



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA 2008-2010
SAN SALVADOR, EL SALVADOR

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MASTER EN SALUD PUBLICA

TITULO:

“PROCESO DE IMPLEMENTACION DE LAS REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE CINQUERA, CABAÑAS, DURANTE EL PERIODE DE JULIO DE 2010 A JULIO DE 2011.”

AUTORA:

CELIA ELIZABETH GONZÁLEZ RUIZ

TUTOR:

DRA. ZAIRA PINEDA GADEA

SAN SALVADOR, NOVIEMBRE DE 2011.

INDICE

I- INTRODUCCION.....	1
II- ANTECEDENTES.....	2
III-JUSTIFICACION.....	5
IV- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V-OBJETIVOS.....	8
VI- MARCO REFERENCIAL.....	9
VII-METODOLOGIA.....	24
VIII-RESULTADOS.....	26
IX-ANALISIS DE RESULTADOS.....	34
X-CONCLUSIONES.....	44
XI-RECOMENDACIONES.....	45
XII- BIBLIOGRAFIA.....	47
ANEXO.....	49

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO:

Por regálame mas de lo que merezco, incluyendo la vida y todas las oportunidades

Gracias porque me das el discernimiento de tu santo espíritu en cada momento.

A MI ESPOSO:

Por su apoyo incondicional que día a día me demuestra.

A MI MADRE:

Por la vida y por su apoyo constante

A MIS AMIGAS:

Por animarme a seguir adelante siempre

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO:

Por demostrarme su maravillosa presencia en los momentos de luz y sombra de mi vida y por socorrerme siempre.

A TODOS LOS DOCENTES DEL CIES:

Por compartir sus amplios conocimientos y experiencia con sus alumnos de El Salvador, además por demostrarnos en cada momento su buena voluntad para con nosotros.

RESUMEN

El presente trabajo se realizó en el municipio de Cinquera, departamento de Cabañas, El Salvador, nace a raíz de la Reforma de Sistema de Salud Salvadoreño, iniciada a partir del año 2010. En respuesta a esta reforma surge la Construcción de las Redes Integrales e Integradas de los Servicios de salud, como eje transversal número 1 de la reforma.

Naciendo de esta manera las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS) en el municipio de Cinquera. Investigación de tipo cualitativa, en la que se sistematizó la experiencia de los actores directos de este proceso de implementación. Donde para la recolección de datos se utilizaron 3 cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas, el primero dirigido al 100% del persona de salud de ese municipio, que constó de 11 preguntas, (8 recursos en total), el segundo, dirigido a los principales líderes comunitarios, 9 líderes en total y un último se dirigió a 8 representantes de instituciones locales. Los 2 últimos con 9 preguntas respectivamente.

Para lo cual se plantearon como objetivos explicar cómo fue el proceso de implementación del nuevo modelo de atención en salud en el municipio, conocer la opinión de los diferentes actores claves, principalmente los empleados de salud, con respecto al nuevo modelo de atención implementado, identificando a lo largo del proceso las dificultades y fortalezas que se enfrentaron, todo ello ocurrido en el periodo de Julio de 2010 a julio de 2011.

En el que se obtuvieron como resultados principales.: Que el 100% de los empleados de salud conocían el nuevo modelo de atención, el 100% opina que el nuevo modelo trajo beneficios a la comunidad, entre los cuales el 62.5% percibe como beneficio una mayor prevención de las enfermedades, promoción de estilos de vida saludables y es económico (hay gratuidad) 50% opina que el papel de la comunidad es más participativo, el 62.5% de los empleados señalan como limitante el poco acompañamiento de niveles superiores e n el proceso, 37.5% renuencia a lo preventivo de la comunidad en un inicio, 25% inaccesibilidad de algunas comunidades y como fortalezas señalan la capacitación constante al equipo y el trabajo en equipo 50% y 37% respectivamente.

En cuanto a los líderes comunitarios, el 100% conocían el nuevo modelo, el 88.9% lo conoció por asambleas comunitarias, el 100% de líderes pertenecen a alguna organización. Referente a las instituciones, el 87.5% conocían el nuevo modelo, el 50% por medio de asambleas comunitarias, 62.5% no participo en la implementación, del porcentaje que participo el 66% fue durante el proceso de implementación y un 75% de las instituciones están coordinando con el equipo de salud local.

I- INTRODUCCION

La presente investigación consiste en la sistematización de la experiencia de trabajo de la implementación de las Redes Integrales e Integradas en salud (RIIS) en el municipio de Cinquera, en el departamento de cabañas. En el cual se realizó una memoria desde el inicio hasta los logros alcanzados un año después de su implementación y ejecución, describiendo las limitantes y fortalezas encontradas a lo largo de su implementación, así como la organización y participación comunitaria que acompañó dicho proceso, destaca además la intersectorialidad; herramienta importante de la gestión en salud.

Este nuevo modelo de atención en el municipio de Cinquera, nace en Abril del año 2010, con el levantamiento de la capacidad instalada de la Unidad de Salud, tanto en recurso humano como en infraestructura, fue en Julio del mismo año cuando se realizó una reacomodación del personal, principalmente el recurso humano operativo; con el cual se daría inicio al nuevo modelo de salud en este municipio, mismo que a la fecha actual aún se encuentra en construcción, sufriendo cambios, reajustes, etc.

Esta experiencia de trabajo, de un año desde su inicio, es necesaria darla a conocer, pues refleja una experiencia enriquecedora para el equipo de sa asignado a este municipio, a los líderes comunitarios e instituciones locales y porque no a las autoridades de salud, con el objetivo de valorar el trabajo de cada participante en el proceso.

II- ANTECEDENTES

En el país, desde el año 1993, han sido discutidas diferentes maneras de cómo reformar nuestro sistema nacional de salud, como un proceso encaminado al desarrollo de un sistema integrado. En el cual todas las instituciones que presten servicios de salud se integren y donde su ente rector sería el Ministerio de Salud

La reforma del sistema de salud en El Salvador, viene desde 1993, cuando consultores nacionales e internacionales ,analizan ,discuten , proponen y formulan el proyecto Análisis del Sector Salud de El Salvador, dando como resultado; La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia. Documento que contiene un diagnóstico y propuestas para la reforma de salud salvadoreña.

En 1994, por encomienda de la Comisión Intersectorial de Salud, el grupo de Reforma del Rector Salud, elabora el Documento Guía para la Reforma del Sector Salud en El Salvador.

De 1994 a 1999, se formula el Plan de gobierno: El Salvador país de oportunidades, el cual incorporaba elementos innovadores de política y estrategias referentes a salud y nutrición. Lastimosamente ninguno de los planes y propuestas fueron concretizados.

En 1998, diferentes entidades salvadoreñas, realizan nuevas propuestas referentes a la Reforma de salud.

En el año 2006, se conforma la COMISION ESPECIAL DE RECURSOS HUMANOS, formado por diferentes actores sectoriales e intersectoriales, la sociedad civil a través de la consulta ciudadana, representantes de instituciones formadoras de recursos humanos en salud, representantes de las proveedoras de servicios de salud y de los gremios de trabajadores de salud. Todos con el objetivo de la creación de una propuesta: la formulación de una Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.

Como se puede evidenciar se trabajó mucho con la gestión anterior. Con el cambio de gobierno en el año 2009, se toma la decisión de implementar el nuevo modelo de atención en salud. Inyectándole presupuesto para enriquecerlo de recurso material y humano, dato importante para darle vida a este proyecto.

¿COMO NACEN LAS RIIS EN EL MUNICIPIO DE CINQUERA?

El modelo se inicia en una primera etapa en el año 2010 en 2 municipios a nivel nacional: La nueva Concepción (Chalatenango) y el departamento de Cabañas, con excepción de los municipios de San Isidro, Guacotecti y Sensuntepeque(el cual tiene ECSF parciales), los cuales se tiene previsto cubrirlos para el año 2011.

Fue el área de planificación de nivel central quienes evaluaron el número de equipos comunitarios a necesitar en cada municipio, de acuerdo al número de familias existentes en el área. Asignando entonces para este municipio un único equipo comunitario que dará cobertura a todas las necesidades de salud de la población.

Es así como nace en el municipio de Cinquera las Redes Integradas e Integrales de Salud (RIIS), para lo cual se partió de un diagnóstico poblacional, de infraestructura y de capacidad instalada en la unidad de salud, tanto en recursos humanos como material. Posterior a este diagnóstico hubieron talleres con participación del director, supervisor de promotores de salud, personal de SIBASI, de la región paracentral de salud y del nivel central del Ministerio de Salud, con el objetivo de definir poblaciones y asignar un promotor de salud por cada 200 familias.

Este modelo inicia en el mes de Julio con la contratación de más personal, para llegar a conformar el Equipo Comunitario de Salud Familiar(ECO Familiar), compuesto por un médico, una enfermera graduada, una enfermera auxiliar y un polivalente.

Continua en el municipio de Cinquera con el levantamiento de la ficha familiar de la cual se obtendrá el censo de población real, el diagnóstico de salud, vivienda y una serie de determinantes de la salud, importantes para el abordaje de intervenciones futuras. Posteriormente el diagnóstico encontrado se dio a conocer a la comunidad. Se realizaron 3 de mesas de diálogo, dirigida a todos los actores locales, quienes por medio del diagnóstico comunitario participativo aportaron alternativas o intervenciones de solución nacidas desde la comunidad propiamente.

Actualmente se han contabilizado 1,703 habitantes y 424 familias censadas, aunque esta situación cambia constantemente, pues terminando de censar, luego llegan nuevas familias a la zona que han emigrado en busca de trabajo y obligados por la situación de inseguridad del país. Dado que en este municipio hay bajos niveles de violencia.

III-JUSTIFICACION

Es de aceptación general en Salud Pública que el Modelo de Salud basado en la Promoción y la Prevención, son los mejores para todas las sociedades por estar basados en los derechos de las personas, especialmente las más vulnerables. Para los países en desarrollo como El Salvador, donde la economía y la educación son todavía áreas en desarrollo, es necesario adoptar modelos de salud mejor adaptados al perfil sanitario del país, a la cultura y al grado de desarrollo del Sistema de Salud y que den respuesta a los problemas de salud de la población.

El Salvador ha sido un país cuyo abordaje de la salud pública ha sido principalmente curativo, centrado en la enfermedad, donde el coste es más elevado, con menor accesibilidad, y con resultados menos eficaces, dando como resultado indicadores de salud no tan favorables para nuestro país como : una alta tasa de mortalidad perinatal e infantil, de mortalidad materna, un alto grado de desnutrición, alta incidencia de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas no transmisibles, alta incidencia en VIH.

En Septiembre del 2000, se llevó a cabo en la ciudad de Nueva York, la Cumbre del Milenio, en la cual representantes de 191 Estados Miembros de la Naciones Unidas se comprometieron para el año 2015, el cumplimiento de 8 objetivos de desarrollo humano (ODM), de los cuales 3 están directamente relacionados con la salud: Reducir la mortalidad infantil (4), Mejorar la salud materna (5) y combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades como la tuberculosis (6). El Salvador forma parte de este compromiso. Según Documento de Secretaria Técnica de la presidencia de El Salvador, marzo 2007. Avance de El Salvador en el cumplimiento de los objetivos del milenio.

En vista de lo anterior surge la necesidad de adoptar un Modelo de Salud más accesible e incluyente, de naturaleza universal, con mayor cobertura y más eficiente, implementarlo es de vital importancia para las autoridades del MINSAL.

Es necesario tomar en cuenta que este es un proceso y que los resultados son a largo plazo y por lo tanto es necesario articular al sistema de salud con el Ministerio de Educación, pues la población también requiere de una educación paulatina del nuevo modelo basado en la prevención, con el objetivo de comprender los cambios actuales que se están presentando en el sistema de salud.

Por lo anteriormente expuesto es necesario conocer el proceso de implementación de las Redes Integradas e Integrales en este municipio con el objetivo de señalar los éxitos y tropiezos que enfrentan los actores directamente involucrados y que este estudio haga eco en los tomadores de decisiones y se tenga en consideración dichas experiencias para la implementación de este modelo en poblaciones con características similares a las del municipio de Cinquera.

IV- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Como se desarrolló el proceso de implementación de las redes integrales e integradas de salud (RIIS) en el municipio de Cinquera?

V-OBJETIVOS

GENERAL:

Describir el proceso de implementación de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS) en el municipio de Cinquera, en el periodo de Julio de 2010 a Julio de 2011.

ESPECIFICOS:

1-Explicar cómo fue el proceso de implementación del nuevo modelo de atención en el municipio de Cinquera.

2-Conocer la opinión de los diferentes actores claves para el desarrollo de las RIIS, especialmente el personal de salud de Cinquera, con respecto al nuevo modelo de atención implementado.

3- Identificar los factores limitantes y facilitadores en el proceso de implementación de las RIIS en el municipio de Cinquera.

VI- MARCO REFERENCIAL

SISTEMATIZACION.

Sistematizar es reflexionar sobre la experiencia, aunque esta reflexión no sea intencionada ni “sistemática”; se trata entonces de sacar lecciones de nuestras propias experiencias, aunque estas sean triviales, descartando progresivamente los procedimientos que no nos da frutos y acatando y perfeccionando los que nos lleva al éxito que deseamos.

Es un proceso de reflexión que pretende ordenar u organizar lo que ha sido la marcha, los procesos, los resultados de un proyecto, buscando en tal dinámica las dimensiones que puedan explicar el curso que asumió el trabajo realizado. Como experiencia involucra a diversos actores, la sistematización intenta dilucidar también el sentido o el significado que el proceso ha tenido para los actores participantes en ella. (Martinic, 1984)

La sistematización permite:

Obtener un producto consistente y sustentado, a partir del cual es posible transmitir la experiencia, confrontarlo con otras y con el modelo teórico existente y así contribuir a una acumulación de aprendizajes generados desde y para la práctica.

SISTEMATIZACION DE PROCESOS Y SISTEMATIZACION DE CONTENIDOS

Sistematización de Contenidos.

Situación de interacción que se considera concluida o por extensión proyecto de desarrollo terminado, mira la experiencia como un proceso complejo, analizando sus resultados finales como productos de las interacciones vividas entre los diferentes actores condicionados por contextos económicos, sociales, políticos, culturales o institucionales. En otras palabras responde a la pregunta que permite a los actores relevantes para la intervención, para el proceso: ¿Como lo hicimos?

Sistematización de Resultados:

Marca un alto en el camino, de una experiencia en desarrollo, para analizar los factores metodológicos que nos ayuda a obstaculizar o lograr las metas planteadas, interesa en esta la dinámica del grupo, se busca responder a la pregunta ¿Cómo lo estamos haciendo? Esta sistematización viene siendo una especie de seguimiento de un proyecto, Mantiene una estrecha relación con la planificación operativa.

En vista de lo planteado es necesario sistematizar la experiencia de trabajo del Equipo comunitario de salud familiar de Cinquera, de cara al nuevo modelo de atención en salud, parte de la Reforma del Sistema Nacional de Salud de el salvador.

Con la necesidad e interés mundial de fortalecer los **sistemas de salud**, resolviendo los problemas de segmentación y fragmentación para llegar a ofrecer servicios de salud más equitativos e integrales a la población; La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha trabajado la iniciativa sobre redes Integradas de servicios de Salud (RISS). El propósito de los RISS es contribuir al desarrollo de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria en Salud y por lógica a la prestación de los servicios de salud más accesibles, equitativos y eficientes, de mejor calidad y que satisfagan las expectativas de los habitantes de una región determinada. La APS da mayor énfasis en la promoción de la salud, en la prevención y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema de salud, donde las familias y las comunidades son la base para la planificación.

Según la OPS, un sistema de salud basado en la Atención Primaria en salud, necesita de un sólido marco legal, institucional y de organización, recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles Para lograr su calidad y eficacia y eficiencia necesita de prácticas adecuadas de organización y de gestión en todos los niveles del sistema. Desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación individual y colectiva en pro de la salud de las

comunidades, tomando muy en cuenta la intersectorialidad para el abordaje de las determinantes de la salud.

LAS REDES INTEGRADAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

La OMS define los servicios de salud integrales como:

“La gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida “1

1-Fuente: Modificado de WHO: Intrated health services –What and Why? technical Brief Nª, Mayo 2008.

Por otra parte el concepto de CONTINUIDAD de la atención se refiere a como las personas experimentan el nivel de integración de los servicios, y puede definirse como:

“El grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre si en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud “2

2-Fuente: Modificado de Hagerty JL, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, Mc Kendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003; 327 (7425):1219-1221

En la actualidad existen una gran variedad de modelos de RISS. La mayoría de los sistemas existentes pueden clasificarse en tres categorías:

Sistemas que integran solamente personal de salud.

Sistemas que integran personal de salud y establecimientos de salud.

Sistemas que integran personal de salud, establecimientos de salud y aseguradoras de salud.

También puede haber redes locales, regionales y redes de servicios nacionales. Las RISS no requieren que todos los servicios que las componen sean de propiedad única. Por el contrario, algunos de sus servicios pueden prestarse por medio de alianzas estratégicas. Esta característica permite buscar opciones de complementación de los servicios entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, ya sean públicas o privadas. Dada la gran variedad de contextos de los sistemas de salud, no es posible prescribir un único modelo organizacional de RISS, ya que existen muchos modelos posibles. El objetivo de política pública es alcanzar el modelo que satisfaga las necesidades organizacionales específicas de cada sistema. La autoridad sanitaria nacional, en el caso de El Salvador el MINSAL, desempeña un papel fundamental para instrumentar esta política y reorientar los sistemas los sistemas de salud con base a los valores y principios de la APS.

ATRIBUTOS ESENCIALES DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD.

1-Poblacion y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.

Esta característica nos permite elaborar la situación de salud de la población asignada, nos permite la planificación, la elaboración de proyecciones de las necesidades, demandas y ofertas futuras de los servicios de salud, entre ellas el número, composición y distribución de recursos humanos y físicos además

permite la elaboración de programas de salud que satisfagan las necesidades de la población a cargo.

2-Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública.

En este sentido las RISS cuenta con una gran variedad de establecimientos de salud como centros ambulatorios de primer nivel ,centros de enfermería,hospicios,cuidados en el hogar, centros ambulatorios especializados, centros de rehabilitación y centros hospitalarios. Todos ellos trabajando en forma coordinada e integrada con el objetivo de dar una respuesta óptima a la población.

3-Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.

Es en este nivel donde se desarrolla el vínculo mas profundo con los individuos, las familias, la comunidad y los actores sociales, facilitando entonces la participación social y la intersectorialidad.

4-Prestacion de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.

Las RISS irán sufriendo transformaciones de acuerdo a las necesidades de salud de la población a fin de brindar una atención más efectiva.

5-Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.

Un ejemplo claro de estos mecanismos es la atención al usuario basado en protocolos de atención, guías clínicas. En general es la atención del usuario basado en normativas de atención.

6-Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

Significa que la atención del usuario es en forma integral, visto como un todo, respetando su cultura y con enfoque de género. Además es proporcionarle las herramientas necesarias para la autogestión de su salud, sin dejar de lado el contexto familiar y comunitario, pues estas juegan un papel muy importante en el proceso de salud-enfermedad.

7-Un sistema de gobernanza único para toda la red.

La responsabilidad del gobierno es formular los fines de la organización, es decir la misión, la visión y los objetivos estratégicos de la red, que estos sean consistentes, coordinar a los diferentes órganos de gobierno que componen la red, asimismo asegurarse que la red alcance su desarrollo a través del monitoreo y evaluación de los resultados y procesos.

En países dependientes del financiamiento externo la gobernanza deberá incluir la capacidad de conducir y alinear la cooperación internacional en busca del desarrollo de las RIIS, como alternativa para la organización, gestión y prestación de los servicios de salud.

8-Participacion social amplia.

Las comunidades son socios activos. En donde la participación social se puede expresar a través del intercambio de la información, la consulta, el involucramiento, la colaboración y el empoderamiento.

9-Accion intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

Las RISS abordan los determinantes de la salud y la equidad que incluye coordinaciones con el sector público, privado, ONGs y organizaciones civiles y religiosas. Incluye colaboración con otros sectores como educación, trabajo, vivienda, alimentación, medio ambiente, etc.

10-Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.

Los arreglos de la gestión dependerán del tamaño y complejidad de la red desarrollan sistemas de mejoramiento continuo de la calidad de la atención, centralizar e integrar las funciones de apoyo clínico, compra, almacenamiento y entrega de medicamentos e insumos médicos. Además las RISS buscan compartir los sistemas de apoyo logísticos.

11-Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.

Los recursos humanos constituyen el capital más importante de las RISS. El número, distribución de competencias depende directamente de la disponibilidad de servicios apropiados para cubrir las necesidades de la población y el territorio.

12-Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.

Las RISS deberán proporcionar un sistema de información, que satisfagan todas las necesidades en cuanto a datos de la red, sobre situación de salud, demanda y utilización de servicios, información evolutiva del paciente independientemente del lugar de atención, satisfacción del usuario

13-Gestión basada en resultados.

La GBR, corresponde a una estrategia de gestión, la cual deberá estar orientada a lograr cambios importantes en la forma de operar con mejoras en el desempeño y el logro de resultados realistas. Integrando las lecciones aprendidas y reportando el desempeño. Es importante que las RISS realicen investigación operativa tales

como perfeccionar el diagnóstico de situación de salud u contribuir a la evaluación del desempeño y resultados de la red.

14-Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

Las RISS han introducido mecanismos de asignación de recursos e incentivos financieros, los cuales fomentan la coordinación entre los proveedores de servicios y el abordaje del problema de salud en el lugar mas apropiado dentro del continuo asistencial, corresponde a una gestión orientada a cambios importantes en su operativización, en donde los resultados es lo medular en la gestión, los cuales depende de la planificación y gestión estratégica con mejoras en el desempeño y la rendición de cuenta de todos los actores que conforman las RISS. 3

3-Fuente: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, N°4. Redes integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para la implementación de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS)

En El Salvador, hasta la fecha no existía una política de salud pública, debido a esto se presento una propuesta de política de salud en el mes de Mayo de 2009 al presidente electo Sr Mauricio Funes, propuesta presentada por diversos sectores comprometidos con la salud del país.

En respuesta a la propuesta de la política pública “Construyendo la Esperanza” el Ministerio de Salud (MINSAL) impulsa una ambiciosa reforma del sector salud con el firme propósito de construir el sistema Nacional integrado de salud, con enfoque universal, a partir de reconocer la salud como un bien publico y un derecho humano fundamental al ser garantizado por el estado basado en la Atención Primaria de Salud integral.

La construcción de un sistema de esta naturaleza supone una profunda reforma de la actual estructura institucional, con base a los siguientes ejes:

1. Construcción de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
2. Construcción del Sistema Nacional de Emergencias Médicas (SEM).
3. Medicamentos y vacunas.
4. Creación del Instituto Nacional de Salud (INS).
5. Instauración del Foro Nacional de Salud.
6. Impulso del trabajo intersectorial e intrasectorial.
7. Impulso de la planificación e información estratégica en salud.
8. Recursos Humanos en Salud.

Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario en los Ecos Familiares y Ecos Especializados.

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.

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 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.

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

Fuente: Lineamientos Operativos para el Desarrollo de las Actividades en los Ecos Familiares y Especializados. San Salvador, El Salvador, Marzo de 2011

Naciendo así como parte de esta reforma; los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS Familiares), dando inicio en lugares de mayor pobreza en el país, Los lugares elegidos fueron los departamentos Chalatenango y Cabañas. Fue así como el 20 de Septiembre de 2010, el presidente de la república Sr Mauricio Funes Cartagena, Inaugura el lanzamiento oficial del nuevo modelo de salud en la ciudad de Ilobasco (Cabañas).

Etapas de la Reforma del Sistema Nacional de Salud del MINSAL:

Primera Etapa:

Esta inicia en el 2010, en la cual se cubrirá con equipos comunitarios de salud familiar a 74 municipios de la zona norte del país; las que actualmente son comunidades solidarias rurales, debido a que según el mapa de pobreza de El Salvador están ubicadas como de pobreza extrema severa.

Segunda Etapa:

Durante el año 2011, se extenderá a 62 municipios más (47 municipios con comunidades solidarias rurales y 15 con comunidades solidarias urbanas)

Tercera Etapa:

Continuará en el 2012, se extenderá a 39 municipios que tienen alta prevalencia en desnutrición.

Cuarta Etapa:

Se sumarán a la reforma 49 municipios, en el 2013 considerados con pobreza moderada.

Quinta Etapa:

En el 2014, esta reforma se extenderá a todos los municipios restantes del país.

Servicios de salud Integrales:

Concepto:

Se refiere a la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciben un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico,

curación y rehabilitación, a través de los diferentes niveles del sistema de salud y de acuerdo sus necesidades a lo largo del ciclo de vida.⁴

¿Que son la Redes Integrales e Integradas de los servicios de salud?

Las podemos definir como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que esta dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y el estado de salud de la población a la que sirve”⁴

4-Fuente: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, N^o4. Redes integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para la implementación de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Estructura y Organización de las RISS en el Ministerio de Salud

Provisión de los servicios de salud

Esta provisión se divide en 3 niveles de complejidad:

Primer nivel de atención

Este constituye la puerta de entrada al sistema de salud y está conformado por :

1- El promotor de salud

2. Unidad Comunitaria de Salud Familiar: en las cuales se encuentra un ECO Familiar

3-Unidad Comunitaria de salud familiar con especialidades clínicas básicas, laboratorio clínico, odontólogo y médicos generales.

Segundo nivel de atención

Formado por los hospitales que actualmente se denominan periféricos y departamentales, que se categorizarán en las denominaciones:

-Hospital municipal: posee las 4 especialidades básicas

-Hospital general departamental: las 4 especialidades básicas otra extra como ortopedia y traumatología.

Cabe aclarar que las actuales áreas de atención ambulatoria general de los hospitales periféricos y departamentales, pasarán posteriormente a ser Unidades de Salud con esquemas de coordinación, equipos de salud propios y población a cargo.

Tercer nivel de atención

Estará conformado por hospitales de especialidades regionales (Santa Ana y san Miguel) adicional a los ya existentes

Atributos del nuevo modelo de atención en El Salvador

Población a cargo y responsabilidad poblacional nominal concreta, planificación local con evaluación de resultados.

- 1-Universalidad en la atención
- 2-Con énfasis en los determinantes sociales
- 3-Acciones intersectoriales para el abordaje de los problemas locales
- 4-Centrado en la comunidad, la familia y la persona
- 5-Funcionamiento en redes integrales e integradas
- 6-Enfoque democrático participativo-consejos locales de salud
- 7-Planificación local y adecuación de lineamientos centrales de acuerdo a la realidad local
- 8-Guías y normativas clínicas y de gestión
- 9-Capacidad e investigación en toda la red.

Se plantean preferentemente 2 modelos dirigidos a poblaciones distintas:

- 1-Equipos comunitarios para municipios pequeños con poblaciones dispersas.

Donde se asignará un único equipo comunitario de salud familiar(ECO FAMILIAR),el cual estará conformado por :

- 1-Médico
- 1-Enfermera Graduada
- 1-Enfermera Auxiliar
- 1-polivalante

3-Promotores de Salud

Cada promotor de salud tendrá a su cargo 200 familias. Y el equipo completo un total de 600 familias bajo su responsabilidad.

2-Equipos comunitarios dirigidos a grandes centros urbanos.

En esta modalidad el ECO Familiar esta compuesto así:

1-Médico

1-Enfermera Graduada

1-Enfermera Auxiliar

1-polivalante

6-Promotores de Salud

Como podemos observar la diferencia esta en la cantidad de promotores de salud, púes en los grandes centros urbanos la dispersión geográfica es muy estrecha, pudiendo cubrir por promotor de salud a 300 familiar.

Dentro de este se encuentra el modelo local ampliado de cobertura familiar y comunitaria con cabecera en UCSF con especialidad:

Este ECO Familiar esta compuesto:

1-Pediatra

2-ginecobstetra

1-Internista (Medicina Interna) y

Médicos Generales

1-Nutricionista

1-Psicologo

1-Fisioterapista

1-educador para la salud

3-Odontologos

2-Laboratoristas Clínicos

1-Auxiliar de estadística

Esta modalidad tendrá 4 UCSF por cada 1,800 familias y 2 ECOS Familiares por cada 600 familias

Estas unidades comunitarias tendrán horario ampliado de FOSALUD

Debido al número de familias que posee el municipio de Cinquera (424familias), las autoridades de salud han asignado un único equipo comunitario de salud familiar (ECO Familiar), que dará respuesta a las demandas de salud de esta población.

Este equipo comunitario esta formado por:

1-Medico,

1- Enfermera Graduada

1- Auxiliar de Enfermería

2- Promotores de Salud

1- Polivalente.

Con sede en la antigua Unidad de salud, ubicada en el casco urbano del municipio, hoy denominada Unidad Comunitaria de salud Familiar Cinquera(USCF Cinquera)

VII-METODOLOGIA

1.1. Tipo de estudio

El estudio a utilizar es de tipo Cualitativo, a través de la técnica de la sistematización.

Para lo cual se han seleccionado 3 ejes de sistematización:

Etapa de pre-instalación del modelo

Etapa de Instalación propiamente

Etapa de Avance en la implementación del mismo.

Para iniciar esta investigación se solicito autorización por escrito a la directora regional de salud.

Para la recolección de la información fué a través de la entrevista; mediante la aplicación de la técnica del cuestionario, el cual fué dirigido a grupos focales, cuya opinión es de interés para el estudio, posteriormente la información se recopiló, analizó y presentó en tablas en el programa de Epi info 3.5.

1.3. Universo:

Se dirigió cuestionario al 100% los empleados de la UCSF, principales líderes/lideresas y representantes de instituciones gubernamentales y no gubernamentales de la zona.

1.3. Muestra:

3 directores de centros educativos,(1) alcalde municipal,1 delegado municipal del FISDL (Fondo de inversión social para el desarrollo local),1 representante de la Policía Nacional Civil, Miembros de la Asociación para la Reconstrucción y Desarrollo Municipal (A.R.D.M),1 delegado de la comisión de protección civil municipal,

1.4. Fuentes de Información:

Se tomará como fuente **primaria** de información:

Una revisión documental de archivos, registros, informes, actas, etc

Y como fuente **secundaria** de información:

Entrevista a informantes claves como:

Lideres/lideresas, autoridades municipales, empleados de salud tanto local como de nivel superior, Organizaciones no gubernamentales, etc.

Criterios de Inclusión:

- Se entrevistará a todos los actores sociales activos de la comunidad.
- A todos los empleados de la Unidad de Salud.
- Representantes de las diversas instituciones activas del municipio.

Criterios de Exclusión:

- Se excluirá de la entrevista al Juzgado de Paz, por ser este un ente apático a la intersectorialidad del municipio.
- A estudiantes en servicio social de la Unidad de Salud, por no haber vivido el proceso de implementación del modelo de salud.
- Lideres Religiosos, Por no tener mayor presencia e injerencia en el municipio.

VIII-RESULTADOS

Conocimiento del personal de salud y explicación de cómo fuè la implantación del nuevo modelo de atención

El 100% de los empleados de salud entrevistados manifiestaròn conocer el nuevo modelo de atención del Ministerio de Salud (ver tabla 1)

Conceptualización del nuevo modelo por el personal de salud

El 50% de los entrevistados conceptualiza el nuevo modelo como preventivo e integrado, que interactúa con la comunidad.

El 25%, lo percibe como un acercamiento de los servicios curativos y preventivos en forma integral e integrada para cada familia.

El 25% lo entiende como la atención preventiva, a través de la educación en la visita domiciliar

El otro 25% lo cataloga como la atención primaria, la cual se brinda a través de redes de salud integradas e integrales (ver tabla 1.1)

Implementación del modelo en la Unidad Comunitaria, según apreciación del empleado

El 100% de los empleados cataloga la implementación del nuevo modelo de atención como adecuado. (Ver tabla 2)

Consideración sobre la implementación del modelo según el empleado

El 25% de los empleados consideran que se han definido lineamientos de trabajo para su ejecución, el 12.5% de los empleados justifican que el modelo es adecuado porque es aceptado por la población, otro 12.5% de los empleados, refieren que por educar a la comunidad a respetar los días de consulta medica en la sede, un 12.5% porque se realiza visita domiciliar, 12.5% porque es curativo y preventivo, otro 12.5% porque se analizó el contexto de la comunidad y 12.5%

porque se le da seguimiento a las familias del área correspondientes.(Ver tabla 2.1)

Conocimiento de lo básico del nuevo modelo de atención por los líderes

El 100% de los encuestados conocen lo básico del nuevo modelo de atención del MINSAL (ver tabla 3)

Manera de conocimiento del nuevo modelo de líderes

El 88.9% de los líderes respondieron que tuvieron conocimiento del nuevo modelo a través de asambleas comunitarias y el 11.1% respondieron que se enteraron por los medios de comunicación (ver tabla 4)

Participación de líderes en la implementación del nuevo modelo

El 55.6% de los encuestados contestó que si participó en la implementación y el 44.4% contestó que no participó (ver tabla 5)

Participo antes, durante o después de la implementación

El 44.4% de los encuestados NO participo en ningún momento, el 22.2% durante el proceso, 22.2% después y un 11.1% antes de la implementación del nuevo modelo en su comunidad (ver tabla 5.1)

Conocimiento de lo básico del nuevo modelo de atención por instituciones

Del 100% de las instituciones el 87.5% conocen el nuevo modelo de atención, mientras que el 12.5% contestó que no conoce lo básico del nuevo modelo (ver tabla 1)

A través de que manera conoció del nuevo modelo de atención

El 50% contestó que a través de asambleas comunitarias, 25% medios de comunicación, 12.5% comentarios de particulares y otro 12.5% los tres anteriores (ver tabla 2)

Participación institucional en el proceso de implementación

El 37.5% de las instituciones manifiesta que si participo en el proceso y el 62.5% no participó (ver tabla 3)

Momento de participación como institución en la implementación

El 66.7% participo durante la instalación y el 33.3% antes de la implementación de nuevo modelo (ver tabla 4)

Forma de participación

El 28.6% de las instituciones participaron en la divulgación del nuevo modelo en asamblea general y en escuela de padres /madres, el otro 14.3% participaron apoyando a la educación de la población sobre los nuevos cambios de la atención en salud, el resto de entrevistados no participaron (ver tabla 5)

Conocer la opinión de los Actores Claves para el desarrollo de las RIIS

Opinión de empleados de la unidad de salud

Afectación del nuevo modelo en la atención de Unidad de Salud.

El 75% de los empleados encuestados consideran que la atención en la Unidad de Salud, no fue afectada pero el 25% creen que si fue afectada.(ver tabla 7)

Como afectó el nuevo modelo la atención en la Unidad de Salud

El 75% de los empleados consideran que siempre se brinda la atención en el establecimiento, el 12.5% respondieron que en un inicio fue difícil educar a la población al modelo preventivo y el otro 12.5% por escasez de recursos.(ver tabla 7.1)

Acompañamiento del nivel superior en el proceso

Aceptación del nuevo modelo por la comunidad según personal de salud.

El 87.5% de los empleados consideran que si ha habido aceptación del nuevo modelo por parte de la comunidad y el 12.5% opinan que no.(ver tabla 5)

Explicación de aceptación por parte de la comunidad del nuevo modelo.

El 37.5% de los empleados consideran que la atención comunitaria es mas personalizada con la visita domiciliar. El 25% explican que la población ya se esta sensibilizando y educando en la nueva forma de trabajo. Otro 12.5% consideran las manifestaciones de satisfacción con el nuevo modelo por la población y un 12.5% consideran que aun existen personas inconformes, debido a que únicamente hay atención medica 4 veces por semana en la sede. (Ver tabla 5.1)

Apreciación del papel de la comunidad frente al nuevo modelo de atención

El 50% de los empleados consideran el papel de la comunidad participativo, el 37.5% consideran la apropiación de la salud por parte de la comunidad y el 12.5% el acomodamiento de la comunidad en programas preventivos.(ver tabla 6)

Opinión como líder comunitario del nuevo modelo de atención

El 100% de los líderes encuestados opinaron que el nuevo modelo es bueno

(Ver tabla 6)

Porque se considera bueno el nuevo modelo

El 44.4% opino que permite la prevención de enfermedades a nivel del municipio, el 33.3% porque el equipo de salud visita al paciente y un 22.2% porque rompe el esquema tradicional ya que es mas preventivo (ver tabla 6.1)

Empleados opinión

El 87.5% de los empleados consideran que si ha habido aceptación del nuevo modelo por parte de la comunidad y el 12.5% opinan que no.(ver tabla 5)

Explicación de aceptación por parte de la comunidad del nuevo modelo.

El 37.5% de los empleados consideran que la percepción comunitaria es mas personalizada con la visita domiciliar. El 25% explican que la población ya se esta sensibilizando y educando en la nueva forma de trabajo. Otro 12.5% consideran

las manifestaciones de satisfacción con el nuevo modelo por la población y un 12.5% consideran que aun existen personas inconformes, debido a que únicamente hay atención medica 2 veces por semana en la sede. (Ver tabla 5.1)

El 50% de los empleados consideran el papel de la comunidad es participativo, el 37.5% consideran la apropiación de la salud por parte de la comunidad y el 12.5% el acomodamiento de la comunidad en programas preventivos.(ver tabla 6)

FACTORES LIMITANTES Y FACILITADORES EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

Facilitación del modelo como empleado antiguo/nuevo

El 87.5% de los empleados opinan que el ser empleado antiguo del Ministerio de Salud facilitó la implementación del nuevo de salud en el municipio y el 12.5% opina que no. (Ver tabla 3)

Porque el ser empleado antiguo/nuevo, facilitó la implementación

El 50% explica que se debió al conocimiento previo del área geográfica y la población, el 25% opina que por experiencia en trabajos similares, un 12.5% se debió a aprendizaje por la experiencia de otros y otro 12.5% fue porque este modelo exige una metodología diferente, en la que como empleado debemos aprenderla y adaptarnos a la misma.(ver tabla 3.1)

Beneficios del nuevo modelo a la población

El 100% de los empleados encuestados manifestaron que este modelo trajo beneficios a la población. (Ver tabla 4)

Beneficios que trajo la comunidad.

El 62.5% de los encuestados manifestaron como beneficios a la población la prevención de las enfermedades, promoción de estilos de vida saludables y en lo económico. El 25% refieren la prevención de las enfermedades, la promoción de los estilos de vida saludables, la visita integral domiciliar y la atención por el especialista en la sede del ECO y el 12.5% señalan la consulta domiciliar a pacientes con enfermedades crónicas, atención precoz a puérperas y recién nacidos y la consulta especializada en la Unidad de Salud.(ver tabla 4.1)

Acompañamiento del nivel superior en el proceso

El 62.5% de los empleados manifestaron que no hubo acompañamiento y el 37.5% respondieron que si. (ver tabla 8)

Forma de acompañamiento del nivel superior.

El 75% de los empleados contestaron que el acompañamiento fue muy poco, prácticamente solo al Inicio del proceso, el 12.5% contesto que por la capacitación constante al equipo y otro tanto igual (12.5%) respondió que hubo énfasis y seguimiento en el proceso.(ver tabla 8.1)

Limitantes en el proceso de implementación.

El 37.5% de los empleados contestaron que hubo renuencia a lo preventivo, el 25% contestaron que la inaccesibilidad de algunas comunidades, 12.5% las costumbres de la población y otro 12.5% contestaron falta del equipo de campo.(ver tabla 9)

Factores facilitadores del proceso

El 50% respondió capacitación constante al personal, el 37.5% respondió trabajo en equipo y el 12.5% contesto que la disponibilidad de trabajo.(ver tabla 10)

Cambios como empleado de salud.

El 58.31% contestaron salida a campo, el 25% satisfacción como empleado de salud, 8.3% la educación a la familia y otro 12.5% respondió mas compañerismo.(ver tabla 11)

LIDERES

Pertenencia de líder a grupo organizado

El 100% de los encuestados pertenecen a algún grupo organizado de su comunidad (ver tabla 2)

Organización de pertenencia de líderes

El 22.2% de los líderes pertenecen a la asociación de desarrollo comunal de Cinquera, un 22.2% pertenecen a la asociación de reconstrucción y desarrollo de Cinquera, otro 22.2% pertenecen a ambas asociaciones, un 11.1% pertenecen a la asociación de desarrollo comunal de Cinquera y a la asociación de reconstrucción y desarrollo de Cinquera, otro 11.1% a la asociación de reconstrucción y desarrollo municipal y un último a la asociación de reconstrucción y desarrollo municipal y a la asociación de mujeres (ver tabla 3)

Apoyo como líder al proceso de implementación

El 44.4% de los líderes contestaron difusión del modelo a nivel comunitario, el 33.3% contestó difusión comunitaria, concientización de la importancia de este nuevo modelo y el 22.2% contestó poner en práctica las recomendaciones del personal de salud a nivel familiar y comunitario.(ver tabla 7)

Percepción de beneficios en la comunidad con el nuevo modelo

El 100% de los encuestados respondieron que si (ver tabla 8)

INSTITUCIONES

El 87.5% de las instituciones respondieron Si y el 12.5% no conocen el trabajo del equipo de salud (ver tabla 6)

Evaluación del trabajo del equipo de salud como institución

El 50% de las instituciones respondió innovador, el 37% como bueno y el 12.5% como intrascendente (ver tabla 7)

Nivel de coordinación

El 75% de las instituciones contesto frecuentemente y el 25% a veces(ver tabla 8)

Nivel de coordinación

El 75% de las instituciones contesto frecuentemente y el 25% a veces(ver tabla 8)

Apoyo del equipo de salud a las instituciones

El 62.5% respondió siempre, mientras que el 37.5% contesto a veces (ver tabla 9)

Apoyo institucional al equipo de salud local

El 75% de las instituciones participantes manifiestan haber apoyado siempre al equipo de salud y el 25% contestaron a veces (ver tabla 10)

IX-ANALISIS DE RESULTADOS

El personal de salud que labora en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Cinquera, tiene su sede en la antigua Unidad de Salud. Hoy llamado equipo comunitario de salud familiar Cinquera (ECO Cinquera), como se evidencia en esta investigación, es un equipo conocedor de su comunidad, capacitado y empoderado del nuevo modelo de atención, emprendido a partir de Julio de 2010. El 100% de los empleados entrevistados manifestó conocer el nuevo modelo de atención, de los cuales el 50% conceptualiza muy bien el nuevo concepto de atención del Ministerio de Salud al afirmar que el nuevo modelo es preventivo e integrado que interactúa con la comunidad, un 25% lo percibe como un acercamiento de los servicios curativos y preventivos en forma integrada para cada familia, y el 25% restante lo cataloga como la atención primaria la cual se brinda a través de redes de salud integradas e integrales. Dichos conceptos son acordes con la bibliografía consultada, según el documento de OPS, “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, N°4. Redes integradas de Servicios de Salud”.

Para iniciar con estos cambios, se enriqueció a la Unidad de Salud con más personal principalmente operativo sin prescindir del antiguo y se inicia con una serie de capacitaciones a todos los operativos, las cuales se mantiene hoy por hoy. Esto va acorde con el atributo número once de las RISS, donde los recursos humanos deben ser suficiente, capacitados, competentes y comprometidos son el capital más importantes de la RISS. Según lo describe el documento de OPS, citado anteriormente, sobre la renovación de la atención primaria de salud de las Américas.

Durante el proceso de implementación en el municipio hubo mucha participación comunitaria e institucional antes durante y después del proceso tanto a nivel de los líderes e instituciones presentes en la zona, cada uno con diferente grado de

participación, según refleja el estudio dicha participación es mas evidente durante y posterior al proceso. Según los atributos esenciales de las RISS la participación social amplia es vital para el éxito de este modelo, lo cual se evidencia en este municipio.

Es de notar que el 100% de líderes y de instituciones conocen lo básico sobre el nuevo modelo de atención, Pues según el estudio el 88.9% de los lideres conocieron sobre el nuevo modelo por medio de asambleas comunitarias y el 11.1% se enteraron por los medios de comunicación, Entre los que se enteraron por asambleas, el 33.3% de ellas fueron convocadas por el personal de salud y el 11.1% por las autoridades de salud a nivel departamental, el resto (55.6%) solo por asambleas de la comunidad , es de hacer notar el nivel de organización de la comunidad ya que de los lideres entrevistados el 100% pertenece a algún grupo organizado de su comunidad, de estos el 22.2% pertenecen a una ADESCO, otro 33.3% a la ARDM, otro 33.4% pertenecen a ambas organizaciones y el resto 11.1% a la Asociación de Mujeres (AMECIJD).

La participación de los lideres comunitarios en el proceso de implementación según el estudio los datos fueron el 55.6% si participo en el proceso, pero el 44.4% no participo. Del 55.6% que participo, el 11.1% participo antes de la implementación, el 22.2% participo durante el proceso, 22.2% después de la implementación.

Inicio de implementación del modelo.

Se inicia con la divulgación del modelo por líderes y lideresas en asambleas comunitarias generales, asambleas de padres y madres. En este periodo se incrementa la concientización de la importancia del mismo a la comunidad y se inicia una serie de capacitaciones a todo el equipo.

Durante la instalación

En esta etapa se continúa con la divulgación y concientización del modelo de atención por los líderes comunitarios. Aunque las entrevistas no reflejen estos

datos, fue en asamblea general que se eligió a la promotora de salud de uno de los cantones, esta promotora de salud fue propuesta por la misma comunidad.

En esta etapa también se realizó una asamblea general, donde se presentó al equipo de salud y el nuevo modelo de atención a toda la comunidad en forma oficial por miembros de la Región Paracentral de Salud, participaron en la logística y transporte la Asociación de Reconstrucción y Desarrollo Municipal (ARDM) y el equipo de salud. En esta asamblea se convocó a todas las instituciones presentes en el área y las autoridades municipales. Es de hacer notar que en el presente estudio el 87.5% de las instituciones conocen lo básico del nuevo modelo de atención mientras que el 12.5% dice desconocer. Del total de instituciones conectoras el 50% se enteró a través de asambleas comunitaria, 25% por medios de comunicación, 12.5% por comentarios de personas particulares y el 12.5% por los tres anteriores. Según bibliografía consultada la intersectorialidad es uno de los atributos de las RISS ya que esto permite un mejor abordaje de los determinantes sociales de la salud, permitiendo la equidad mediante coordinación de todos los sectores de la sociedad. Lo anterior nos permite aseverar que durante este proceso de implementación se está dando cumplimiento a este atributo.

En cuanto a la participación institucional el 37% manifestó que sí participó en el proceso y el resto no participó. De las instituciones participantes el 33.3% participó antes de la instalación y el 66.7% durante la instalación. El 28.6% participó a través de la divulgación y concientización del nuevo modelo a la población. Según bibliografía consultada la intersectorialidad es uno de los atributos de las RISS ya que esto permite un mejor abordaje de los determinantes sociales de la salud, permitiendo la equidad mediante coordinación de todos los sectores de la sociedad. Lo anterior nos permite aseverar que durante este proceso de implementación se está dando cumplimiento a este atributo.

Se inicia la divulgación intra y extramural por parte del equipo, mediante asambleas comunitarias y charlas educativas a los usuarios en sala de espera.

Además el llenado de la ficha familiar domiciliar, de la cual se obtuvo el diagnóstico de población y salud de la comunidad. Lo cual permite tener una población nominal de responsabilidad a cargo siendo esta una característica de las RISS.

En esta etapa del proceso se realiza la dispensarización comunitaria, de acuerdo al nivel de riesgo de las personas, así:

Riesgo 1, individuo aparentemente sano, riesgo 2. Personas con algún tipo de riesgo, 3. Persona con algún tipo de enfermedad crónica. 4. Discapacidad.

Continúan las capacitaciones al equipo por los niveles superiores de salud..

Post -instalación del modelo

En esta etapa del proceso el equipo realiza asambleas comunitarias en los cantones con el objetivo de promocionar el modelo, informar a la población la importancia del mismo, dar a conocer los días de consulta medica en la sede ya que se percibía descontento por la población, pues la comunidad continuaba demandando atención curativa todos los días en la sede y no cuatro veces por semana. Esta acción informativa fue respaldada por la ARDM, la cual condensa a los lideres de todo el municipio tanto rurales como urbanos ,se recibió apoyo también por la Asociación de Desarrollo Comunal (ADESCO) urbana y rural.

Fue en esta etapa donde estaba programado hacer 5 mesas de diagnóstico comunitario participativo (DCP) de las cuales se realizan solamente 3, las que fueron dirigidas a adolescente mujeres, adolescentes hombres, Mujeres adultas, en las cuales se les exponen la problemática encontrada en cuanto a salud, donde ellos mismos como grupo afectado propondrá alternativas de solución con el objetivo de elaborar en un futuro un plan de acción comunidad-equipo de salud.

No se realizaron los DCP pendientes, pues a nivel superior hubo confusión en las indicaciones de continuar o no con esta actividad, además por las múltiples actividades del equipo ya no hubo oportunidad de terminarlos.

Se realizan 3 devoluciones de diagnóstico comunitario en reuniones convocadas en cada cantón involucrado por el equipo de salud.

En esta etapa se realizaría también la devolución del Análisis de Situación de Salud Integral (ASSI) encontrada a la comunidad, la cual deberá devolverse a la comunidad para su respectivo plan de intervención en el cual las propuestas no vendrá del sector salud propiamente sino de la misma comunidad y las demás entidades gubernamentales conocedoras para ese entonces de su situación en salud. Según la base teórica de las RISS, debe existir una rendición de cuentas del estado de salud de la población a cargo, lo cual se implemento realizando la devolución del diagnóstico de salud y del análisis de situación integral de la población

Como es de notar este modelo tiene una amplia participación comunitaria y de intersectorialidad, por lo que se retoma la participación del equipo con todos los sectores del municipio, se asiste a reuniones mensuales con los diferentes comités municipales con el objetivo de trabajar en forma articulada con los demás sectores.

Es importante la opinión de los diferentes actores claves para el desarrollo de las RISS, especialmente el personal de salud con respecto al nuevo modelo

Es importante conocer como conceptualizan estos actores los cambios a lo que se enfrentan, que han hecho y como lo hicieron.

Es importante destacar en el estudio que el 100% del personal de salud coincide en definir el nuevo modelo de atención como un acercamiento de los servicios preventivos, como curativos, de forma integral e integrada a través de la educación en la visita domiciliar, incorporan también el término de redes integrales e integradas.

El 87.5% de los empleados opinan que el ser empleados antiguos del Ministerio de salud, fortaleció la implementación del nuevo modelo ya que llevaban la ventaja que conocían la población y el área geográfica, el resto obviamente es personal

nuevo ganando experiencia y acoplándose a lo nuevo que se enfrentan. La opinión del resto se desglosa en que ya habían tenido experiencias en trabajos similares entre otras.

El 62.5% de los empleados percibe como beneficio de la población la orientación del personal de salud sobre la prevención de las enfermedades, promoción de estilos de vida saludables y en lo económico, pues con la implementación del nuevo modelo se abolieron las cuotas voluntarias que la población daba para poder acceder a la consulta médica. Otro porcentaje señala la consulta domiciliar a pacientes con enfermedades crónicas, y la consulta en la sede por el especialista., este dato es importante retomarlo ya que el nuevo modelo trajo consigo servicios que sientan precedentes como el de acercar a la comunidad a los especialistas como pediatra, ginecólogo, medicina interna, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista y educadora para la salud quienes visitan el establecimiento una vez al mes, esta situación nace con la incorporación de las RISS en el departamento de Cabañas. Estos beneficios coinciden con la opinión de los líderes comunitarios entrevistados.

Todo esto conlleva a que un 87.5% de la población, según opinión del personal de salud haya aceptado este modelo por todos los beneficios con los que se cuentan como población, el resto del personal opina que la comunidad, aún extraña la atención curativa todos los días en la sede.

Al valorar el papel o actitud de la comunidad, los empleados opinaron que lo perciben participativo, pues responden en su mayoría a asambleas, campañas de que convoca el equipo o alguno de sus miembros, otro pequeño porcentaje manifiesta acatar las recomendaciones del personal en la visita domiciliar, se detecta también la acomodación comunitaria en algunos programas preventivos especialmente en el control del niño sano, pues muchos padres/madres de familia si por a o b motivo que el equipo no pueda salir a campo en la fecha del mes programada, estas no llevan a su hijo a la sede para darle su control infantil oportunamente.

Al valorar el nivel de afectación a la atención médica, el 75% manifestó, que no fue afectada la atención en la sede ya que siempre se brinda la atención .En efecto independientemente haya medico o no en la sede los programas tipo preventivo o atenciones especiales siempre son brindadas por enfermería y luego citados para evaluación médica .La sede en ningún momento queda sin enfermera o medico que de respuesta a la demanda espontanea o alguna emergencia que se presente.

Limitantes encontradas en el proceso

Según datos proporcionados por los mismos actores, el equipo se enfrentó a limitantes:

Renuencia de algunas personas a la prevención.

En un inicio fue muy difícil acostumbrar a las persona acoplarse a un horario establecido de la consulta medica, cuatro veces por semana, los días Martes y Jueves. Los días Lunes, Miércoles y Viernes el medico tiene visita de campo, con visitas y consultas previamente programadas, ya que antes del modelo había consulta medica todos los días en la sede.cabe aclarar en este apartado que la Unidad comunitaria de salud familiar funciona en horario ampliado de FOSALUD, fin de semana y días festivos.

Inaccesibilidad de algunas comunidades.

En muchas ocasiones no se cuenta con transporte, dificultando la llegada temprana al canton que se va a intervenir, por tanto limita el número de viviendas a visitar, ya que son lugares lejos con laderas y la dispersión geográfica de las viviendas es amplia.

Costumbres y creencias de la comunidad

En todas las comunidades este tema es muy difícil modificarlo y constituye una barrera para la implementación de algo novedoso, pero se esperan cambios de

actitud y de conducta de la población através de visita integral domiciliar por supuesto a largo plazo.

Falta de equipo de trabajo de campo

Al principio esto constituyo una limitante, pues no se contaba con tensiómetro, estetoscopio, mochilas, papelería,etc para llevar la atención directamente a la comunidad .

Falta de recurso humano

Debido a la capacitación de los miembros, el equipo muchas veces estuvo incompleto tanto como el que sale a campo como el que se queda en el establecimiento, principalmente al inicio del levantamiento de fichas familiares pues en muchas ocasiones el único recurso que salía a campo era el polivalente

Falta de acompañamiento del nivel superior

Según el 62.5% del personal entrevistado manifestó que el acompañamiento del nivel superior fue muy pobre, ya que se acompañó solo en el inicio del proceso, esta es una desventaja pues la supervisión es fortalecedora y sirve para corregir errores oportunamente

Sobrecarga administrativa

Aunque el estudio no lo refleja esto es innegable que la demanda administrativa es muy alta principalmente para el medico director y la enfermera jefe ,los cuales son administrativos y operativos a su vez, pues cada día hay que reportar información y se está la mayor parte del tiempo fuera de la sede .

Fortalezas del proceso de implementación.

Capacitación constante

Como lo revela el estudio el equipo fue capacitado constantemente, esto constituye ventaja.

Experiencia previa

Esto fue enriquecedor al proceso, ya que muchos de sus miembros ya tenían experiencia con el Ministerio de Salud o con trabajos similares dando agilidad y rapidez al proceso, de todos sus miembros solo un recurso era nuevo, todos los demás ya contaban con experiencia

Trabajo en equipo

El trabajo en conjunto y el esfuerzo individual permiten el logro de metas y objetivos institucionales dando como resultado una mejor atención a la comunidad.

Disponibilidad/empoderamiento del equipo

Es importante un equipo comprometido, dispuesto a realizar su trabajo con dedicación y compromiso y no meramente lucrativo, esto es evidente en el estudio al manifestar la mayoría de ellos satisfacción como empleados.

Apoyo de líderes e instituciones locales

Es de suma importancia el apoyo de actores locales en el transcurso del proceso, su apoyo consistió en la divulgación y concientización a la población sobre los cambios en salud y para ello el 62.5% respondió que siempre han sido apoyados por equipo de salud y a su vez el 75% de estas instituciones ha apoyado al equipo de salud.

Nivel de coordinación

La coordinación que como salud, se ha tenido con todas los sectores locales ha generado un vínculo mas estrecho entre los involucrados, ha permitido trabajar coordinadamente con las diferentes instituciones en cuanto a educación, gestión, saneamiento y ambiental, seguridad,etc. Reflejandose en esta investigacion ya que el 75% de las instituciones coordina actividades con el equipo de salud frecuentemente.

Organización comunitaria

Esta es una fortaleza muy importante para el ECO Cinquera, permitió la convocatoria y asistencia en asambleas generales informativas, aunque Cinquera poblacionalmente es pequeño tiene una capacidad organizativa excepcional, en donde la participación comunitaria es amplia, misma que ha fortalecido el trabajo de salud.

Según la percepción de los empleados de la salud el 100% manifestó que este modelo benefició a la población debido a que con este modelo se previene enfermedades, promoción de estilos de vida saludables y beneficios económicos.

Un 12.5% señala como beneficio la consulta domiciliar a pacientes con enfermedades crónicas, atención precoz a puérperas y recién nacidos y la consulta especializada que se brinda una vez al mes en la sede del ECOF de Cinquera.

X-CONCLUSIONES

Del presente trabajo se concluye:

Que el nuevo modelo de atención responde a las necesidades de la mayoría de la población por ser incluyente, continuado, centrado en la persona, la familia y la comunidad

Que es necesario el acompañamiento de todos los sectores para unir esfuerzos y trabajar por el desarrollo y bienestar del municipio.

Que por medio del modelo se potencia la participación comunitaria, ya que esta fue clave para el adecuado avance del modelo en el municipio

Que las fortalezas encontradas contribuyeron positivamente al proceso de implementación del modelo de atención en salud en el municipio

La coordinación con todos los actores locales es una herramienta importante de gestión

Que el monitoreo constante de niveles superiores a los equipos de salud contribuyen a solventar necesidades y corregir errores oportunamente.

Que una comunidad organizada e informada de su estado de salud se convierte en gestora de su propia salud

XI-RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

Mejorar el nivel de monitoreo y supervisión a los diferentes equipos comunitarios de salud familiar, con el propósito de garantizar el cumplimiento de los lineamientos institucionales, potencializar las fortalezas, minimizar las debilidades y corregir oportunamente errores en los procesos.

Mantener un programa de capacitación permanente a todo el personal de salud, con el objetivo de formar recursos humanos capacitados, comprometidos y competentes, que den una respuesta eficiente a la población a quien sirven.

Considerar por los niveles superiores las limitantes que el Eco Cinquera experimentó en el proceso de implementación del nuevo modelo de salud y que esté sirva de base para la implementar este modelo en otros Ecos a futuro.

Incorporar en este proceso a los líderes y promotores comunitarios para recoger y motivar su participación, aprovechando sus capacidades, compromisos y conocimiento de su realidad local.

Al equipo de salud

Aprovechar el nivel de organización comunitaria del municipio de Cinquera, con el objetivo de lograr el empoderamiento de la salud de sus habitantes, através de la promoción de la salud.

Mejorar la coordinación del equipo con las diversas instituciones del municipio, para lograr un mejor abordaje en conjunto de las determinantes sociales de la salud en esta población.

Continuar impulsando el nuevo modelo de salud, trabajando en equipo, en forma responsable, armoniosa, y de forma disciplina, para mejorar los indicadores de salud en la población de Cinquera.

Al sector comunitario

Involucrarse activamente en los procesos del sector salud, para lograr una mayor participación de la comunidad, exponiendo sus necesidades reales y buscando alternativas viables en conjunto.

A las instituciones locales

Coordinar y unir esfuerzos con el sector salud, con el objetivo de potenciar la intersectorialidad local y buscar soluciones complementarias en pro de la comunidad.

XII- BIBLIOGRAFIA.

Alban. Iniciativa de Desarrollo y Cooperación y Desarrollo. La Aventura de la Sistematización, Como Mirar y Aprender de Nuestras practicas

Guía Metodológica de Sistematización. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria PESA en Centroamérica

Guiso, Alfredo. "De la práctica singular al diálogo con lo plural: Aproximaciones a otros tránsitos y sentidos de la Sistematización en épocas de globalización. Ponencia. Medellín, Agosto. 1998.

Henríquez G,Sara maria.Sistematización de experiencia de Trabajo del Programa Nacional de Salud(PIS)en Waslala;Desde su origen Hasta el 2003

Jara H Oscar. CEP Centro de Estudios y Publicaciones Alforja, Costa Rica.

Osorio Vargas, Jorge. Cruzar la orilla: Debates Emergentes sobre los profesionales de la acción social y educativa. Medellín. Agosto,1998.

Organización Panamericana de la salud, año 2010" La renovación de la atención primaria de salud en las Américas"

Organización Panamericana de la Salud, año 2010.La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Serie 4.Redes integradas de servicios de salud. Conceptos opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas

Plan de Gobierno de El Salvador, 2009-2014. Propuesta de política nacional de Salud Construyendo la Esperanza. Estrategias y Recomendaciones en Salud.

Secretaria Tecnica de la presidencia de El Salvador, marzo 2007. Avance de El Salvador en el cumplimiento de los objetivos del milenio.

La Renovación de la Atención Primaria de Salud de las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización mundial de la Salud(OPS/OMS)

Lineamientos Operativos para el Desarrollo de las actividades en los Ecos Familiares y Especializados. Marzo de 2010.Ministerio de Salud, Vice ministerio de Políticas Sectoriales, vice ministerio de Servicios de salud. Dirección de Regulacion,Dirección del Primer Nivel de Atencion

Marco conceptual de la sistematización de experiencia. Dirección General de Desarrollo Social. Dirección de Investigación y Desarrollo Social. Lima 2010

Manual para la Introducción de la perspectiva de Género y Juventud al Desarrollo Local. Como Sistematizar una Experiencia

Martinic, Sergio. El objeto de la Sistematización y sus Relaciones con la Evaluación y la Investigación. Medellín. Agosto, 1998.

Naciones Unidas, Informe 2008.Objetivos del Desarrollo del Milenio

Sistematización. Texto de Referencia y de Consulta, Curso E-DC-6.1.Noviembre 2007

ANEXOS



CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA.
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2008-2010



Cuestionario 1. Dirigido al personal de la Unidad Comunitaria de Salud familiar de Cinquera.

Objetivo: Conocer la percepción del 100% de los empleados de la UCSF de Cinquera, acerca de la implementación del nuevo modelo de salud.

1-¿Conoce el nuevo modelo de atención del Ministerio de Salud?

- a) Si
- b) No
- C) No responde

Explique:

2-¿Según su experiencia. Como considera la implementación del nuevo modelo de salud, en su Unidad de Salud?

- a) Adecuada
- b) Inadecuada

Explique:

3-¿En su opinión personal, el ser empleado antiguo / nuevo del Ministerio de Salud, fortaleció la implementación el nuevo modelo de salud en el municipio?

- a) Si
- b) No

Explique:

4-¿Cree usted, que el nuevo modelo, trajo beneficios a la población?

a) Si

b) No

¿Cuales? a)

b)

c)

5-¿Considera que ha habido aceptación del nuevo modelo de salud por la comunidad?

a) Si

b) No

Explique:

6-¿Según su apreciación, comente el papel de la comunidad frente al nuevo modelo de atención?

Explique:

7-¿Considera que el nuevo modelo de salud, afectó la atención o funcionamiento de la unidad de salud propiamente?

a) Si

b) No

Explique:

8-¿Como parte del equipo, cree que hubo acompañamiento del SIBASI/Región de salud en el proceso de implementación del nuevo modelo?

a) Si

b) No

Explique:

9-¿Como personal de la unidad de salud, mencione las principales limitantes o dificultades que encontró en la implementación del nuevo modelo de atención?

10-¿Como empleado de salud, mencione los principales factores, que facilitaron su trabajo, durante el proceso de implementación del nuevo modelo de salud?(capacitaciones, trabajo en equipo,empoderamiento,etc,etc)

11-¿Mencione los principales cambios, que usted como empleado experimentó, con la implementación del nuevo modelo de atención?



CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA.

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2008-2010



Cuestionario 2.Dirigido a los líderes comunitarios de Cinquera

Objetivo: Conocer la opinión de los diferentes líderes comunitarios de Cinquera, acerca del nuevo modelo de salud.

1-¿Lugar de procedencia?

a)Urbano

b)Rural

2-¿Pertenece a algún grupo organizado de su comunidad?

a)Si

b)No

Mencione nombre:_____

3-¿Conoce usted lo básico del nuevo modelo de atención de atención del Ministerio de Salud?

A)Si

b)No

4-¿ De que manera usted conoció del nuevo modelo de atención?

a) Asambleas comunitarias

b) Medios de comunicación

c)otros

Especifique_____

5-¿Cómo líder de su comunidad, participó usted de alguna manera en la implementación del nuevo modelo de atención en salud?

a)Si

b)No

Si respondió Si. en que momento participó:

a)Antes de la Implementación del nuevo modelo en su comunidad?

b)Durante la instalación del nuevo modelo?

c)Después de la instalación del nuevo modelo?

¿Cuál fue su participación? Explique

6-¿Como líder comunitario, que opina del nuevo modelo de atención del ministerio de salud?

a)Bueno

b)Malo

c)Regular

Explique:

7-¿Desde su carácter de líder comunitario, cuál ha sido su apoyo en la implementación del nuevo modelo de atención en su comunidad?

8-¿Como líder, percibe algún beneficio a su comunidad con el nuevo modelo de atención?

a)Si

b)No

Cuales beneficios?:

9-¿Cómo líder, que sugerencias daría para mejorar la nueva forma de trabajo del ministerio de salud en su comunidad?

a)Al equipo de salud propiamente:

b)Al nivel superior(Autoridades de Salud)



CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA.



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2008-2010

Cuestionario 3. Dirigido a los representantes de las diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales de Cinquera.

Objetivo: Conocer la opinión de los representantes de las diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales del municipio de Cinquera, acerca del nuevo modelo de salud.

1-¿Conoce usted lo básico del nuevo modelo de atención del Ministerio de Salud?

a) Si

b) No

2-¿Cómo supo del nuevo modelo de atención del Ministerio de Salud?

a) Asambleas comunitarias

b) Medios de comunicación

c) otros

Explique:

3-¿Cómo institución, participó usted de alguna manera en la implementación del nuevo modelo de atención en salud ?

a) Si

b) No

Si respondió Si, en que momento del proceso participó?

a) Antes de la Implementación del nuevo modelo en su comunidad?

b) Durante la instalación del nuevo modelo?

c) Después de la instalación del nuevo modelo?

¿Cuál fue su participación? Explique

4-¿Conoce el trabajo del equipo de salud, de cara al nuevo modelo de atención del Ministerio de Salud en municipio de Cinquera?

a) Si

b) No

5-¿Usted como institución, como evalúa el trabajo que el equipo de salud de su municipio realiza?

a) Bueno

b) Innovador

c) Intranscendente

d) Otro _____

6-¿El equipo de salud, coordina actividades en conjunto con su institución?

a) A veces

b) Frecuentemente

c) Nunca

7-¿Su institución ha recibido apoyo del equipo de salud en las actividades que usted a coordinado?

a) A veces

b) Siempre

c) Nunca

8-¿Usted como institución a apoyado las actividades que salud a coordinado con su institución?

a) A veces

b) Siempre

c) Nunca

9-¿Qué sugerencias daría usted al equipo de salud para mejorar el nivel de coordinación con la institución que usted dirige?

PLAN DE GOBIERNO 2009-2014”CONSTRUYENDO LA ESPERANZA”

Propuesta de Política pública de Salud

“Construyendo la Esperanza “Estrategias y Recomendaciones en Salud del Nuevo Gobierno. Presentada por el presidente de la república Sr Mauricio Funes, la cual nace de una serie de consultas sociales como el Proceso de Dialogo Social Abierto, la Alianza Ciudadana Contra la Privatización de la Salud, el resumen contenido en el Programa de Gobierno “Nace la Esperanza, Viene el Cambio”, así como el discurso del Presidente electo y las respuestas que dieron los representantes del Equipo Técnico de Salud en el debate promovido por las Organizaciones del Sistema de Naciones Unidas en Marzo de 2009.

Esta propuesta de política pública tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional de Salud que fortalezca sostenidamente lo público(incluyendo la seguridad social) y regule efectivamente lo privado, el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro, incluyendo(pero no limitándose a ello)la creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutividad y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas.

Esta propuesta de política consta de 25 estrategias y recomendaciones para ser operativizadas, relacionadas a 7 áreas fundamentales en el campo de la salud, diseñadas para configurar un Sistema de Salud de consenso nacional, que va más allá del quinquenio presidencial.

RESULTADOS PERSONAL DE SALUD

Tabla 1. Conocimiento del nuevo modelo por el personal de salud

1-¿Conoce el nuevo modelo de atención del Ministerio de Salud?	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	8	100.00%
Total	8	100.00%

Tabla 1.1 Conceptualización del nuevo modelo por el personal de salud

Explique	Frecuencia	Porcentaje
Consiste en atención preventiva, a través de la educación en la visita domiciliar	1	12.50%
Consiste en el acercamiento de los servicios curativos y preventivos, en forma integral e integrada para cada familia	2	25.00%
Es un modelo preventivo integral e integrado que interactúa con la comunidad	4	50.00%
Este modelo está basado en la atención primaria la cual se brinda a través de redes de salud integrales e integradas	1	12.50%
Total	8	100.00%

Tabla 2. Implementación del modelo en la Unidad Comunitaria, según apreciación del empleado

2-Según su experiencia ¿Como considera la implementación del nuevo modelo de atención, en su Unidad de Salud?	Frecuencia	Porcentaje
a) Adecuada	8	100.00%
Total	8	100.00%

Tabla 2.1. Consideración sobre la implementación del modelo según el empleado

Explique	Frecuencia	Porcentaje
Buena aceptabilidad por la población.	1	12.50%
Educar a la comunidad a respetar los días de consulta medica en la sede	1	12.50%
porque se han definido lineamientos de trabajo para su ejecución	2	25.00%
porque se realiza visita domiciliar	1	12.50%
preventivo y curativo	1	12.50%
Se analizó el contexto de la comunidad	1	12.50%
Se le da seguimiento a las familias del área correspondiente	1	12.50%
Total	8	100.00%

Tabla 3. Facilitación del modelo como empleado antiguo/nuevo

3-¿En su opinión personal, el ser empleado antiguo/nuevo del Ministerio de Salud, facilitó la implementación del nuevo modelo de salud en su municipio?	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	7	87.50%
b) No	1	12.50%
Total	8	100.00%

Tabla 4 Beneficios del nuevo modelo a la población

4.- ¿Cree usted, que el nuevo modelo, trajo beneficios a la población?	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	8	100.00%
Total	8	100.00%

Tabla 4.1 Los beneficios de la comunidad

Explique:	Frecuencia	Porcentaje
a) Consulta domiciliar a pacientes con enfermedades crónicas, b) Atención precoz a puérperas y recién nacidos, c) consulta especializada en unidad de salud.	1	12.50%
a) prevención de enfermedades b) promoción de estilos de vida saludables, c) visita integral domiciliar)Atención por especialista en la sede del ECO	2	25.00%
a) prevención de enfermedades, b) promoción de estilos de vida saludables, c) económico	5	62.5.50%

Tabla 5 Aceptación del nuevo modelo por la comunidad

5. ¿Considera que ha habido aceptación del nuevo modelo de salud por la comunidad?	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	7	87.50%
b) No	1	12.50%
Total	8	100.00%

Tabla 5.1 explicación de aceptación por parte de la comunidad del nuevo modelo.

Explique:	Frecuencia	Porcentaje
Aún existen personas inconformes, debido a que únicamente hay atención médica 2 veces por semana	1	12.50%
La población ya se esta sensibilizando y educando en la nueva forma de trabajo	2	25.00%
manifestaciones de satisfacción con el nuevo modelo por la población	1	12.50%
Percepción comunitaria mas personalizada con la visita domiciliar	3	37.50%
por el apoyo comunitario al trabajo del equipo	1	12.50%
Total	8	100.00%

Tabla 6. Apreciación del papel de la comunidad frente al nuevo modelo de atencion

Explique:	Frecuencia	Porcentaje
Acomodamiento de la comunidad en programas preventivos	1	12,50%
Apropiación de la salud por parte de la comunidad	3	37,50%
Participativo	4	50,00%
Total	8	100,00%

Tabla 7. Afectación del nuevo modelo en la atención de Unidad de Salud

7. ¿Considera que el nuevo modelo de salud afecto la atencion o funcionamiento de la unidad de salud propiamente?	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	2	25,00%
b) No	6	75,00%
Total	8	100,00%

Tabla 7.1 Como afecto el nuevo modelo la atención en la Unidad de Salud

Explique:	Frecuencia	Porcentaje
En un inicio fue dificil educar a la población al modelo preventivo	1	12,50%
Escasez de recurso medico	1	12,50%
Siempre se brindan atenciones en el establecimiento	6	75,00%
Total	8	100,00%

Tabla 8. Acompañamiento del nivel superior en el proceso

8. ¿Como parte del equipo, cree que hubo un adecuado acompañamiento del nivel superior en el proceso de implementación del nuevo modelo?	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	3	37,50%
b) No	5	62,50%
Total	8	100,00%

Tabla 8.1. Forma de acompañamiento del nivel superior

Explique:	Frecuencia	Porcentaje
Capacitación constante al equipo	1	12,50%
Fue muy poco el acompañamiento, prácticamente solo al inicio del proceso	6	75,00%
Hubo énfasis y seguimiento en el proceso	1	12,50%
Total	8	100,00%

Tabla 9. Limitantes en el proceso de implementación

9. ¿Como personal de la unidad de salud, mencione las principales limitantes o dificultades que encontró en la implementación del nuevo modelo de atención?	Frecuencia	Porcentaje
a)Inaccesibilidad de algunas comunidades	2	25,00%
b)Costumbres de la población	1	12,50%
c)Renuencia a lo preventivo	3	37,50%
d)Equipo operativo de campo incompleto.	1	12,50%
e)Falta de equipo de campo	1	12,50%
Total	8	100,00%

Tabla 10. Factores facilitadores del proceso

10. ¿Como empleado de salud, mencione los principales factores que facilitaron su trabajo, durante el proceso de implementación del nuevo modelo de salud?	Frecuencia	Porcentaje
a)Capacitación al personal	4	50,00%
b)Trabajo en equipo	3	37,50%
e)Disponibilidad de trabajo	1	12,50%
Total	8	100,00%

Tabla 11. Cambios como empleado de salud.

11-Mencione los principales cambios, que usted como empleado experimentó con la implementación del nuevo modelo de atención?	Frecuencia	Porcentaje
a)Salida a campo	4	58,31%
b)Educación en salud a la familia	1	8,30%
c)Más compañerismo	1	8,30%
e)Satisfacción como empleado de salud	2	25,00%
Total	8	100,00%

RESULTADOS LIDERES CINQUERA

Tabla 1.Procedencia lideres

1. ¿Lugar de procedencia?	Frecuencia	Porcentaje
a) Urbano	9	100,00%
Total	9	100,00%

Tabla 2 Pertenencia de líder a grupo organizado

2. ¿Pertenece a algún grupo organizado de su comunidad?	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	100,00%
Total	9	100,00%

Tabla 3 Organización de pertenencia de lideres

Mencione nombre:	Frecuencia	Porcentaje
Asociación de desarrollo comunal de Cinquera	2	22,20%
Asociación de desarrollo comunal de Cinquera y Asociación de reconstrucción y desarrollo municipal	3	33,40%
Asociación de reconstrucción y desarrollo municipal	3	33,30%
Asociación de Mujeres,(AMECIJD)	1	11,10%
Total	9	100,00%

Tabla 3.1 Conocimiento de lo básico del nuevo modelo de atención de los lideres

3.1 ¿Conoce usted lo básico del nuevo modelo de atención del Ministerio de Salud?	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	100,00%

Tabla 4 Manera de conocimiento del nuevo modelo de lideres

4. ¿De que manera usted conoció del nuevo modelo de atención del Ministerio de Salud?	Frecuencia	Porcentaje
a) Asambleas comunitarias	8	88,90%
b) Medios de comunicación	1	11,10%
Total	9	100,00%

Tabla 4.1 Otras formas de conocimiento del nuevo modelo

Especifique:	Frecuencia	Porcentaje
Además através de las autoridades de Salud a nivel de departamento de Cabañas	1	11,10%
Asambleas que organiza personal de la unidad de salud	3	33,30%
Solo por asambleas comunitarias	5	55,60%
Total	9	100,00%

Tabla 5 Participación de lideres en la implementación del nuevo modelo

5. ¿Cómo líder de su comunidad, participó usted de alguna manera en la implementación del nuevo modelo de atención en salud?	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	55,60%
No	4	44,40%
Total	9	100,00%

Tabla 5.1 Participo antes, durante o después de la implementación

Si respondió que sí, en que momento participó:	Frecuencia	Porcentaje
a) Antes de la implementación del nuevo modelo en su comunidad	1	11,10%
b) Durante la instalación del nuevo modelo	2	22,20%
c) Después de la instalación del nuevo modelo	2	22,20%
d) No participó en ningún momento	4	44,40%
Total	9	100,00%

Tabla 6 Opinión como líder comunitario del nuevo modelo de atención

6. ¿Como líder comunitario, que opina del nuevo modelo de atención del ministerio de salud?	Frecuencia	Porcentaje
a) Bueno	9	100,00%
Total	9	100,00%

Tabla 6.1 Porque se considera bueno el nuevo modelo

Explique:	Frecuencia	Porcentaje
Permite la prevención de enfermedades a nivel del municipio	4	44,40%
Porqué el equipo de salud visita al paciente	3	33,30%
Rompe el esquema tradicional ya que es más preventivo	2	22,20%
Total	9	100,00%

Tabla 7 Apoyo como líder al proceso de implementación

7. ¿Desde su carácter de líder comunitario, cuál ha sido su apoyo en la implementación del nuevo modelo de atención en su comunidad?	Frecuencia	Porcentaje
Difusión comunitaria, concientización de la importancia de este nuevo modelo	3	33,30%
Difusión del modelo a nivel comunitario	4	44,40%
Poner en práctica las recomendaciones del personal de salud a nivel familiar y comunitario	2	22,20%
Total	9	100,00%

Tabla 8 Percepción de beneficios en la comunidad con el nuevo modelo

8. ¿Como líder, percibe algún beneficio a su comunidad con el nuevo modelo de atención?	Frecuencia	Porcentaje
si	9	100,00%
Total	9	100,00%

Tabla 9 Enumere los beneficios que percibe como líder a su comunidad

¿Cuáles beneficios?	Frecuencia	Porcentaje
Atención preventiva a través de la visita domiciliar	3	33,30%
Consulta domiciliar	1	11,10%
Mayor acercamiento del personal de salud hacia el paciente	3	33,30%
Mayor atención de la población por parte del personal de salud	1	11,10%
Visita del especialista al establecimiento, y apoyo nutricional infantil	1	11,10%
Total	9	100,00%

Tabla 10 Sugerencias como líderes, al equipo de salud

a) Sugerencias al equipo de salud propiamente:	Frecuencia	Porcentaje
Cumplir con días programados de consulta en la sede.	2	22,20%
Garantizar la discreción del estado de salud del paciente	1	11,10%
Más información a la población	1	11,10%
Mayor coordinación con instituciones	1	11,10%
Mayor empoderamiento del nuevo modelo por parte del equipo de salud	2	22,20%
Visitas domiciliarias en casos especiales de acuerdo a la necesidad	2	22,20%
Total	9	100,00%

Tabla 10.1 Sugerencia de los líderes al nivel superior de salud

b) Sugerencias al nivel superior (Autoridades de Salud)	Frecuencia	Porcentaje
Garantizar la permanencia de medico en unidad de salud y en la comunidad	2	22,20%
Garantizar la permanencia de medico en unidad de salud y en la comunidad, y el abastecimiento de medicamentos	1	11,10%
Mayor agilidad a las políticas de salud con énfasis en la política de medicamentos	3	33,30%
Mayor coordinación y comunicación hacia las comunidades	1	11,10%
Vigilancia por parte de las autoridades el abastecimiento de medicamentos	2	22,20%
Total	9	100,00%

RESULTADOS INSTITUCIONES

Tabla 1 Conocimiento de lo básico del nuevo modelo de atención

1. ¿Conoce usted lo básico del nuevo modelo de atención del Ministerio de Salud?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	7	87,50%	87,50%
No	1	12,50%	100,00%

Tabla 2 A través de que manera conoció del nuevo modelo de atención

2. ¿Cómo supo del nuevo modelo de atención del Ministerio de Salud?	Frecuencia	Porcentaje
a) Asambleas comunitarias	4	50,00%
b) Medios de comunicación	2	25,00%
d) Comentarios de particulares	1	12,50%
e) Los tres anteriores	1	12,50%
Total	8	100,00%

Tabla 3 Participación institucional en el proceso de implementación

3. ¿Cómo institución, participó usted de alguna manera en la implementación del nuevo modelo?	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	37,50%
No	5	62,50%
Total	8	100,00%

Tabla 4 Momento de participación como institución en la implementación

Si respondió que si, en que momento del proceso participo	Frecuencia	Porcentaje
a) Antes de la implementación del nuevo modelo en su comunidad	1	33,30%
b) Durante la instalación del nuevo modelo	2	66,70%
Total	3	100,00%

Tabla 5 Forma de participación

¿Cuál fue su participación? Explique	Frecuencia	Porcentaje
Apoyando a la educación de la población sobre los nuevos cambios de la atención en salud.	1	14,30%
Divulgación del nuevo modelo en asamblea general y en escuela de madres y padres	2	28,6,30%
Ninguna	4	57,10%
Total	7	100,00%

Tabla 6 Conocimiento del trabajo del equipo de salud como institución

4. ¿Conoce el trabajo del equipo de salud, de cara al nuevo modelo de atención del Ministerio de Salud en municipio de Ciquera?	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	87,50%
No	1	12,50%
Total	8	100,00%

Tabla 7 Evaluación del trabajo del equipo de salud como institución

5. ¿Usted como institución, como evalúa el trabajo que el equipo de salud de su municipio realiza?	Frecuencia	Porcentaje
a) bueno	3	37,50%
b) Innovador	4	50,00%
c) Intrascendente	1	12,50%
Total	8	100,00%

Tabla 8 Nivel de coordinación

6. ¿El equipo de salud, coordina actividades en conjunto con su institución?	Frecuencia	Porcentaje
a) A veces	2	25,00%
b) Frecuentemente	6	75,00%
Total	8	100,00%

Tabla 9 Apoyo del equipo de salud a las instituciones

7. ¿Su institución ha recibido apoyo del equipo de salud en las actividades que usted ha coordinado?	Frecuencia	Porcentaje
a) A veces	3	37,50%
b) Siempre	5	62,50%
Total	8	100,00%

Tabla 10 Apoyo institucional al equipo de salud local

8. ¿Usted como institución a apoyado las actividades de salud a coordinado con su institución?	Frecuencia	Porcentaje
a) A veces	2	25,00%
b) Siempre	6	75,00%
Total	8	100,00%

Tabla 11 Sugerencias de representantes institucionales al equipo de salud

9. ¿Qué sugerencias daría usted al equipo de salud para mejorar el nivel de coordinación con la institución que dirige?	Frecuencia	Porcentaje
Continuar trabajando de forma coordinada, articulada y complementaria en la elaboración de planes contingencia les y de respuesta que permitan la acción conjunta de los actores municipales y el contacto directo con la población del municipio.	1	12,50%
Mantener funcionando el comité intersectorial que permita la coordinación con las diferentes instancias	1	12,50%
Mejorar la coordinación.	3	37,50%
Ninguna	1	12,50%
Que haya acercamiento y revisar en que actividades nos podamos apoyar mutuamente.	2	25,00%
Total	8	100,00%