto de Saneamiento Ambiental Básico<br><b>Dra. María Eugenia Machón de Figueroa</b><br><b>Dra. Sara Granadino</b><br><b>Dr. Jonathan Hernández Somoza</b><br><b>Dr. Ernesto Martínez Avilés</b> | Formación de Voluntarios<br><br><b>Dr. Jonathan Hernández Somoza</b><br><br>Abordaje Familiar de Enfermedades crónicas<br><br><b>Dr. Ernesto Martínez Avilés</b>   | Contrato Colectivo<br><br><b>Representante del STISS</b>   | Evaluación de Curso de Inducción<br><b>Dr. Odilio Linares</b><br><br>Firma de Documentos<br><br><b>Dr. Edgar Martínez</b> |  |
| 12:00md<br>01:00pm  | <b>RECESO</b>  | <b>RECESO</b>   | <b>RECESO</b>  | <b>RECESO</b>  | <b>RECESO</b>   |  |
| 01:00pm<br>2:00pm<br>2:00pm<br>3:00pm<br>3:00pm<br>4:00pm | Historia y Principios de Medicina Familiar<br><br><b>Dra. Sara Granadino</b><br><br>Modelo Biosicosocial<br><br><b>Dr. Ernesto Martínez Avilés</b><br><br>Enfoque Familiar de APS.<br><b>Dra. María Eugenia Machón de Figueroa</b>   | Clasificación de Familia<br><b>Dra. María Eugenia Machón de Figueroa</b><br><br>Atención del paciente odioso<br><b>Dr. Jonathan Hernández Somoza</b><br><br>Entrevista clínica y Visita Familiar<br><br><b>Dra. Sara Granadino</b>  | Prevención de Ansiedad<br><b>Dra. María Eugenia Machón de Figueroa</b><br><br>Prevención de Depresión<br><b>Dra. Sara Granadino</b><br><br>-Medidas preventivas en Nutrición.<br>-Actividad Física y Salud<br><b>Dra. María Eugenia Machón de Figueroa</b><br><b>Dra. Sara Granadino</b> | Ley y Reglamento del ISSS<br><br><b>Lic. Orlando Alberto Cruz</b>                                  | Cierre de Curso de Inducción<br><br><b>Dra. Marjorie Fortín</b><br><b>Dr. Santiago Almeida</b>                            |  |



## **GLOSARIO DE TERMINOS**

**-A: R.P:** Área de Responsabilidad Programática.

**-ISS:** Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

**-MSPAS:** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

**-O.M.S:** Organización Mundial de la Salud.

**-UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.