



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



**“PERCEPCION DE LA CIUDADANÍA ACERCA DE LOS EQUIPOS COMUNITARIOS
DE SALUD FAMILIAR URBANOS DEL MUNICIPIO DE SAN SALVADOR, JULIO A
DICIEMBRE DE 2015”**

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

Presentado por:

Dr. Antonio Alberto Hernández Reyes

Dr. Milgen Marduf Jiménez Artiga

**Asesora
Licda. Reina Araceli Padilla. MSP**

San Salvador, Julio de 2016

AUTORIDADES

Lic. José Luis Argueta Antillón
Rector Interino de la Universidad de El Salvador

Dra. Maritza Mercedes Bonilla Dimas
Decana de la Facultad de Medicina

Licda. MSP. Reina Araceli Padilla
Coordinadora de la Maestría en Salud Pública

Jurado

Licda. MSP. Reina Araceli Padilla

Licda. MSP. Hilda Cecilia Méndez de García

Dra. MSP. Angélica Cantarero

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios Todopoderoso por abrir caminos donde no los había y poder culminar este proceso.

Agradezco a mis padres Alberto y Ady por su apoyo incondicional desde el inicio de este estudio.

Agradezco infinitamente a mi esposa Karla por su ánimo y esfuerzo que me dio las fuerzas para culminar a pesar de las adversidades.

Dedico esta investigación al amor que Dios me ha dado expresado en mi familia: a mi esposa Karla Roxana y a mi hijo Andrés Antonio, ya que ellos son la razón por la que lucho y me esfuerzo por ser cada día mejor.

Antonio

AGRADECIMIENTOS

Dedico esta tesis

A mis padres quienes me apoyaron y creyeron en mí todo el tiempo.

A mi esposa Claudia, quien me apoyo y alentó para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

A mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme, aun sin importar que muchas veces no ponía atención en clase, a ellos que continuaron depositando su esperanza en mí.

A mi compañero de tesis Antonio que me apoyo para escribir y concluir esta tesis. Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes se las debo por su apoyo incondicional.

Milgen.

RESUMEN

Título: “Percepción de la Ciudadanía Acerca de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar Urbanos del Municipio de San Salvador, Julio a Diciembre de 2015”

-Propósito: Contribuir al análisis de un modelo de atención incluyente para las grandes ciudades del país, que se ajuste a la realidad y contexto actual de la sociedad salvadoreña

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo con enfoque cualitativo. Se seleccionaron a 35 ciudadanos usuarios de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOSF) urbanos, mayores de 15 años, líderes comunitarios activos, representantes en comités del Foro Nacional de Salud y del comité de salud, residentes del área geográfica de influencia de los ECOSF seleccionados por más de un año, que estuvieran adscritos al modelo mediante una ficha familiar y que tuvieran disponibilidad de participar en este estudio.

-Resultados: Existe una buena percepción por parte de la ciudadanía en cuanto a la oferta y el acceso a los servicios, así como un buen trato que dan los ECOSF Urbanos en el municipio de San Salvador. El ECOSF se constituye en una reivindicación social por cuanto incluye a las personas excluidas, a aquellas que se encuentran viviendo en las ciudades ocultas de las grandes urbes. La integración del ECOSF en la dinámica comunitaria lo ubica en una situación que garantiza una mayor contraloría social.

-Conclusiones: La población acepta y hace uso de los ECOSF urbanos, sin embargo, el modelo no logra dar respuesta al abordaje de la determinación social de la salud, la intersectorialidad y la participación social que el proceso de Reforma de Salud ha planteado como eje de cambio social.

-Recomendaciones: Debe de realizarse un replanteamiento táctico desde el MINSAL en relación a los ECOSF urbanos para lograr mejores resultados en su desempeño y rol comunitario.

CONTENIDO

CAPITULO	PAGINA
RESUMEN	iv
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
III. MARCO DE REFERENCIA	4
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	57
V. RESULTADOS	61
VI. DISCUSIÓN	68
VII. CONCLUSIONES	76
VIII. RECOMENDACIONES	78
IX. BIBLIOGRAFÍA	80
ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

En el marco de la Reforma de Salud iniciada en Julio de 2010 se definieron 8 ejes prioritarios, de los cuales el primero se denominó: La construcción de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), que incluye el cambio del modelo de atención pasando de un modelo asistencial a un modelo de salud familiar y comunitaria por medio de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOSF).

Los ECOSF se constituyen en la puerta de entrada al sistema sanitario, siendo el primer contacto de la población con el sistema de salud, y también se han convertido mediáticamente en el componente más visible de los 8 ejes.

Hasta el momento no existen estudios sobre el nivel de aceptación de la población hacia estos equipos, ni tampoco sobre el grado de satisfacción que la ciudadanía percibe sobre ellos.

Se desconoce la opinión del ciudadano sobre los ECOSF y tampoco se sabe si son percibidos como un elemento positivo en la dinámica comunitaria o se conciben como un intruso ajeno a los procesos organizativos, más aún si les satisfacen los servicios de los ECOSF o no. Estas inquietudes son válidas en este proceso coyuntural porque dan orientación sobre el desarrollo de la Reforma de Salud.

No se conoce la diferenciación entre la situación percibida en el área rural y en el área urbana. En el área rural la accesibilidad geográfica de los servicios de salud ha sido históricamente limitada, y en cuanto al área urbana, el perfil del usuario de los servicios es distinto así como los servicios de salud están más próximos. Dichas diferencias podrían incidir en que los ECOSF urbanos tengan un énfasis distinto al que se tiene en el interior del país.

De igual manera, así como existe una diferencia entre lo rural y lo urbano, dentro de lo urbano hay una variación entre los asentamientos urbanos y las grandes urbes. Esto podría complicar la comparación entre las distintas zonas del País e inclusive de un municipio a otro.

Usualmente las poblaciones urbanas tienden a ser más exigentes que las poblaciones rurales debido a que tienen más posibilidades de elección y un mayor acceso a la información. Los servicios de salud no son la excepción. Se desconoce el elemento de satisfacción al usuario en la planificación de la oferta de servicios de los ECOSF urbanos. Esta característica puede ser importante para la aceptabilidad de los equipos en un mediano a largo plazo, sobre todo en las áreas donde confluyen muchos prestadores como es propio de un sistema de salud fragmentado; así los resultados podrán ser utilizados por la actual administración del MINSAL para desarrollar un modelo de atención con enfoque en salud urbana.

Por lo anterior, se realizó el enunciado del problema: ¿cuál es la percepción de la ciudadanía en torno a los equipos comunitarios de salud familiar urbanos en el municipio de San Salvador del mes de Julio a Diciembre de 2015?

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción de la ciudadanía acerca de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar urbanos en el Municipio de San Salvador, de Julio a Diciembre de 2015

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la prestación de los servicios que la ciudadanía recibe del ECOSF urbano en el municipio de San Salvador.
- Determinar la accesibilidad del ciudadano y ciudadana a los servicios de ECOSF.
- Indagar el nivel de calidez de la atención recibida por la ciudadanía de parte de los ECOSF Urbanos en San Salvador.

III. MARCO DE REFERENCIA

3.1 *La Atención Primaria en Salud*

La Organización Mundial de la Salud ha sido un promotor de la Atención Primaria de Salud (APS) desde que adoptó este enfoque como un elemento central para alcanzar la meta de “Salud para Todos” en 1978. Desde entonces, el mundo - y la APS con él - ha cambiado dramáticamente. A pesar de los cambios en la forma como la APS ha sido conceptualizada e implementada durante el pasado cuarto de siglo, ha surgido un consenso internacional de que la APS continúa siendo un medio válido y adecuado para promover la salud y el desarrollo humano en todo el mundo.

Desde Alma Ata, ha habido también varios avances importantes en el concepto y enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedades. En las décadas de los 80 y los 90, las Cumbres Mundiales sobre niñez, mujeres, medio ambiente, salud reproductiva, desarrollo sostenible y derechos humanos, han ayudado a movilizar gobiernos locales y nacionales y Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), para tomar acción en importantes problemas globales; han establecido estándares y lineamientos internacionales para el desarrollo de políticas nacionales; han servido como foros donde se discutieron nuevas propuestas y se buscaron consensos, así como también pusieron en marcha algunos procesos, aún no finalizados, para que los gobiernos asuman compromisos e informen regularmente a las Naciones Unidas.

En 1986, la Carta de Ottawa para Promoción de la Salud emprendió una nueva era definiendo las condiciones previas para alcanzar salud - incluyendo paz, vivienda, educación, alimentación, ingresos, ECOSistemas estables, recursos sostenibles, justicia social y equidad - trazando el camino para movilizar las sociedades hacia la promoción de la salud. Esto coincidió con un mayor entendimiento y una mejor articulación del sector salud en las áreas política, legal y de finanzas.

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población. Así mismo, las experiencias acumuladas

tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo han demostrado que la APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales. Por otra parte, los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos producidos desde la celebración de la Conferencia de Alma Ata acarrearán la necesidad de una revisión profunda de la estrategia de APS para que pueda dar respuesta a las necesidades en salud y desarrollo de la población en el mundo.

La propuesta de la OPS para la renovación de APS se inició a partir de la Resolución CD44.R6¹ de septiembre de 2003, en la que se invita a los estados miembros a adoptar una serie de recomendaciones para fortalecer la APS. Además insta a la OPS a tener en cuenta los principios de la APS en las actividades de los programas de cooperación técnica, esencialmente los relacionados con los ODM; evaluar diferentes sistemas basados en la APS e identificar y diseminar las mejores prácticas; concurrir en la capacitación de trabajadores de la salud para la APS; apoyar modelos de APS definidos a nivel local. En respuesta al mandato anterior, la OPS/OMS estableció en mayo 2004 el Grupo de Trabajo (GT) sobre APS para que hiciera sugerencias sobre las futuras orientaciones estratégicas y programáticas en APS; dicho proceso es liderado desde la oficina de la Directora Adjunta (AD) y coordinado por la unidad de Organización de Servicios, del área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS/OS).

El primer objetivo del GT fue la realización del documento de posición en APS, elaborado sobre el legado de Alma Ata, las lecciones aprendidas en APS y las experiencias extraídas de los procesos de reforma. El documento de posición se vio enriquecido por los comentarios y sugerencias de expertos de todos los países de la Región así como de especialistas internacionales. En julio 2005 se celebró la Consulta Regional de Montevideo, Uruguay, que contó con la participación de representantes

¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 44º Consejo Directivo, 55ª Sesión del Comité Regional. Atención primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington: 22 al 26 de septiembre de 2003

de 30 países, de la que emergió el borrador de la Declaración Regional sobre APS. El 29 de septiembre de 2005, el 46º Consejo Directivo² ratificó la Declaración Regional.

En el documento de posición sobre la Renovación de la APS definen las consecuencias para el recurso humano en el diseño de un Sistema de Salud Basado en la APS:

La cobertura universal requerirá un volumen importante de profesionales entrenados en atención primaria.

- Los recursos humanos deben planificarse de acuerdo con las necesidades de la población.
- El entrenamiento de los recursos humanos debe articularse con las necesidades de salud y ser sostenible.
- Deben desarrollarse políticas sobre calidad de desempeño del personal. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud.
- Deben caracterizarse las capacidades del personal (perfil y competencias) y el perfil de cada trabajador deberá ajustarse a una labor específica.
- Se requieren mecanismos de evaluación continua que faciliten la adaptación de los trabajadores de salud a los nuevos escenarios y a las necesidades cambiantes de la población.
- Las políticas deben apoyar el abordaje multidisciplinario de la atención integral.
- La definición de trabajador de salud debe incluir, a quienes trabajan en los sistemas de información, gerencia y administración de servicios.

Paralelamente, bajo la coordinación de la unidad de Recursos Humanos (HSS/HR) se celebró en Toronto, Canadá, la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos

2 Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).46º Consejo Directivo. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria en Salud (CD/46/13). Washington: OPS/OMS, 2005.

Humanos en Salud, del 5 al 7 de octubre de 2005³ . En dicha reunión se realizó el llamado a la acción de Toronto que plantea cinco grandes desafíos:

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

Estos cinco desafíos están directamente asociados con la estrategia de APS y con el desarrollo de los equipos en los diferentes ámbitos de los sistemas y servicios de salud, por lo que se identifica como necesario el trabajo conjunto entre las áreas de recursos humanos y servicios de salud, de la OPS, para el abordaje de la organización, estructura y perfiles de actuación de los equipos de APS.

3 Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos: Llamado a la Acción prioriza los Recursos Humanos. Toronto, Canadá. Octubre 5-7 de 2005. <http://www.observatoriorh.org/Toronto/index-sp.html>

3.2 Equipos de Atención Primaria en Salud

El equipo es una forma particular de organización del trabajo y no un tema que pueda aprenderse en un curso. En el sector salud como en otros, se han utilizado actividades puntuales de capacitación para generar la consolidación de un equipo de trabajo. Este tipo de intervención puede aportar conocimientos, pero no puede reemplazar el desarrollo de actitudes para el trabajo en equipo. Las actitudes sólo pueden cambiar en la práctica, en la vivencia laboral, en la interacción de trabajo con los compañeros, no en espacios hipotéticos. ⁴

Para que un grupo se constituya en equipo son importantes las siguientes condiciones:

- El desempeño es el objetivo principal, el equipo sigue siendo un medio no el fin.
- La creación de una ética de desempeño del equipo por parte de los gerentes fortalece el trabajo de los propios equipos.
- Existe una tendencia cultural hacia el individualismo que no debería entorpecer el desempeño del equipo.
- La disciplina dentro del equipo y la organización crea las condiciones para el desempeño del equipo.
- El desempeño del equipo está asociado con la calidad y la integralidad de sus respuestas en un ámbito cambiante como es la salud.
- El equipo cuenta con una variedad de conocimientos desde las diferentes profesiones que le permite interpretar la realidad y abordar los problemas desde diferentes ópticas y construir respuestas integrales e integradas.

Se han identificado tres conceptos diferentes sobre trabajo en equipo, cada uno de ellos destacando sus resultados y las relaciones entre sus disciplinas.

- Equipo multidisciplinar
- Equipo interdisciplinar

⁴ Rosales, C; Molina, Ana; Moreno Wagner. Bibliografía Anotada: Equipo de trabajo en salud. San José: OPS/OMS, 1998^a

- Equipo transdisciplinar

El equipo multidisciplinar Los nuevos conceptos de organización del trabajo descrito por la mayoría de los autores están basados en la actividad de equipo⁵. El equipo se define como: Número pequeño de personas con habilidades complementarias que están comprometidas con un propósito común, con metas de desempeño y con una propuesta por las que se consideran mutuamente responsables.

6

El equipo multidisciplinario se fundamenta en que las habilidades aportadas por los diversos profesionales aumentan la creatividad del grupo, ayudando a la innovación y potenciando la apertura de pensamiento de sus miembros, dando respuestas integrales.⁷

Aunque el equipo puede cambiar su composición a lo largo del tiempo, sus resultados serán mejores cuanto mayor sea la proporción de miembros estables en el grupo.⁸

Interdisciplinariedad

La disciplina se constituye en un conjunto de técnicas, basadas en una teoría o imagen del mundo, cuya práctica exige estudio y concentración y se enfoca hacia una parte de la realidad⁹; la interdisciplina hace referencia a las formas en que interactúan

5 West, M., Poulton, B, Pearson, P, Spencer, J. Primary health care: in league of their own. Promoting teamwork in primary care. A Research based approach. (2) 1-24. 1997.

6 Fortuna, Cinira M.; Mishina, Silvana M.; Matumoto, Silvia; Pereira, Maria José B. El trabajo en equipo en el programa de salud de la familia: reflexiones a partir de conceptos de un proceso grupal y grupos operativos. Rev. Latinoamericana de enfermería, Riberão Preto, v.13 (2), mar./abr., 2005, p.262-268. 6.

7 Rosales, C.; Valverde, J.M. Trabajo en equipo en las instituciones de salud: Conceptos y herramientas para su desarrollo. Washington: OPS/OMS, 1998b.

8 Rosales, C., Rocha, Cristianne. Trabajo en equipo en los sistemas y servicios de salud: una estrategia para la promoción de salud. (Febrero/2006).

9 Borrero, A. La interdisciplinariedad: Simposio Permanente sobre la Universidad. Asociación Colombiana de Universidades. ASCUN, Bogotá, 1991

las diferentes disciplinas entre sí y que se convierten en el objeto de la interdisciplinariedad.¹⁰

Transdisciplinariedad

La transdisciplinariedad ocurre cuando varias disciplinas interactúan mediante la adopción de alguna o algunas disciplinas o de otros recursos como las lenguas y la lingüística, que operan como nexos analíticos. Por ejemplo, la lógica, la matemática y varias más. A la disciplina que se le adopte se le denomina disciplina, ciencia diagonal o transdisciplina¹¹

El trabajo en equipo

El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo de la construcción técnica, política y social del trabajo en salud en el contexto de un nuevo modelo de atención. Las características del trabajo en equipo incluyen la autonomía relativa de cada tipo profesional (asegurada por la legitimidad del conjunto de competencias que caracteriza a cada uno); la interdependencia entre los distintos profesionales en la ejecución de las acciones; la interdisciplinariedad; la horizontalidad; la flexibilidad; la creatividad; la interacción comunicativa.

Equipos de Salud

La constitución de un equipo de salud no se logra mediante la mera yuxtaposición física de sus componentes y actividades; es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas¹², basándose en la división funcional del trabajo y de

10 Eisenberg, Rose. Interdisciplinariedad y Niveles de Integración en la Formación Ambiental Universitaria. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, 1997.

11 Falla, Consuelle. Extracto del Libro "La Transdisciplinariedad. Manifiesto de Basarab Nicolescu " Éditions du Rocher - Collection "Transdisciplinarité". Paris. Francia, 1998.

12 Martín Zurro, A., Cano Pérez, J.F. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Tercera Edición. Barcelona, España 1994.

las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical.¹³

El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo en la construcción técnica, política y social del cambio del trabajo en salud para la aplicación de un nuevo modelo de atención, el trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria facilitan la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciendo una renovación e integración de capacidades clínicas y de salud pública en los equipos de salud.

La composición de los equipos en APS

La composición de un equipo de atención primaria (EAP) debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por tanto, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y contextos sociales. Lo que define un equipo de salud no es el tipo de profesionales que lo constituyen, o su relación cualitativa respecto a la población, sino la forma organizativa a través de la cual su estructura y funcionamiento se adecuan para solucionar las necesidades del individuo, la familia y la comunidad.

Criterios de reconocimiento del trabajo en equipo:

- Comunicación intrínseca del trabajo • Proyecto asistencial común
- Diferencias técnicas entre trabajos especializados
- Argumentación de la desigualdad de los trabajos especializados
- Especificidad de los trabajos especializados
- Flexibilidad en la división del trabajo
- Autonomía técnica de carácter independiente

13 Peduzzi, M. Equipo multiprofesional de salud: concepto y topología. Departamento de orientación profesional, Univ. De Sao Pulo, Brasil Rev. Salud Publica 2001;35(1):103-9

Esta propuesta está caracterizada por la articulación a la propuesta de integralidad de las acciones de salud en los Sistemas basados en la APS. Esta articulación está dada por las situaciones de trabajo en que los miembros del equipo establecen correlaciones u coordinaciones con otros niveles y pone en evidencia las conexiones entre las diversas intervenciones en salud¹⁴

3.3 Sistema de salud basado en APS.

Un Sistema de Salud basado en la APS se apoya en recursos humanos apropiados que incluyen a los proveedores de servicios (de salud, sociales y otros), a los trabajadores comunitarios, a los gestores, personal administrativo y la población (individuo, familia y comunidad), si bien todos los recursos humanos del Sistema de Salud forman parte de la estrategia de APS, los equipos de APS en el primer nivel de atención son la parte esencial y sobre la que se conocen más experiencias en la definición de su composición.¹⁵

La composición de los equipos varía en los diferentes países de la región. En países como Brasil¹⁶, Costa Rica y Cuba se han visto experiencias exitosas de la aplicación del EAP en la prestación de los servicios de salud. Como común denominador se encuentran presente en todos los casos mencionados el médico y la enfermera de la familia, a quienes se agregan, dentro de las particularidades de los sistemas de salud, otros profesionales que conforman los equipos de APS. Por ejemplo en Cuba,¹⁷ en sus inicios el equipo estaba formado por médico y enfermera de la familia; la aparición de nuevas necesidades de salud y el afán de brindar servicios de

14 SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da and TRAD, Leny A. Bomfi m. Team work in the PSF: investigating the technical articulation and interaction among professionals. *Interface (Botucatu)*, Sep./Feb. 2005, vol.9, no.16, p.25-38. ISSN 1414-3283.

15 Arce, Bartolomé. Panorama actual y futuro de la salud pública en Cuba. Disponible en: <http://www.sindhosp.com.br/hospitalar/401,1>, Panorama Actual y Futuro de la Salud Publica en Cuba. Acceso en: 12 enero 2006.

16 Ares, Filiberto Pérez. Medicina de Familia y la Formación Post-Graduada en Cuba. Presentación en power point. Río de Janeiro, 2004.

17 Sistema Nacional de Salud (Cuba): http://www.cubagov.cu/des_soc/salud/indice.htm

calidad integrales e integrados llevó a la creación de los Grupos de Atención Integral a la Familia (GAIF), que incluyen dentista, trabajadora social, y algunas especialidades del segundo nivel de atención (Medicina interna, Pediatría y Ginecología y Obstetricia), además de la participación informal de los líderes comunitarios.

En otras experiencias como en Brasil¹⁸ los equipos incorporan, además del médico y la enfermera, técnicos o auxiliares de enfermería, dentista y el agente comunitario, que es un cuidador comunitario con cierto grado de profesionalización y capacitación, contratado por el Sistema Único de Salud (SUS)^{19,20} en Costa Rica, los equipos cuentan con auxiliares de enfermería, asistentes técnicos de atención primaria y recientemente auxiliares de registros médicos.^{21,22} No hay pues, uniformidad en cuanto a la composición de los equipos de APS en el primer nivel de atención, si bien en general se considera una composición mínima a partir de médico (general, de familia, etc.), enfermera y un técnico de nivel medio con funciones de auxiliar, o de técnico comunitario, en función de las necesidades de la comunidad.

La nueva definición de APS, sigue siendo la misma que la de Alma Ata, pero se enfoca sobre todo el conjunto del Sistema de Salud incluyendo los diferentes sectores, públicos, privados con y sin fines de lucro y es aplicable a todos los países. Igualmente, descarta la idea de que la APS sea definida por tipos específicos de personal de salud, puesto que los equipos que trabajan en la APS deben de definirse de acuerdo a recursos disponibles, preferencias culturales y la evidencia. Cada país deberá desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, de acuerdo a sus

18 Crevelim, Maria Angélica. Participación de la comunidad en el equipo de salud de la familia: ¿Es posible establecer un proyecto común entre trabajadores y usuarios? *Ciencia & Saúde Coletiva*, 10 (2), 2005, p.323-331.

19 Campos, GWS. El filo de la navaja de la función de filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* V.8 n.4. Sao Paulo; 2005.

20 Programa Salud de la Familia (Brasil): <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>

21 Ministerio de Salud (Costa Rica): www.ministeriodesalud.go.cr

22 Caja Costarricense de Seguro Social: www.ccss.sa.cr

recursos, circunstancias políticas, capacidad administrativa y a su propio Desarrollo Nacional de Salud. Un sistema basado en la APS implica un enfoque amplio construido sobre la base de las lecciones aprendidas y la identificación de valores esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población; principios que otorgan los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos y para la operación del sistema de salud; elementos que en un Sistema de Salud basados en la APS son los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios.

Elementos esenciales:

Las competencias de los equipos deben estar acordes a los elementos esenciales que definen los Sistemas de Salud Basados en la APS, y por tanto, deben permitir dar respuesta a las situaciones planteadas en las siguientes áreas:

Acceso y cobertura universal:

Desde la perspectiva de la APS el acceso universal es la eliminación de barreras geográficas, financieras, socioculturales, organizacionales, de género y estructurales para la participación dentro del sistema de salud ²³y/o la utilización de los servicios de acuerdo con las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad²⁴.

Atención integral e integrada:

La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz,

23 Bennett S, McPake B, Mills A. The public/private mix debate in health care. En: Bennett S, McPake B, Mills A, editores. Private Health providers in developing countries: serving the public interest? Londres: Zed Books, 1997.

24 OPS/OMS. Documento de Posición: La Renovación de la APS. Washington. DC, 2005.

curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado.²⁵ La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Para que sea integrada, la APS requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud.²⁶

La coordinación es uno de los componentes de la atención de salud y su defecto traería como consecuencia la pérdida de la longitudinalidad, sería difícil conseguir la integralidad de los servicios y el primer contacto tendría un papel meramente administrativo. Por tanto definimos la coordinación como una situación de armonía en una acción o esfuerzo común.²⁷ La esencia de la coordinación es la disponibilidad de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados, y el reconocimiento de dicha información para las necesidades de cuidados actuales.²⁸

Énfasis en la promoción y prevención

Es la atención en salud en el momento de intervención más temprano posible dentro del proceso salud-enfermedad y/o entre el riesgo, los problemas de salud y secuelas. Esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad.²⁹ En lo individual, comprende las acciones de educación y la promoción de la salud, fortaleciendo las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el

25 HOMEDES, N. & UGALDE, A., 1999. Condiciones y condicionantes de salud y reforma. In: Foro Internacional: La Reforma del Sector Salud, Anales, pp. 137-147. Ciudad de Guatemala: Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud.

26 Developing the private sector. The World Bank's experience and approach. Washington, World Bank, 1991.

27 Bennett S, McPake B, Mills A. The public/private mix debate in health care. En: Bennett S, McPake B, Mills A, editores. Private Health providers in developing countries: serving the public interest? Londres: Zed Books, 1997.

28 Starfi eld, B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. New York, Oxford University Press, Inc. 1998.

29 Starfi eld, B. Atención Primaria: Concepto, Evaluación y Política. New York, Oxford University Press. 1992.

auto cuidado. A nivel comunitario, la APS coordina con otros sectores la realización de actividades de prevención.³⁰

Atención apropiada

La atención apropiada plantea la aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de salud. Los beneficios esperados, como resultado de una atención adecuada, deben superar las consecuencias negativas del proceso de la enfermedad. Un aspecto importante a tener en cuenta la hora de hablar acerca de atención apropiada, es la calidad. Esta es el grado en que, teniendo en consideración los conocimientos actuales acerca de la distribución, la identificación, el diagnóstico y los manejos de los problemas y los aspectos relacionados con la salud, las necesidades de salud, tanto actuales como potenciales, quedan cubiertas de una manera adecuada por los servicios de salud.

Los pilares fundamentales de la calidad son: efectividad, eficiencia, optimización (balance entre los costos y los efectos de la atención), aceptabilidad, legitimidad y equidad; con lo cual queda integrado la calidad técnica de los servicios brindados y la satisfacción del usuario.³¹

Aunque la definición de calidad siempre ha sido compleja, podríamos definirla como la adecuación con la que se llevan a cabo las acciones de salud; la mayor calidad se obtiene cuando las acciones son más adecuadas, es decir, cuando se realizan lo mejor posible, en términos de mayor efecto, la menor molestia, al menor costo, que permiten

30 Starfi eld, B. et al. Atención primaria y responsabilidades de Salud Publica en seis países de Europa y América del Norte: Un estudio Piloto. Rev. Esp. Salud Pú. N (1) 2004; v.78:17-26.

31 González Dagnino, et al. Calidad Total en la Atención Primaria de Salud. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1994 España.

la habilidad profesional, el nivel de conocimiento científico y del desarrollo tecnológico.³²

Orientación familiar y comunitaria

Significa que un Sistema de Salud basado en la APS no descansa exclusivamente en la perspectiva individual, sino que emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención.

Mecanismos activos de participación

La APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, involucrando de forma compartida la participación social para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles.³³ Esto incluye actividades conjuntas del EAP y la comunidad, que promuevan ambientes y estilos de vida saludables, fomenten el auto cuidado de la salud de los individuos, la estimulación de las habilidades de las comunidades para hacerse socios activos en la identificación, priorización, planificación y gestión de los problemas de salud de la comunidad, así como la evaluación de las acciones llevadas a cabo por el sector de la salud, incorporando también sectores públicos privados y de la sociedad civil.³⁴

Marco legal e institucional

Es de gran importancia el dominio del Marco legal e institucional, el cual está relacionado con el conocimiento de políticas, planes y programas del sector de la salud; así como las normas y regulaciones legales existentes, vinculados con el

32 Nebot-Adell, C., Baques Cavallé, T., Crespo García, A., Valverde Caballero, I. y Canela Soler, J. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en Atención Primaria. Rev. Atención Primaria 2005;

33 DIAS, J. C. P., 1986. Participação comunitária nos programas de saúde. Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais, 38: 103-110.

34 OSTERIA, T.; RAMOS JIMENEZ P.; MARIÑAS, O. & OKAMURA, J., 1988. Community Participation in the Delivery of Basic Health Services. Manila: De la Salle University.

quehacer y el desempeño técnico-profesional de los miembros del equipo. Muchas veces las regulaciones de ámbito nacional limitan el desarrollo del trabajo en equipo.

Organización y gestión óptima

Las estructuras y las funciones de un sistema de salud basado en la APS requiere de una organización y gestión óptimas, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que identifique y dé poder a las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legal y financiero que permitan al equipo desempeñar sus funciones específicas en la toma de decisiones. En términos de sus actividades operativas, los EAP requieren de buenas prácticas de gestión que faciliten a mejorar la organización y la provisión de atención, de forma tal que satisfaga los estándares de calidad, ofrezca lugares de trabajo atractivos a sus miembros y responda a las necesidades de salud de la comunidad.

Políticas y programas pro equidad

Se debe estimular dentro de los miembros del EAP, el conocimiento de políticas y programas pro-equidad con el fin de contribuir a disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan las inequidades y asegurarse que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto en la provisión de los servicios de salud.

Primer contacto

Es inherente a la organización de los servicios sanitarios en niveles de atención. La idea es que exista un punto de entrada cada vez que el paciente tiene un problema de salud y que este punto de entrada debe ser útil y accesible. La APS constituye la puerta de entrada al sistema de salud y de los servicios sociales, donde se da respuesta a las necesidades de salud. Un Sistema basado en la APS viene a fortalecer el primer nivel de atención, a pesar de que su estructura y funcionamiento es más compleja.

Recursos humanos apropiados

En este aspecto se incluyen a quienes proveen los servicios (EAP): a los trabajadores comunitarios, a los gestores y al personal administrativo. Ellos deben tener una combinación correcta de habilidades y conocimientos en su desempeño. Para lograr la disponibilidad de este tipo de recurso humano exige una planificación estratégica e inversión en capacitación, empleo e incentivos; así como la ampliación y fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los trabajadores de la salud ya existente.³⁵

Recursos adecuados y sostenibles

Los recursos han de ser los apropiados para las necesidades de salud, deben de ser determinados por un análisis de la situación de salud fundamentado en información del nivel comunitario e incluye recursos, así como el presupuesto necesario para prestar una atención integral de alta calidad. Los recursos deben ser suficientes para lograr el acceso y cobertura universal, teniendo en cuenta que la disponibilidad estos puede variar de acuerdo a los países.³⁶

Acciones intersectoriales

Las acciones intersectoriales se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con los actores y sectores. Ello requiere de vínculos estrechos entre las áreas públicas, privadas y no gubernamentales, tanto al interior como fuera de los servicios de salud, para que tengan un impacto sobre la salud y sus determinantes.

3.4 Competencias en los equipos de APS

35 Commonwealth Department of Health and Family Services. Service delivery guides and selected case studies, Ambulatory Care Reform Program, Canberra: Australian Government Publishing Service, 1997

36 Starfi eld, B. et al. Atención primaria y responsabilidades de Salud Publica en seis países de Europa y América del Norte: Un estudio Piloto. Rev. Esp. Salud Pú. N (1) 2004; v.78:17-26.

Los cambios sistémicos realizados en los servicios de salud han implicado profundas transformaciones en los modelos y prácticas de gestión y en los modelos de atención que necesariamente modificaron el panorama laboral.

Desde el punto de vista de los requerimientos de desempeño, en los diversos niveles de decisión y atención, se han generado nuevas competencias. Uno de los elementos definitorios de una perspectiva de la educación permanente es la orientación programática hacia y desde el trabajo cotidiano, la programación desde la realidad laboral de la atención de la salud y la orientación a la mejora del desempeño utilizando como mediación el enfoque de competencias laborales³⁷. Las competencias constituyen en la actualidad una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación.³⁸ Las competencias tienen que ver en este caso con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos³⁹.

La definición de competencias se considera un requisito indispensable para lograr el mejor desempeño del trabajo en los diferentes contextos laborales.⁴⁰ Del análisis de la bibliografía consultada se desprende que las competencias son características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole.⁴¹

37 Cedido por UCh RR.HH. portal de estudiantes de RR.HH. www.uch.edu.ar/rrhh .El Enfoque de Competencias en la Gestión de Recursos Humanos

www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/enfcompgesrrhh.htm

38 Portafolio semFYC. Mapa de competencias para la evaluación de competencias en la práctica clínica. Junio 14/2005.

39 López Santiago, A., Martín Moreno, JM. Atención Primaria y Salud Pública: La oportunidad para superar el desencuentro. Rev. Esp. Salud Pública 2004; 78: 1-3 V (1) Ene-Feb.

40 López Santiago, A., Martín Moreno, JM. Atención Primaria y Salud Pública: La oportunidad para superar el desencuentro. Rev. Esp. Salud Pública 2004; 78: 1-3 V (1) Ene-Feb.

41 Vargas Zúñiga, F. Competencias en la formación y competencias en la gestión del talento humano. Convergencias y desafíos. CINTERFOT OIT agosto/2002.

El desempeño exitoso y las buenas prácticas son comportamientos observables si se actúa con competencia, para lo que es necesario tener conocimientos (saber), habilidad para poner en práctica los conocimientos (saber hacer), estar motivado y tener actitud (querer hacer) y disponer de los medios y recursos necesarios (poder hacer).

Clasificación de las competencias:

- Genéricas
- Específicas
- Humanísticas

Competencias genéricas:

Su existencia es fundamental para el adecuado cumplimiento o desarrollo de las tareas del equipo, son comunes y compartidas a todos los miembros del equipo y son las que permiten que los profesionales se adapten a nuevas condiciones de trabajo, se mantengan actualizados y superen los problemas que deben enfrentar en sus respectivos puestos de trabajo.⁴² Dentro de las competencias genéricas abordaremos: la comunicación, el manejo de la información, la gestión de los recursos y la salud pública.

Competencias específicas:

Las competencias específicas son propias de las funciones que debe realizar una unidad organizativa como los equipos de APS, ligadas a los procesos y aportaciones individuales y colectivas dependientes de los conocimientos y habilidades. Son inherentes a cada profesión y predominan los aspectos técnicos.⁴³

42 Fernández I. & Baeza R. (2001). Aplicación de modelo de competencias: experiencias en algunas empresas Chilenas. Artículo de revista. Chile.

43 Marchant Ramírez, L. Ed. (2005). Actualizaciones para el desarrollo Organizacional. Primer Seminario Edición Electrónica. Texto en www.eumed.net/libris/2005/lmr/

Competencia humanística:

La competencia humanística se refiere al conjunto de valores éticos que se forman en el profesional para el uso y aplicación de los conocimientos adquiridos. Está relacionada con el ejercicio profesional y su responsabilidad social ante la comunidad (ética profesional).⁴⁴

3.5 La Equidad en Salud

Una vez reconocido que la salud, además de ser un derecho humano, es importante para acelerar el proceso de desarrollo, se hace necesario examinar cómo se distribuyen los resultados en salud, los factores de riesgo y los servicios dentro y entre las sociedades. Ello requiere abordar el tema de la equidad en salud. Hay dos formas principales de equidad en salud: equidad vertical, que provee más intervenciones para aquéllos con mayores necesidades de salud; y equidad horizontal, que asegura igual tratamiento para necesidades equivalentes de salud.

La preocupación por la equidad se manifestó en la Declaración de Alma Ata, que dice: “la notoria desigualdad existente en el estado de salud de las personas, particularmente entre países desarrollados y en desarrollo, así como dentro de los países, es política, social y económicamente inaceptable y es, por lo tanto, una preocupación común para todos los países” Desde entonces, la equidad en salud ha sido conceptualizada y definida de varias maneras. La idea de que ciertas diferencias o desigualdades de salud son injustas es común en la mayoría de las definiciones de equidad en salud. Esas desigualdades de salud que son consideradas injustas, constituyen las inequidades en salud.

⁴⁴ OPS, Fortalecimiento Institucional para el Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Washington DC, 2002.

En un esfuerzo por mejorar la equidad en salud se han empleado cuatro enfoques principales: 1) aumentar o mejorar la provisión de servicios de salud para aquéllos con mayor necesidad; 2) reestructurar los mecanismos de financiamiento en salud para ayudar a los más desfavorecidos; 3) desarrollar programas para ayudar a los pobres a obtener bienes básicos tales como vivienda, agua, alimentos e ingresos; y 4) acomodar las estructuras sociales y económicas para poder modificar los determinantes más remotos de las inequidades en salud. Aunque las investigaciones sobre diversos aspectos de la equidad en salud han sido parte de la literatura publicada durante más de tres décadas, todavía no hay suficiente evidencia para determinar cuál de estas estrategias podría ser la más efectiva en cualquier circunstancia.⁴⁵

3.6 La Reforma de Salud Salvadoreña

La Reforma de Salud con el firme propósito de establecer el Sistema Nacional Integrado de Salud, con enfoque universal, a partir del reconocimiento de la salud como un bien público y un derecho humano fundamental a ser garantizado por el Estado. Se ha visto obligado a la construcción de un sistema de esta naturaleza y a realizar a una profunda reforma para poder lograr los objetivos de la misma y para lograrlo pone como pilares 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 intersectorial.
7. Impulso de la planificación e información estratégica en salud.

45 OMS – OPS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas. Un Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS. Washington D.C., OPS, 2005. 5 p

8. Recursos Humanos en Salud.

El Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, se fundamenta en la estrategia de Atención Primaria en Salud Integral , 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 tanto individual como grupal.⁴⁶

De tal manera 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 incentiva promover desde los espacios comunitarios la riqueza y amplitud de la participación social, en forma solidaria, 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.

46 MINSAL. Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECO Familiares y ECOSF Especializados. 1ra. Edición. San Salvador, El Salvador, C.A. 2011. 131 p

La fortaleza del primer nivel está fundamentada en la conformación de Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Equipos Comunitarios de Salud Familiar Especializados, que se pretende que sean una 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 servicio de prevención.

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 ECOSF, que se han ido 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 RISS 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.

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

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

- Funcionamiento en redes integrales e integradas, con una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, con mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicio. Normativas y Lineamientos clínicos y de gestión. Perfil y funciones adaptadas a la realidad local. Capacitación e investigación en toda la red.
- Programación transversal integrada. Planificación y adecuación de lineamientos centrales a la realidad local. Acciones intersectoriales para el abordaje de los problemas locales, con evaluación de resultado, los cuales determinan la oferta de servicios del sistema.
- Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, preferentemente en ambientes extra hospitalarios. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamientos oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional.

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

Están conformadas por todas aquellas instituciones prestadoras de servicios de salud del MINSAL y aquellas organizaciones del sector público de salud que se vayan incorporando gradualmente y que desarrollan su trabajo en una población definida, que rinden cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población, con la cual trabajan articuladamente para incidir en los determinantes de la salud. Su finalidad es garantizar el acceso de la población a servicios de salud, permanentes, oportunos y eficaces, mediante la distribución equitativa y uso eficiente de los recursos con participación comunitaria, intersectorialidad e integración de todos sus elementos.⁴⁷

⁴⁷ MINSAL. Manual de Organizaciones y Funciones de la RIISS. 1era. Edición. San Salvador, El Salvador, C.A., 2012. 39 p

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

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

- B. Segundo Nivel de Atención: Hospitales de jurisdicción Municipal (Hospital Básico) y Hospitales Departamentales.

- C. Tercer Nivel: Hospitales Regionales y Hospitales Especializados.

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

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

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

Cabeza de Microred: Se define a la UCSF Intermedia o especializada de mayor capacidad instalada, resolutive y accesibilidad a todos los establecimientos que la integran; siendo ésta la que coordinará al conjunto de UCSF de su Microred y será representada por el director de dicha UCSF. En caso de haber más de una UCSF en el municipio, la coordinación se asignará a la de mayor complejidad.

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

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

La Red Nacional será conducida por el Vice ministerio de Servicios de Salud, y lo conformarán las Direcciones del Vice ministerio de Servicios de Salud, en coordinación con el resto de Direcciones y dependencias del MINSAL.

3.6.2 Los Equipos Comunitarios de Salud Familiar

Cada ECOSF Familiar debe funcionar como un equipo de trabajo responsable de la salud del cien por ciento de su población adscrita e incorporar a su labor los principios esenciales, éticos y morales, concebidos en la Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza, estrategias y recomendaciones en salud 2009- 2014”. Para esto Los ECOSF Familiares deben conocer su realidad e identificar, junto a la comunidad y con la ayuda de los líderes formales e informales, los determinantes de la salud de su población; dispensarizar a las personas (en cuatro grupos) y clasificar

sus familias según riesgos, para la planificación de actividades continuas y de esta forma garantizar el buen estado de salud de su población asignada.⁴⁸

La dispensarización facilita al ECOSF Familiar conocer y accionar para una adecuada atención en salud, y contribuye a que los actores locales asuman el proceso de modificación de los determinantes de la salud, a partir de procesos dinámicos geopoblacionales, a través de la evaluación modificable, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar y/o social, mediante la planificación y el desarrollo de acciones que contribuyan a ello.

Grupo I Supuestamente sano: Persona que no manifiesta ninguna condición de riesgo individual o enfermedad, y no se constata en la evaluación clínica individual.

Grupo II Con riesgo: Personas en las que se comprueba o refieren estar expuestas a alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud, a mediano o a largo plazo.

Grupo III Enfermo: incluye a todo individuo que padezca cualquier enfermedad crónica o aguda (Infecciosa o no infecciosa).

Grupo IV Con discapacidad: Alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o psíquicas. Se incluyen complicaciones o secuelas.

Los ECOSF Familiares deben planificar consultas y realizar visitas a cada una de las viviendas dentro del área de responsabilidad. El médico y la enfermera comunitaria del ECOSF Familiar deben brindar atención de consulta en la UCSF

48 MINSAL. Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECO Familiares y ECOSF Especializados. 1ra. Edición. San Salvador, El Salvador, C.A. 2011. 131 p

Básica, alrededor de tres días a la semana y dos días dedicarlos a la visita de terreno a la familia, en la totalidad del horario de su jornada laboral; la programación puede tener modificaciones y adecuaciones según la planificación local, morbilidad, oferta y demanda de la población; siendo el coordinador(a) del ECOSF Familiar junto al equipo, los encargados de la toma de decisión oportuna de modificación en la oferta de servicios, con pleno conocimiento de la comunidad y demás sectores. Siempre que el médico salga a terreno, se debe garantizar la permanencia de la enfermera o auxiliar de enfermería en la sede.

Las Intervenciones básicas permanentes según ciclo de vida que brindan los ECOSF son:

- Estimulación temprana.
- Prevención del maltrato infantil.
- Prevención del trauma.
- Fomento de normas sociales.
- Formación de hábitos.
- Acciones de salud mental ante situaciones de emergencias y desastres.
- Educación sexual.
- Evaluación psicométrica.
- Coordinación intersectorial para el abordaje de la temática de la niñez (niños y niñas en situación de calle).
- Promoción de los derechos del niño con enfoque de género.
- Pautas de convivencia armónica.
- Desarrollo de hábitos de estudio.
- Enfoque de inteligencia emocional.

➤ **Adolescencia:**

- Identificación de adolescentes líderes para conformar grupo de promotores juveniles capacitados en la comunidad.

- Seguimiento a promotores juveniles en el trabajo “entre pares”.
- Habilidades para la vida.
- Proyecto de vida.
- Sexualidad.
- Prevención del embarazo.
- Prevención de las ITS-VIH-sida.
- Actividad física.
- Talleres de expresión libre.
- Prevención y manejo del trauma.
- Prevención del abuso.
- Manejo de las pérdidas físicas y emocionales.
- Autoestima y auto concepto, auto imagen.
- Prevención de desordenes alimenticios.
- Derechos y deberes humanos.
- Residencia.
- Construcción de la identidad.
- Masculinidad / feminidad.
- Comunicación asertiva.
- Pautas de convivencia social.
- Prevención de conductas de riesgo.
- Utilización del tiempo libre.
- Prevención de la violencia.
- Fomento de tiempo para recreación.
- Orientación vocacional.
- Prevención de trastornos mentales.
- Prevención de embarazo precoz.
- Paternidad responsable.
- Prevención de conductas adictivas.
- Noviazgo.
- Inteligencia emocional.

➤ **Adultos:**

- Fortalecer la responsabilidad en el auto cuidado.
- Promoción de los factores protectores para la salud mental.
- Promoción la capacidad para disfrutar el bienestar físico y mental.
- Psico-educación.
- Intervenciones en problemas psicosociales sociales (suicidio, violencia, entre otros).
- Preparación anticipada a los empleados sobre el proceso de jubilación.
- Fomentar una cultura de la salud mental mediante actuaciones con personas, grupos y comunidades.
- Implementar acciones con énfasis en los factores de desarrollo a nivel personal, familiar y comunitario.
- Psicoeducación sobre la equidad de género.
- Generar espacios de socialización y fomentos de vínculos humanos positivos, de participación social.

➤ **Adultos mayores:**

- Crear o poner en práctica el apoyo a los familiares de adultos(as) mayores.
- Utilización temprana de los servicios de salud para una vejez sana.
- Implementación de programas que enfatizan la salud física y mental con énfasis en la población del área rural.
- Poner en práctica programas de apoyo a los familiares de adultos mayores (apoyo institucional y de salud mental que se aboquen a aligerar la carga asociada al papel de las mujeres adultas mayores, como encargadas del cuidado de otros miembros de la unidad familiar).
- Ejecución de programas de prevención de comportamientos de riesgo.
- Promoción de la salud mental con enfoque de género.

- Atención especial para el usuario adulto mayor que asisten a los establecimientos de salud y el nivel comunitario (facilitar la consulta).
- Capacitación a los recursos sobre gerontología y geriatría, tomando en cuenta las necesidades de salud mental.

► **Conjunto de prestaciones de Planificación Familiar**

- Inscripciones de métodos temporales por médico y enfermera.
- Controles subsecuentes de métodos temporales por médico y enfermera
- Control subsecuente de método permanente por médico.
- Referencias a hospitales para métodos permanentes.
- Abastecimientos de métodos de planificación familiar, orales, inyectables, condones, por promotores de salud.
- Abastecimientos de métodos de planificación familiar, orales y condones, por parteras autorizadas. Consejería
- Oferta de métodos temporales y permanentes para referencia y controles
- Esterilización femenina de intervalo.
- Esterilización femenina posparto y pos aborto.
- Vasectomía.
- Inserción de DIU pos evento obstétrico (parto y aborto).

3.7 Determinantes Sociales de la Salud

El enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) ha sido ampliamente desarrollado desde los años 80 por organizaciones como la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Sin embargo, es a partir del 2008 con la formación y publicación del informe de la Comisión de Determinantes sociales de la Salud titulado “Subsanar las Desigualdades en una Generación”, que la OMS reconoce públicamente la incidencia de los DSS.

Las DSS se definen como las circunstancias o condiciones en las que viven y trabajan las personas. Son las características sociales dentro de las cuales la vida

tiene lugar. Se clasifican en dos tipos: Los Determinantes Intermediarios o Proximales y los Determinantes Estructurales o Distales.

Los Determinantes Intermediarios se relacionan con las condiciones materiales de vida, con las condiciones de trabajo y ambientales, con los factores psicosociales y con la cohesión social.

Los Determinantes Estructurales o Distales se relacionan con las características específicas del contexto social y político que dan origen a los modelos de producción socioeconómicos desiguales que afectan la salud y que generan las inequidades en salud. Las Determinantes Estructurales son los mecanismos de estratificación socioeconómica que generan efectos sanitarios evitables e innecesarios y por lo tanto injustos.

El análisis del proceso salud/enfermedad y de otros procesos vitales (p.ej. nutrición, sexualidad, reproducción), al tener una dimensión material, manifestada en su expresión orgánica, biológica y social y una dimensión subjetiva que se refiere a la interpretación y a la forma como se viven y enfrentan estos procesos desde la intersubjetividad colectiva, debe elaborar teóricamente las dimensiones biológica y social, así como lo material y lo subjetivo.

Se requiere pues, de enfoques analíticos capaces de ahondar en diferentes planos de interpretación, que den cuenta de las relaciones, especificidades y formas de articulación entre las dimensiones señaladas. Por otra parte, reconocer que la salud/enfermedad está determinada socialmente, implica un posicionamiento sobre la configuración de la sociedad y una elección teórica para explicar su dinámica. La decisión sobre la perspectiva teórica es crucial, pues desde ahí se reconstruye e interpreta la totalidad social, se hacen visibles los procesos sociales esenciales y en el terreno metodológico, se desarrollan aproximaciones que permiten descifrar la realidad y reconstruir los grupos humanos en los que se expresaría con mayor claridad la dimensión social de la salud/enfermedad y la historicidad de la biología. La

plataforma de esta perspectiva es de base materialista histórica y gramsciana, y reconoce que las formas de producción, consumo y su lógica distributiva -en donde el Estado tiene una tarea esencial- son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales.

En las formaciones capitalistas, estos procesos esenciales de la reproducción social expresan la contradicción histórica entre: propiedad privada, producción colectiva y apropiaciones inequitativa de la riqueza, que deviene en relaciones económicas de explotación y exclusión, en relaciones de poder profundamente asimétricas y opresivas.

Las desigualdades sociales sintetizan estas relaciones, antagonismos y contradicciones económico-políticas e ideológicas, que se expresan en ejes de explotación, dominación, subordinación y exclusión múltiple: de clase, género, etnia/origen y generación, entre otros.

En todas las formaciones capitalistas se expresan estas desigualdades, más o menos exacerbadas dependiendo del momento de desarrollo del capitalismo en cuestión. Sin embargo, la actual fase de desarrollo capitalista deteriora en forma acelerada la calidad de vida de las mayorías e impacta sobre cuatro procesos diferentes pero interrelacionados: el incremento de la pobreza, la profundización de las desigualdades económico-políticas, el deterioro ecológico y sus consecuencias en la salud y la ampliación de brechas socio-sanitarias, que conforman sociedades crecientemente polarizadas.

En esta fase, conocida como globalización, el capital impulsa proyectos de reordenamiento mundial basados en los preceptos de la economía neoclásica y de la ideología neoliberal, tiene entre sus características la primacía y movilidad irrestricta del capital financiero, la transnacionalización de las economías, en donde un grupo reducido de empresas definen la producción y el comercio mundial.

El acelerado y desigual desarrollo científico-técnico posibilita la transformación y deslocalización de procesos productivos, impone nuevos modos de uso y exclusión de la fuerza de trabajo y la híper-concentración de recursos planetarios (naturales, económicos, financieros, político-militares, de conocimiento e información), con la exclusión masiva de poblaciones de los satisfactores esenciales para la vida.

La reorganización mundial, consolida un bloque de superpotencias, que erosiona los estados nación e impone a la mayoría de los países un papel subordinado en lo económico, lo político y lo social, cuya esencia es la global subordinación a un orden planetario basado en las fuerzas del mercado. Se fortalecen los espacios supranacionales de decisiones económicas y políticas, se redefine la soberanía de los países y se imponen megaproyectos sociales que cuestionan la funcionalidad de los regímenes de bienestar, limitan el ejercicio de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, reducen lo público, se apropian privadamente de lo público-rentable y transforman los satisfactores esenciales para la vida, en mercancías.

Como parte de estos reacomodos se ha observado un retorno a formas de conducta internacional que se creían superadas: guerras preventivas, guerras que se traducen en ocupación de países soberanos, el uso de masacres y torturas como armas en esas guerras. En este proceso, la discusión sobre los determinantes sociales de la salud y las posibilidades de articular proyectos de transformación, pasan por comprender, cuestionar y modificar las relaciones capitalistas de global-subordinación mundial que amplían a todo el planeta su capacidad de explotar, despojar, excluir y exterminar.

La perspectiva de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud y la formación de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), su exhaustivo trabajo para reunir evidencias sobre los determinantes y las desigualdades en salud y sus diversos informes temáticos, representan un avance en la tarea de hacer visibles las relaciones entre desigualdades sociales y desigualdades en salud.

El trabajo de dar visibilidad e importancia a lo social, en la producción de las condiciones de enfermedad, muerte y atención a la salud es esencial, en momentos en que existe un predominio de las visiones gerenciales y tecnocráticas para abordar y resolver los problemas colectivos de salud enfermedad en el mundo. Asimismo, su interés por generar recomendaciones que contribuyan a la reducción de las desigualdades en salud y su insistencia en políticas que garanticen servicios esenciales con independencia de la capacidad de pago de las personas, constituye un contrapeso a las propuestas que promueven la privatización de bienes, recursos, servicios y de la vida misma.

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud, no es en ningún caso un fenómeno “natural”, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política.

Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.

La CDSS formula un conjunto de intervenciones para garantizar que se lleven a cabo las tres principales recomendaciones que hace para subsanar las desigualdades en salud en una generación.

Con relación a la primera recomendación referida a mejorar las condiciones de vida cotidianas propone:

- a) Equidad desde el comienzo de la vida;
- b) Entornos salubres para una población sana; acceso a una vivienda de calidad, acceso a agua salubre y a servicios de saneamiento, como derecho de todo ser humano;
- c) Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno;
- d) Protección social a lo largo de la vida, en una perspectiva universal; y
- e) Atención de salud universal.

Con relación a la segunda recomendación de luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, las estrategias más relevantes que plantea son:

- a) Que la equidad sanitaria sea un criterio de evaluación de la actuación de los gobiernos;
- b) Que se cree capacidad nacional para aplicar un régimen impositivo progresivo;
- c) Que se cumplan los compromisos adquiridos aumentando la ayuda mundial hasta el 0,7% del PIB;
- d) Que se evalúen las consecuencias de los principales acuerdos económicos mundiales, regionales y bilaterales en la equidad sanitaria;
- e) Que se refuerce el liderazgo del sector público en la prestación de bienes y servicios básicos esenciales para la salud y en el control de artículos que dañan la salud;
- f) Que se aprueben y apliquen leyes que promuevan la equidad de género;
- g) Que se garantice la representación justa de todos los grupos de la sociedad en la toma de decisiones;
- h) Que las Naciones Unidas hagan de la equidad social un objetivo fundamental de los programas de desarrollo mundial y utilicen un marco basado en indicadores de los determinantes sociales para medir los progresos realizados.

Con relación a la tercera recomendación de hacer medición y análisis del problema, se propone que haya sistemas de datos de inequidades sanitarias y de los

determinantes sociales de la salud, y mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces y que haya sensibilización y formación en materia de determinantes sociales de la salud.

Entre los actores que la CDSS convoca para poner en operación estas estrategias, están como los principales actores los gobiernos y el sector público; también se reconocen otros actores como las instituciones y organismos de ámbito mundial, las autoridades nacionales y locales, la sociedad civil, las comunidades académicas, de investigación y el sector privado; que deben intervenir y prestar apoyo para que se concreten las acciones.

A los organismos multilaterales la CDSS les pide coherencia intersectorial en la elaboración de las políticas y la ejecución de las intervenciones para lograr que aumente la equidad sanitaria; a la OMS que potencie su función directriz a través del programa de acción sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria mundial; a las autoridades nacionales y locales les pide coherencia en las políticas gubernamentales, intensificación de las medidas que promuevan la equidad y el financiamiento; así como la medición, evaluación y formación; a la sociedad civil le pide intervenciones referidas a la participación en las políticas, la planificación y los programas, evaluación y seguimiento del desempeño; al sector privado le propone aumente su responsabilidad, sus inversiones e investigación; y a las instituciones de investigación les pide generar conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud y difundirlo.

Esta mirada de acción de y entre los actores que puede tener aspectos valiosos, tiene dos inconvenientes que se expresaron en la experiencia de tres años de trabajo desde las organizaciones de la sociedad civil en la CDSS:

- 1) Las dificultades para generar objetivos comunes y acciones concertadas entre diversos actores, pues la participación de los gobiernos frente al tema fue

insuficiente y en América Latina se logró básicamente el compromiso de gobiernos progresistas.

2) Que la CDSS desconoce a un actor central con gran capacidad política para incidir en las decisiones nacionales e internacionales en el marco del proceso de globalización: las empresas transnacionales. Nunca como antes el capital a través de estas empresas había logrado ejercer un poder tan amplio. Nunca como antes el capital había podido imponer tan abrumadoramente sus políticas, sus intereses y sus dogmas en el mundo. Por lo cual, no definir estrategias frente a este poderoso actor, resta enormes posibilidades a una acción que transforme los determinantes de las inequidades sanitarias e impacte la concentración de poder económico, político y de conocimiento que generan estas empresas.

A partir de estas reflexiones, en el informe de la CDSS se destacan un conjunto de problemas:

- a) Está ausente una elaboración teórica explícita sobre la sociedad, por lo que la definición de determinantes es relativamente ambigua, pues hace referencia a los determinantes estructurales sin desarrollarlos suficientemente y a las condiciones de vida, que en conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud.
- b) Limita el problema de las desigualdades sociales a un problema distributivo, en donde la distribución injusta de bienes, ingresos, servicios y poder, afecta la vida de las personas. Su crítica al orden social se reduce a señalar que la mala distribución es tolerada e incluso favorecida por normas, políticas y prácticas sociales.
- c) La postura de reunir evidencia sobre los factores sociales que generan desigualdades en salud, reproduce las limitaciones del paradigma dominante en la epidemiología y la salud pública, pues fragmenta la realidad en factores, suponiendo que aislados mantienen su capacidad explicativa y son susceptibles de ser modificados.

- d) Los determinantes sociales, al ser convertidos en factores pierden su dimensión de procesos socio-históricos, expresión de formas específicas de las relaciones entre los hombres y de ellos con la naturaleza y, facilita su simplificación al ser entendidos y expresados como factores de riesgo, elecciones inadecuadas de estilos de vida, etc.
- e) Expresa una visión limitada de la configuración, dinámica y momento de desarrollo de las sociedades capitalistas, por lo que genera recomendaciones políticas abstractas para reducir las desigualdades sociales, limitándose al plano de “mejorar las condiciones de vida” y “repartir recursos”. Recomendaciones sin contexto, reducidas a resolver problemas de gerencia.
- f) Están ausentes las reflexiones críticas y el análisis sobre la fase actual de desarrollo capitalista, sobre la globalización neoliberal y la recomposición geoestratégica del mundo, que impone un orden depredador y lesivo para la vida y la salud de los pueblos e impulsa procesos que ponen en riesgo la viabilidad del planeta (el cambio climático global, las guerras por recursos renovables y no renovables y más recientemente las crisis alimentaria y financiera)
- g) Existen silencios sobre problemas que provocan destrucción, muertes masivas y enorme sufrimiento a las poblaciones. Las guerras imperiales, el genocidio y la manipulación de las transnacionales farmacéuticas y agroalimentarias, entre otros.
- h) No se problematiza que la reducción de las desigualdades sociales y de las desigualdades en salud tiene los límites del capitalismo en general y de las formaciones capitalistas particulares. Es decir, no se discuten las contradicciones entre lo “políticamente correcto” como preocuparse de la pobreza, proponer la reducción de brechas sociales y sanitarias y simultáneamente defender ferozmente la economía de mercado.
- i) Se plantea la reducción de las desigualdades en salud como un imperativo ético, sin embargo no hay una discusión explícita sobre los principios y valores de una ética de la salud y de la vida, que trascienda la perspectiva

bioética, cuestione la tanatopolítica que impera en el mundo globalizado y que coloque el debate en el plano de la biopolítica.

- j) Presenta la actividad de los diversos actores como un asunto de voluntades y desconoce las relaciones de poder y las desigualdades entre ellos, e invisibiliza el papel de actores transnacionales con mucho peso sobre la salud y la alimentación.

El informe de la CDSS cumple con amplitud su propósito de reunir evidencias sobre las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en salud y en destacar la importancia de los determinantes sociales, pero es insuficiente para avanzar en la comprensión del origen de los problemas, “las causas, de las causas, de las causas”.

La acción política

Un elemento central que caracteriza a la corriente de la Medicina Social-Salud Colectiva Latinoamericana es entender a la salud como un asunto de orden político, postura proveniente de los postulados de Virchow en el siglo XIX que comprendió la medicina como una ciencia social y que muchos latinoamericanos retomaron y profundizaron en la segunda mitad del siglo XX, llegando a sostener que “la medicina es una acción social y no existen acciones sociales que puedan ser apolíticas”.

En este sentido se asume que los asuntos de la salud están vinculados con los asuntos políticos, es decir con las decisiones colectivas e individuales y por ende con las relaciones de poder, que definen los cursos de vida de los grupos sociales y sus procesos de salud, bienestar, enfermedad y muerte. Asunto de biopolítica, en tanto es la política en relación con la vida, que para la MSSC debe propiciar decisiones y acciones sociales que estén a favor de la dignidad, el bienestar, la salud y la justicia. Se reconoce que la noción de determinantes sociales de la salud (DSS), posee una doble connotación en términos de lo político. Por una parte, se incluye dentro de los determinantes de la salud a la dimensión política y por otra se asume que la modificación del conjunto de determinantes de la salud exige la acción política. La política actúa como determinante al definir la manera como se distribuye el poder económico y social, al definir aspectos macro que dan curso a políticas económicas,

sociales y de salud tanto en ámbitos internacionales como nacionales y locales, que inciden directamente en la salud, la enfermedad y la atención de las poblaciones.

3.8 Calidad en Salud

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en El Salvador en los últimos años; sin embargo, esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia.

Pero la adaptación de modalidades provenientes del sector industrial al sector de los servicios ha provocado un “cambio” que debería repercutir favorablemente en los mismos, no se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario.

En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende marcar el accionar sanitario, estas son: *Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia*.

Cuando la prestación de servicios se realiza con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad; con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas; con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados; y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, se puede decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud.

El cambio antes mencionado tiene por un lado la posibilidad de revitalizar viejos conceptos siempre vigentes, pero ha fortalecido algunos elementos que no siempre han sido tenidos en cuenta:

El primero de ellos es la importancia del desarrollo de los procesos y fundamentalmente tener en cuenta en los servicios la satisfacción y la opinión del paciente o ciudadano. Por lo tanto, hay que pensar más en que es lo que la gente

necesita y no lo que se le ofrece, en otras palabras pensar más en la demanda que en la oferta de servicios.

Existen algunas consideraciones importantes respecto del término calidad que vale la pena tener en cuenta, en primer lugar calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que por el contrario la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención.

En segundo lugar no constituye un término absoluto sino que es un proceso de mejoramiento continuo. En tercer lugar es una cualidad objetivable y mensurable. Por último no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización o sistema.

El desafío es poder evaluar este proceso en su conjunto en cada establecimiento de modo tal que pueda ser objetivado y comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas.

Para estos fines es imprescindible introducir la cultura de la evaluación institucional, desarrollando procesos evaluativos y normativos de consenso, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud, así como para la organización y funcionamiento de los servicios y establecimientos asistenciales.

La evaluación de los servicios de salud inicia en los EE.UU., en la década de los 50 del siglo XX. Comienza con la acreditación de calidad de atención en los hospitales. En este contexto surgen, muchas propuestas en diferentes estados. Ejemplo: la de Chicago, Washington, la escuela de salud pública de Illinois.

Todas ellas centradas en la construcción de estándares para evaluar la calidad de los servicios de salud; de esta forma, aparece en EE.UU. por sus siglas en inglés (NPHPSP), el cual establece cuatro niveles para medir la calidad de atención en salud pública:

- a) cumplimiento entre el 75 y el 100%) = Sí.
- b) Cumplimiento entre el 51 y el 75% = parcialmente alto.
- c) Cumplimiento entre el 26 y el 50%)= parcialmente bajo,
- d) Cumplimiento < 25%) = “No facilitando herramientas normalizadas para medir la calidad de la atención en salud pública.

En América Latina, es a partir de los 70 cuando surgen algunos esfuerzos limitados especialmente en Brasil proyecto (Oliver, 2005) nacional de medición de estándares y desempeño de la Salud Argentina y Colombia, los cuales no han tenido mayor importancia; en El Salvador, se desarrolló un proyecto de programa nacional de gestión de evaluación de calidad en los servicios de salud, para ser implementado en el quinquenio 2004-2009, el cual nunca se concretizó.

En la actualidad, existe una percepción bastante generalizada de la mala calidad de los servicios de salud pública en El Salvador; reflejando salud; proceso-resultado: agilidad en los procesos administrativos, cómo sacar una cita, el expediente clínico, resultado de exámenes (laboratorio y Rx), atención del paciente, tanto del médico como de la enfermera, evaluación y tratamiento médico recibido, efectividad del tratamiento y accesibilidad: acceso al sistema de salud, al médico general y especialista, los tiempos de espera entre cita y cita y el día de la consulta.

En los últimos años, se han realizados diferentes esfuerzos desde los estados orientados a reorganizar los sistemas de salud en la mayoría de países latinoamericanos, con el propósito de brindar servicios de salud de calidad a la población. El Salvador no ha sido la excepción, (ejemplo: Sistema Integral de Salud).

Estos esfuerzos han derivado en múltiples conflictos de intereses entre las autoridades de salud y los sindicatos de trabajadores de la salud, empresa privada entre otros.

Recientemente ha habido un creciente interés sobre los distintos aspectos que tratan sobre calidad en salud. Esta área relativamente no es tan nueva y con un gran desarrollo, puede ser abordada con enfoques diversos y se ha ganado un espacio en la mayoría de los congresos, reformas, trabajos de investigación entre otros.

La idea de calidad en salud puede sonar amplia, difusa y subjetiva, sin embargo se trata de un concepto concreto y medido, con la consiguiente reducción de la subjetividad; si bien es real que en muchos casos no se está entrenado para evaluar fehacientemente la propia práctica, también es verdad que si no se intenta hacerlo, difícilmente se podrán realizar intervenciones para mejorarla. No estamos hablando de diferentes opciones de trabajo, sino de un imperativo ético: hacer las cosas lo mejor posible.

Algunas definiciones de calidad:

No hay una definición de calidad en los servicios de salud universalmente válida, habiendo, hasta la fecha dos líneas de pensamiento:

- 1) La que propone el Instituto de Medicina de EEUU y que considera a la calidad como: "...el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual...". Se trata de una visión maximalista e ideal cuyo límite es el máximo conocimiento científico-técnico y tiene una visión centrada en la calidad científica técnica del prestador de servicio.
- 2) La que propone el programa español: "...la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario..."

Esta última incorpora a los receptores del servicio (pacientes, clientes y usuarios) direccionando hacia donde deben orientarse los servicios de salud, sin

olvidar sus necesidades y expectativa que tiene un grupo de usuarios que todo varía según los servicios que se buscan o se ofrecen.

Mejoría de la calidad:

Se puede analizar como punto de partida desde tres situaciones claramente diferenciables: el diseño de la calidad, el ciclo de mejora y el monitoreo.

Diseño de la calidad:

Se habla de diseño de la calidad, básicamente, cuando se va a crear un nuevo servicio que antes no se prestaba, o se modificará sustancialmente uno que ya existía, antes de ponerlo en funcionamiento se definen los criterios de calidad a cumplir, lo que forma parte de la estructura del diseño de este nuevo servicio.

Ejemplo: Cuando se toma la decisión de generar un servicio específico (ej. atención al paciente hipertenso), se incorporan en el diseño los criterios/requisitos de calidad que pretendemos cumplir para que el servicio este orientado hacia las necesidades y expectativas de la población blanco.

Así se definirán los criterios de estructura (lo que se necesita para cumplir con el servicio) en este caso el tipo de tensiómetros, los períodos de calibración, manguitos apropiados, personal que se encargara de los registros, personal administrativo, en qué lugares físicos se hará, la disponibilidad de guías clínicas, etc.

Los criterios de proceso:

(La descripción paso a paso, en cuestión) definen en qué condiciones se valorará la presión, con qué frecuencia, como se seleccionará la población (a quienes), etc.

Los criterios de resultado:

Describen las metas que se espera conseguir con la estructura que se utiliza y con el proceso que se aplica, por ejemplo mayor captación de hipertensos, mejor

control de los mismos, mayor adherencia al tratamiento, etc. Estos criterios deben siempre definirse explícitamente, tanto el objetivo buscado como su marco temporal, por ej.; captar al 80% de los hipertensos en 1 año, lograr una tasa de control de al menos 75% en los próximos 3 años, etc.

Ciclo de mejora

Los ciclos de mejora de la calidad se implementan en los servicios que están funcionando, considerándose a las situaciones problemas como oportunidades de mejora. A estas situaciones se las somete al análisis (¿qué funciona mal? ¿Por qué funciona mal?) Con el objetivo de intervenir para mejorarlas. Este constituye el núcleo central de los programas de gestión de la calidad y requiere imprescindiblemente del compromiso y la participación de todos los actores implicados en la mejora.

El ciclo de mejora de la calidad, se inicia cuando se identifica un problema dentro de un proceso y tiene como objetivo el diseño o plan, la implementación en pequeña escala de una alternativa para solucionarlo o minimizar su impacto , el análisis y la evaluación posterior y la extensión de la intervención a mayor escala ,del proceso
Ejemplo: Se quiere saber qué porcentaje de la población que se atiende en un ámbito de trabajo es tabaquista y la frecuencia del consejo anti tabáquico, se recurre a las historia clínicas y sólo en algunas pocas figura si el paciente fuma o no, y menos aún, si se le aconsejó que deje de fumar.

Aquí se enfrenta con una situación que no se realiza habitualmente o si se hace no se registra, ambos son problemas concretos de la calidad del servicio. Se identifica entonces algunas oportunidades de mejora que pueden y deben ser analizadas por los implicados en ese grupo de trabajo. En este caso las oportunidades de mejora son: la subutilización de la historia clínica, la falta de consejo anti tabáquico (o su falta de registro) como práctica habitual, entre otros.

Se recomienda analizar las causas de cada una desglosándolas en sub causas: materiales (no hay historias clínicas), organizacionales (no hay quien las busque y las

provea), de la cultura de los pacientes (son todas consultas por turno o no programadas, lo que también puede ser un indicador indirecto de mala accesibilidad la consulta programada), del prestador (hay historia clínica pero nadie registra los actos médicos) etc.

3. 9 La satisfacción de los usuarios

La satisfacción es una actitud positiva, producto de la interacción de las expectativas del paciente ("usuario") y la atención recibida.

Los instrumentos más difundidos para medir satisfacción son las encuestas, sin embargo estas no siempre aportan la información suficiente para la mejora continua, sobre todo si no indagan sobre las causas de insatisfacción, básicamente las situaciones problemas ("oportunidades de mejora") sobre las que se puede intervenir para mejorar. Hay que tener en cuenta que en la implementación de la encuesta, la muestra sea representativa de la población sobre la que deseamos tener información y no solo sobre aquella que presenta alguna característica particular, como ocurre, por ejemplo, al entrevistar solo a aquellos que consultan al servicio. Se destaca que las encuestas de satisfacción, si no se encuentran integradas en un plan de mejora de la calidad, no aportan información que pueda resultar útil para mejorar.

La Accesibilidad

Se denomina accesibilidad a la facilidad con que se obtiene atención en los servicios de salud, en relación a barreras organizacionales, económicas geográficas y culturales. Ejemplo: Muchos trabajos sobre calidad miden cobertura como un indicador indirecto de accesibilidad (porcentaje de personas vacunadas o sometidas a rastreo de alguna condición clínica).

Al evaluar la accesibilidad se deben valorar

1. Barreras económicas (pago de coaseguro para consultas o prácticas).
2. Barreras organizacionales (para atenderse, el paciente debe llegar a las cinco de la mañana para conseguir uno de los veinte números que se dan ese día o

debe ir sacar una orden de consulta a una gran distancia de donde vive o trabaja, debe esperar, hacer cola, etc.)

3. Barreras de comunicación (atención de inmigrantes, aborígenes, población rural que ha migrado recientemente a la ciudad, etc.)
4. Barreras geográficas (que tan cerca le quedan los servicios de salud de su hogar o centro de trabajo, cuanto tiene que caminar o cuantos medios de transportes debe tomar para llegar a su consulta).

En síntesis, la calidad en los Servicios de Salud constituye simultáneamente derechos y deberes de los actores involucrados.

Un derecho por parte de los usuarios es que se les brinde la atención que se merecen. También un derecho de los trabajadores del sector, es sentirse reconocidos y gratificados por prestar un adecuado servicio.

Un deber del Estado es ser garante de la salud y de su recuperación para toda la ciudadanía.

Un deber de los usuarios es exigir y valorar la atención que se les brinda.

Un deber de los Servicios de Salud es dar las respuestas que se les requieren.

Un deber de los trabajadores es optimizar todo su accionar.

Para poder hacer viable esto, es necesario que cada instancia de este proceso asuma el rol que le corresponde, teniendo en cuenta el involucramiento de todos los actores, la gestión de la calidad es algo que compete a todos y es necesario que a partir de marcos conceptuales y normativos generales, cada organización construya su propio programa de garantía de calidad.

Ciudadanía:

Ciudadano, no se refiere únicamente a las personas con derechos exclusivos de ciudadanía o de nacionalidad sino a todo habitante con respecto a la gestión pública del país donde reside, en el ejercicio de los derechos que le conciernen.

Por otra parte, en los sistemas de salud el término más comúnmente es participación social tomando un enfoque sociológico y con énfasis en la movilización social. La participación ciudadana postula la reivindicación de los derechos ciudadanos y el pleno ejercicio como sujeto de los mismos.

La Reforma de Salud incluye a la participación ciudadana como uno de sus pilares fundamentales y que por lo tanto es vital para el desarrollo del nuevo modelo de atención que plantea.

Según la Política de Salud Construyendo la Esperanza, en su estrategia 4, establece que la participación comunitaria se realizará mediante la creación de los Concejos Locales de Salud, que son los puntos de encuentro para las diferentes expresiones organizativas comunitarias para que en ese espacio se puedan tomar decisiones, planificar y ejecutar acciones conjuntas en salud; es decir, una participación significativa.

3.10 Salud Urbana

Por primera vez en la historia de la humanidad, la mayoría de la población vive en zonas urbanas, y esta proporción sigue creciendo. En 1990, de cada 10 personas, menos de 4 vivían en zonas urbanas. En el 2010, más de la mitad vive en ciudades. Se espera que para el 2050 la proporción aumente a más de 7 de cada 10 personas.⁴⁹

49 OMS - UN HABITAT. Las Ciudades Ocultas. Revelación y Superación de las Inequidades Sanitarias en los Contextos Urbanos. Kobe, OMS, 2010. 20 p

El crecimiento urbano ha sobrepasado la capacidad de los gobiernos para construir infraestructuras esenciales, y uno de cada tres habitantes urbanos vive en barrios marginales o asentamientos informales. La ciudad de San Salvador no es la excepción. La capital del País ha experimentado un crecimiento exponencial en el número de habitantes así como el desaparecimiento de sus límites con el paso de los años. La densidad poblacional y la vulnerabilidad de su territorio son elementos que la caracterizan.

Sumado a este escenario cambiante, se encuentra la triple amenaza que sufren los ciudadanos que habitan en las grandes ciudades: Las enfermedades crónicas no infecciosas, las enfermedades infecciosas y las lesiones de causa externa producto de la violencia social.

El Gran San Salvador (confluencia de varios municipios alrededor de la capital) expresa la exclusión social del sistema originando guetos alrededor de los cuales cada vez más la migración interna hace que sean más grandes. Estos asentamientos urbanos precarios (AUP) merecen una atención diferenciada del ciudadano que vive en las colonias y zonas residenciales en la ciudad dado su alto nivel de vulnerabilidad y a las grandes inequidades a las que se ve sometido día a día.

Procesos críticos de la determinación social de la salud en las ciudades:

La epidemiología de lo urbano requiere comprender los vínculos y diferencias de tres dimensiones del análisis que, si bien están estrechamente relacionadas, tienen su especificidad: espacio, geografía urbana y ecología urbana.

El espacio es la categoría más general y como parte del espacio está la geografía urbana, que abarca el conjunto dinámico de procesos naturales transformados históricamente, ubicados y localizados en la ciudad, incluyendo los equipamientos e infraestructura, sea en los ámbitos de la producción, del consumo-circulación, y de lo simbólico.

Uno de esos productos son las características de la ecología urbana que comprende las relaciones de especies entre sí en la ciudad, y con su entorno orgánico e inorgánico.

Asimismo, la producción de desechos, del más variado orden, opera en todas las fases y espacios de la reproducción social en la ciudad. La salud humana y los ecosistemas son objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados. Cuando se piensa sobre dicha determinación social de la salud, con una perspectiva dialéctica que no recaiga en el determinismo biológico ni en el determinismo histórico, se debe de considerar las relaciones "social-biológico" y "sociedad-naturaleza", de tal manera que ninguna de las partes pierda su presencia en la determinación.

Ese desafío inició en los años '70 para entender las implicaciones epidemiológicas del principio dialéctico: "la historia de la naturaleza y la historia de los seres humanos se condicionan recíprocamente"⁵⁰. Hay entonces una historicidad de lo biológico. Un condicionamiento histórico de los fenómenos físico-químicos y biológicos de la naturaleza urbana artificializada, cuanto de los procesos fisiológicos del fenotipo y del genotipo de los habitantes de la ciudad. Estos y aquellos tienen una historicidad, y se mueven en relación con los procesos sociales. En otras palabras, en el desarrollo de la salud de los ciudadanos y de los ecosistemas con los que viven, no hay espacios determinados por procesos puramente biológicos o naturales⁵¹. Pero hay que aclarar que la dimensión histórica de los procesos biológicos humanos y ecológicos de la ciudad no consiste en que los procesos físicos y biológicos del ser humano y de los ecosistemas urbanos se rijan directamente por leyes sociales, sino que lo natural tiene

50 Marx K, Engels F. La ideología alemana. México DF: Ediciones de Cultura Popular; 1974.

51 Breilh J, Matiello E, Capela P. A globalização e a indústria do esporte: saúde o negócio. En: Matiello E, Capela P, Breilh J, organizadores. Ensaio alternativo latino-americanos de educação física, esportes e saúde. Tubarão (Sta. Catarina): Copiart; 2009. p. 31-57.

como necesario lo social para desarrollar su propio espacio legal, y a su vez participa en la configuración de la historia del todo social.

Las formas de desarrollo de la vida en la ciudad –y en la sociedad en general– se transforman de modo continuo; no hay nada constante en la vida humana, y sus cambios están determinados por las condiciones del modo de reproducción social imperante⁵².

La conexión entre lo biológico y lo social, entonces, no se reduce a un vínculo externo, puesto que hay un nexo interno, esencial, dado por el movimiento de subsunción. La moderna biología establece la unidad dinámica de movimiento entre ambiente, fenotipo y genotipo, no como un proceso de adaptación de los organismos al ambiente, sino como un cambio permanente del patrón de transformaciones mutuas que se establece entre aquellos y el ambiente, pero en ese cambio incide jerárquicamente la determinación social; de esta manera lo biológico se desarrolla bajo subsunción a lo social.

Por tanto, se asume la historicidad de lo geográfico, de los procesos ecológicos y de los procesos de la salud en el espacio urbano. Igualmente, en contraposición a las concepciones del estructuralismo, se asume el movimiento entre los procesos de los distintos órdenes, no como el resultado mecánico de la operación de una totalidad sobre las partes, sino como un proceso dialéctico con momentos de generación o recreación y momentos de conservación o reproducción⁵³.

La salud urbana como objeto de transformación es por tanto un proceso complejo y dialéctico, que encarna los procesos y relaciones en las urbes. Cabe insistir que en la realidad epidemiológica de la ciudad, no existen objetos puros ni sujetos puros, sino

52 Breilh J. Epidemiología: Economía política de la salud. Quito: Universidad Andina. (En prensa 2009).

53 Samaja J. Epistemología y metodología: elementos para una teoría de investigación científica. Buenos Aires: EUDEBA; 1997.

un movimiento entre sujetos que se objetivan y objetos que producen sujetos. Es decir, no hay un espacio urbano de la salud como lugar estático, continente y pasivo, sino un espacio complejo y en movimiento creador⁵⁴.

En segundo lugar, la praxis humana articula el movimiento de espacio y tiempo, para superar el pensamiento lineal de la epidemiología convencional, asentada en la lógica formal que congela la realidad y mira los fenómenos sin tiempo, o como si el tiempo fuera una simple sucesión de coyunturas. En este sentido, no puede haber una geografía de la salud en el espacio urbano sin historia, ni una historia de la salud urbana sin geografía⁵⁵.

En tercer lugar, existe una complejidad del objeto salud en distintas dimensiones y órdenes y su carácter contradictorio que le da movimiento. De ahí la importancia de reconocer las dimensiones cognitivas desde las que se puede estudiar el objeto que son: la de su ser (dimensión ontológica); la de su conceptualización (dimensión epistemológica); y la de sus formas de práctica (dimensión práxica o práctica). Las tres se desarrollan interdependientemente. En cada una de esas dimensiones operan dominios u órdenes del movimiento; y en cada uno de esos órdenes se dan contradicciones entre polos de dicho movimiento.

54 Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.

55 Santos M. Espaço e método. San Pablo: Nobel; 1985.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo con enfoque Cualitativo ya que no hay una relación causa y efecto entre los elementos del estudio. El estudio se realizó durante el período de Julio a Diciembre 2015.

2. ÁREA DE ESTUDIO:

La investigación se realizó en los ECOSF Rosales, Mano de León, Valle de Oro, Las Brisas, Modelo III, El Coro y la Naval del municipio de San Salvador, departamento de San Salvador. Dichos ECOSF comparten similares características, tales como: Se ubican en asentamientos urbanos precarios, se encuentran en zonas limítrofes o controladas por pandillas, atienden población en su mayoría desempleada y con una escolaridad baja.

3. GRUPO SELECCIONADO

35 ciudadanos usuarios de los ECOSF que cumplan los criterios de inclusión.

4. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Los ciudadanos usuarios de los ECOSF en el municipio de San Salvador.

5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión de los ECOSF fueron:

- ECOSF Urbano del municipio de San Salvador.
- 2 años de antigüedad funcionando en la localidad.
- ECOSF completo con su personal

- Accesibilidad geográfica del ECOSF para la entrevista a los ciudadanos beneficiarios.

Los criterios de inclusión de los ciudadanos usuarios fueron:

- Mayor de 15 años.
- Más de 3 años de vivir en una comunidad del área geográfica de influencia de los ECOSF seleccionados.
- Participar activamente en su comunidad
- Adscritos al modelo mediante una ficha familiar.
- Líderes comunitarios perteneciente a comités del Foro Nacional de Salud
- Formar parte del comité de salud
- Disponibilidad a participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Personas que vivan en otras comunidades.
- Trabajadores de salud.
- Personas con criterio de mental incapaz.

6. UNIDAD DE ANÁLISIS

Ciudadanos usuarios de los ECOSF seleccionados.

7. OPERACIONALIZACIÓN DE DESCRIPTORES

DESCRIPTOR	DEFINICION OPERACIONAL	SUB DESCRIPTOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	TECNICA	INSTRUMENTO
Prestación de los Servicios	Se refiere a todos los servicios que presta el ECOSF, así como los horarios de atención en	Oferta de Servicios Horarios de Atención	Primaria Ciudadanos Secundaria Informes Institucionales	Entrevista en Profundidad	Guía de Entrevista en Profundidad

	que los presta y el tiempo que demora en brindarlos.	Tiempos de Espera			
Accesibilidad	Se refiere a la facilidad que tiene el ciudadano de recibir los servicios de salud en su comunidad.	Geográfica Económica Cultural	Primaria Ciudadanos Secundaria Ficha familiar	Entrevista en Profundidad	Guía de Entrevista en Profundidad
Calidez	Se define como el buen trato que recibe el ciudadano al hacer uso de los servicios de salud.	Buen trato	Primaria Ciudadanos	Entrevista en Profundidad	Guía de Entrevista en Profundidad

7. FUENTE DE INFORMACIÓN.

Primaria: Ciudadanos y líderes comunitarios

Secundaria: Informes institucionales y fichas familiares

8. TECNICAS E INSTRUMENTOS

Técnica: Se utilizó la técnica de Entrevista en profundidad porque permite obtener una mayor información de los entrevistados logrando obtener una mayor claridad sobre el abordaje del problema.

Instrumento: Se utilizó la Guía de Entrevista en Profundidad.

9. PROCEDIMIENTO

Se establecieron coordinaciones con los directores de las UCSF y coordinadores de los ECOSF involucrados para definir la persona contacto que acompañó el proceso de entrevista. Posteriormente se procedió a realizar junto con líderes comunitarios las entrevistas en profundidad en cada comunidad. Cada sesión fue facilitada por los investigadores y sistematizada utilizando la guía de entrevista en profundidad.

10. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

Los instrumentos fueron validados después de haber sido aprobado el protocolo de investigación. La validación se realizó en una pequeña muestra con características similares a las del grupo de estudio.

11. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó por medio de una entrevista en profundidad.

12. PROCESAMIENTO

Se procedió a presentar matrices por frecuencia y repetición de respuesta.

Se analizaron los resultados tomando en cuenta lo siguiente:

Valores de Interpretación de Datos

Valores de interpretación	
35	Todos
17	Mitad
7	Menos de la mitad
-	Algunos

13. CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la investigación participaron personas de forma voluntaria. La identidad de las personas y resultados de las guías de entrevista fueron manejados con estricta confidencialidad. Dichos resultados fueron utilizados únicamente con fines educativos.

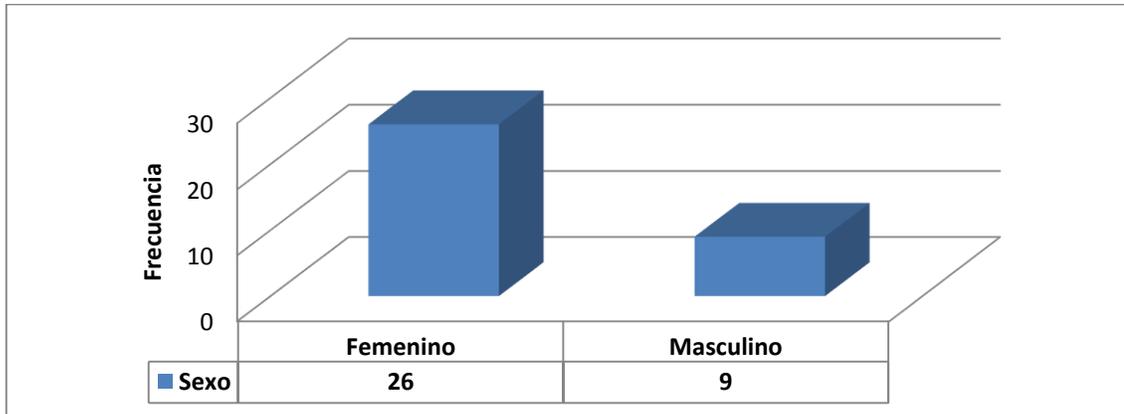
V. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados recolectados a través de una guía de entrevistas en profundidad.

Datos Generales de los Entrevistados

Sexo

Gráfico 1. Distribución por sexo de las personas entrevistadas usuarias de ECOSF

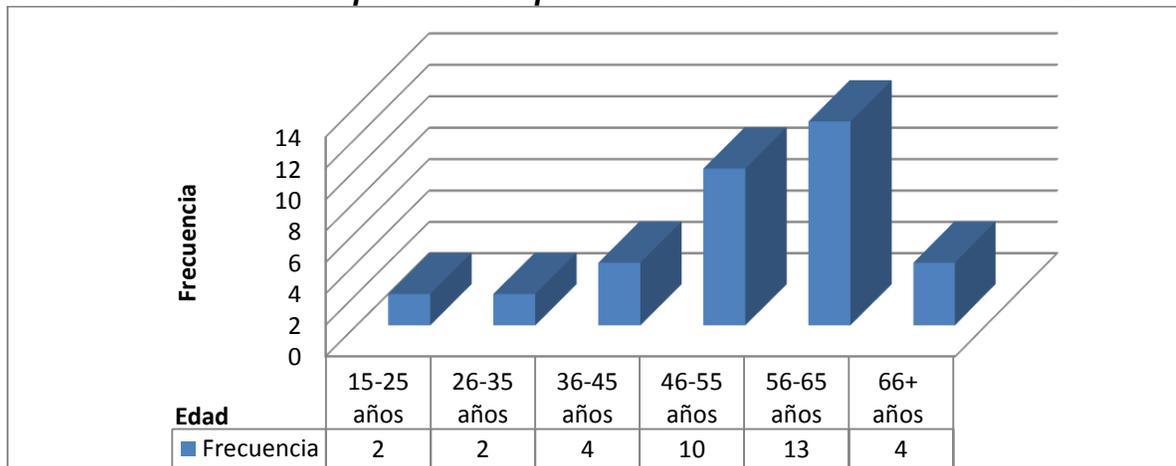


Fuente: Entrevistas a usuarias y usuarios de ECOSF del municipio de San Salvador

Más de la mitad de las personas entrevistadas son mujeres, mientras que los hombres fueron algunos.

Edad

Gráfico 2. Distribución por edad de personas entrevistadas usuarias de ECOSF



Fuente: Entrevistas a usuarias y usuarios de ECOSF del municipio de San Salvador

La mayoría de personas entrevistadas se encuentran en el rango de 56 a 65 años de edad, seguido proporcionalmente por el rango de 46 a 55 años, mientras que sólo cuatro se encuentran entre las edades de 15 a 35 años.

Matriz 1. Oferta de servicios de los ECOSF

	Respuesta	Frecuencia de Repetición de Respuesta
1	Consulta médica general y dental; control de niño sano; control de embarazo; charlas; planificación familiar.	20
2	Consulta médica, fumigación y abatización, control de vectores campaña de limpieza; citología, escuela saludable.	7
3	Curaciones; charlas de prevención de VIH, Control de tuberculosis y exámenes de laboratorio	5
4	Vacunación, visita domiciliar desparasitación canina y Humana, consulta médica	3
	Total	35

Fuente: Entrevistas a usuarias y usuarios de ECOSF del municipio de San Salvador

En la matriz 1, se observa que la mayoría de los entrevistados (20) respondieron que la oferta de servicio de sus ECOF son ofrecen consulta general y dental, control de niño sano, control de embarazo, charlas y planificación familiar. Mientras que solo algunos mencionaron otros servicios como abatización, campañas de limpieza, escuela saludable, citología (7), fumigación y control de vectores (5) vacunación y desparasitación (3).

Matriz 2. Opinión sobre la oferta de servicios de los ECOSF

	Respuesta	Frecuencia de Repetición de Respuesta
1	Buenos	23
2	Excelentes	5
3	Importantes	3
4	Necesarios	2
5	Deficientes	2
	Total	35

Fuente: Entrevistas a usuarias y usuarios de ECOSF del municipio de San Salvador

La mayoría de personas entrevistadas (23) opina que la oferta de servicios de los ECOSF es buena, mientras que la respuesta de algunos varía entre excelente (5), importante (3), necesarios (2) y deficientes (2).

Matriz 3. Comparación de la oferta actual de servicios de su ECOSF en relación a cuando no existían

	Respuesta	Frecuencia de Repetición de Respuesta
1	Mayor accesibilidad geográfica	20
2	Menor inversión en traslado al centro de salud	6
3	Enfoque preventivo	4
4	Sistema no sufre cambios	3
5	Mayor participación ciudadana	2
	Total	35

Fuente: Entrevistas a usuarias y usuarios de ECOSF del municipio de San Salvador

La mayoría de los entrevistados (20) concuerda en que los ECOSF han servido para una mayor accesibilidad geográfica a la población, mientras que algunos responden que es un beneficio para el bolsillo puesto que se invierte menos dinero en el traslado para el centro de salud (6), algunos otros afirman que es un nuevo enfoque preventivo (4), otra pequeña cantidad dice no haber diferencia entre los servicios de salud (3), y una mínima cantidad dice que existe mayor participación ciudadana (2).

Matriz 4. Opinión de los horarios de atención de los ECOSF Familiares

	Respuesta	Frecuencia de Repetición de Respuesta
1	Los horarios son adecuados	19
2	Necesita ampliación de horario de atención	13
3	Excelentes horarios	3
	Total	35

Fuente: Entrevistas a usuarias y usuarios de ECOSF del municipio de San Salvador

En relación a los horarios de atención de los ECOSF, la mayoría de los entrevistados (19) mencionó que son horarios adecuados para la atención médica, seguido de personas que consideran que necesitan una ampliación (13), mientras que algunos (3) afirman que los horarios son excelentes.

Matriz 5 Opinión del tiempo de espera para recibir las atenciones de los ECOSF

	Respuesta	Frecuencia de Repetición de Respuesta
1	Buen tiempo, atención inmediata	22
2	Tiempo prudencial	8
2	Necesita mejorar(Gran demanda y poco personal)	5

Fuente: Entrevistas a usuarias y usuarios de ECOSF del municipio de San Salvador

La mayoría de personas entrevistadas (22) afirma el tiempo de espera es bueno, puesto que la atención es inmediata, mientras que algunos (8) dicen que el tiempo de espera es prudencial, y unos pocos (5) aseguran que necesitan mejorar este aspecto debido a la demanda de ciudadanos y escases de personal.

Matriz 6. Opinión respecto a la ubicación geográfica de atención de los ECOSF

	Respuesta	Frecuencia de Repetición de Respuesta
1	No poseen sede por lo que se trasladan en varios puntos	14
2	Espacios muy reducidos	11
3	Son accesibles	10
	Total	35

Fuente: Entrevistas a usuarias y usuarios de ECOSF del municipio de San Salvador

La mayoría de entrevistados (14) aseguran que los ECOSF no tienen un espacio físico estable, y que se trasladan con frecuencia, otros (11) afirman que los espacios de atención son muy reducidos, y otras personas dicen que son accesibles para la población.

Matriz 7. Utilización de los servicios de salud del ECOSF en relación al presupuesto económico

	Respuesta	Frecuencia de Repetición de Respuesta
1	Son efectivos en la zona por la gratuidad de los servicios	21
2	Ahorro en el transporte	12
3	No hay medicina, hay que comprarla	2
	Total	35

Fuente: Entrevistas a usuarias y usuarios de ECOSF del municipio de San Salvador

La mayoría de personas entrevistadas (21) aseguran que utilizan los servicios porque son gratuitos, otros (12) afirman que causan un ahorro en el transporte y unos pocos dicen que les toca invertir en la compra de medicamentos.

Matriz 8. Respuesta de los ECOSF relacionadas a sus creencias en Salud

	Respuesta	Frecuencia de Repetición de Respuesta
1	Informan sobre buenas prácticas para el cuidado de la salud.	25
2	Respetan la opinión de los ciudadanos	10
	Total	35

Fuente: Entrevistas a usuarias y usuarios de ECOSF del municipio de San Salvador

En cuanto a las creencias en salud, la mayoría de los entrevistados (25) manifiesta que el personal de los ECOSF le proporciona información veraz para el cuidado de su salud, mientras que menos de la mitad (10) asegura que sus creencias son respetadas.

Matriz 9 Descripción del trato que recibe por el personal del ECOSF en la atención en salud

	Respuesta	Frecuencia de Repetición de Respuesta
1	Amable, consciente y servicial	21
2	No maltratan al usuario	9
3	Excelente atención	5
	Total	35

Fuente: Entrevistas a usuarias y usuarios de ECOSF del municipio de San Salvador

En cuanto al trato que reciben por parte del personal del ECOSF, la mayoría de la población asegura que el trato es amable, consciente y servicial, mientras que algunos (9) sostienen que el personal no maltrata a la gente, y unos pocos (5) aseguran que la atención es excelente.

Matriz 10. Recomendaciones para otras personas para la utilización de los ECOSF Familiares

	Respuesta	Frecuencia de Repetición de Respuesta
1	Búsqueda de ayuda en los ECOSF para la solución de problemas de salud.	27
2	Coordinación con los ECOSF para apoyar las acciones de la salud	5
3	Que las mujeres se pongan en control prenatal y niño sano	3
	Total	35

Fuente: Entrevistas a usuarias y usuarios de ECOSF del municipio de San Salvador

Al preguntar qué recomendaciones daría a otras personas para la utilización de los ECOSF, la mayoría (27) respondió que la búsqueda de ayuda en los ECOSF para la solución de problemas de salud, mientras que unos pocos sostienen que recomendarían acercarse a los ECOSF para apoyar acciones de salud, y una mínima cantidad afirmó que recomiendan a las mujeres embarazadas ponerse en control.

Matriz 11. Recomendaciones para los ECOSF

	Respuesta	Frecuencia de Repetición de Respuesta
1	Ubicarse en un lugar fijo	10
2	Más personal de salud	7
3	Respeto a los horarios de atención	7
4	Ampliación de horarios de atención	5
5	Mayor abastecimiento de medicamentos	3
6	Mayor coordinación con directivos y con los líderes comunitarios.	3
	Total	35

Fuente: Entrevistas a usuarias y usuarios de ECOSF del municipio de San Salvador

Al preguntarles sobre recomendaciones dirigidas a los ECOSF, la mayoría de respuestas fue enfocadas hacia encontrar un lugar fijo (10), aumentar la cantidad de personal (7), y respetar los horarios de atención (7), mientras que algunos pocos respondieron la ampliación de los horarios de atención (5), mayor abastecimiento de medicamentos (3) y mayor coordinación con directivos y líderes comunitarios (3).

VI. DISCUSIÓN

La mayoría de personas entrevistadas son mujeres, debido a que en las organizaciones comunitarias es la mujer la que mayoritariamente participa, por la naturaleza de su trabajo (en su mayoría oficio doméstico) o por factores culturales que limitan la participación más amplia de hombres.

Es de recordar que en una sociedad latinoamericana es a la mujer a la que se le adjudica el rol de cuidadora en el hogar por lo que no es raro ver que la que utiliza más frecuentemente los servicios de salud es la mujer y sus hijos.

En relación a la prestación de la oferta de servicios de la población, hay una marcada tendencia de la población a identificar en su mayoría las atenciones maternas infantiles; esto se debe a la orientación y enfoque del Ministerio de Salud para la reducción de la Morbimortalidad Materno Infantil a nivel nacional y que se refleja en el esfuerzo por el control y seguimiento que los equipos comunitarios están haciendo en el terreno. Este énfasis invisibiliza en buena medida toda la oferta disponible para la población de acuerdo a los lineamientos técnicos de los ECOSF.

Otra de las acciones identificadas por la ciudadanía de forma relevante son las acciones de atención al medio, como las antivectoriales. Las grandes campañas nacionales que el MINSAL junto a la Dirección General de Protección Civil organizan durante cada año, es una de las acciones intersectoriales que se realizan con mayor intensidad en el territorio. Muchas de estas actividades se realizan en coordinación con los liderazgos comunitarios y también son las que tienen mayor visibilidad tanto por la cobertura de los medios de comunicación como lo tangibles que son al interior de las viviendas.

Los servicios que provienen de los programas verticales también son identificados como parte de la oferta de servicios que brindan los ECOSF. Programas como el de

VIH tienen una gran visibilidad por su difusión en los medios de comunicación, campañas nacionales de la toma de muestra y de la oferta gratuita a todo nivel. También el Programa Nacional de Tuberculosis goza de buena visibilidad ya que en los años recientes contrató a agentes urbanos de salud (AUS) para la identificación y tamizaje de sintomáticos respiratorios, coordinando en las comunidades con los líderes.

Solo una pequeña parte de los entrevistados reconoció dentro de la oferta de servicios de los ECOSF el hecho de la atención intradomiciliar, siendo este uno de los elementos que en las zonas urbanas no se considera mayoritariamente de peso. Predomina el deseo de la privacidad, así como el porcentaje de viviendas cerradas, deshabitadas, renuentes y los hogares dormitorios que limitan el acceso a las atenciones intradomiciliares.

Cuando la población entrevistada se le pidió opinión sobre la oferta de los servicios de salud ofertado por el ECOSF, en su gran mayoría reconocen que es buena. Su aspecto de comparación se basa en los servicios que las UCSF intermedias les han proporcionado históricamente. Vale mencionar que el MINSAL definió que los ECOSF tendrían una oferta de servicios muy similar a lo que puede ofrecer una UCSF intermedia. De ahí que la ciudadanía no pueda hacer una diferenciación clara en cuanto al valor de la oferta de servicios propio de los equipos comunitarios.

Un elemento que no queda de manifiesto en las entrevistas como un servicio provisto a la ciudadanía es la dispensarización. Los entrevistados no lo reconocen como parte de los servicios que prestan los ECOSF; sin embargo, es una función del trabajo propio del equipo definido en sus lineamientos operativos y se enmarcan en el proceso de Reforma.

Hay que mencionar que el avance de la dispensarización en los asentamientos urbanos precarios no ha sido el esperado, ya que ha tenido un ritmo más lento. Factores como los hogares dormitorio, la violencia y el índice de casa cerrada, han

limitado que la dispensarización se pueda realizar en la totalidad de la comunidad. Este elemento refleja la ausencia del enfoque de salud urbana en el diseño original del modelo de prestación para las grandes ciudades, el cual tendría que haber retomado elementos como el espacio, la geografía urbana y la ecología urbana. De esta manera se habría considerado estrategias de acercamiento comunitario diferente a las implementadas en el área rural.

Al comparar su situación actual de salud a cuando no había ECOSF, la mayoría de los entrevistados refiere que ha habido una mejora, sobretodo en la disminución del gasto de bolsillo para acceder a un servicio de salud más cercano. En los asentamientos urbanos precarios la gratuidad de los servicios no sólo ha sido un elemento que ha impactado positivamente la economía familiar, sino que una mayor cercanía también les ha disminuido el tiempo y el costo para el acceso a los servicios de salud.

La ciudadanía reconoce que los acercamientos de los ECOSF han sido mejores para unos, aunque poco significativos para otros. La ubicación geográfica de los ECOSF comunitarios fue hecha de acuerdo al mapa de pobreza del país. En varios de los ECOSF urbanos esta distribución ha hecho que la distancia con la UCSF sea más cercana, facilitando así el acceso.

Los horarios de atención de los ECOSF son conocidos por la ciudadanía. En la mayoría de los casos son aceptados; sin embargo aún hay inconformidad por el hecho de que el médico sólo se encuentra tres veces a la semana en la sede del ECOSF. Hay que aclarar que de acuerdo a los lineamientos de los equipos comunitarios se dedicarán dos días a la semana para visitas de terreno para dar seguimiento a los pacientes de acuerdo a la dispensarización. En algunos casos, la ciudadanía conoce este lineamiento, otra no. Esto genera malestar en la comunidad porque se percibe una reducción en las horas en que hay consulta disponible.

Algunos de los entrevistados señalaron que hay falta de puntualidad en los equipos, así como sería importante valorar los servicios durante los fines de semana y después de las 4:00 pm. De acuerdo a los lineamientos de los ECOSF, existe la posibilidad de modificar los horarios de atención previa consulta y acuerdo con la comunidad, con el propósito de mejorar el acceso a los servicios; sobre todo en las comunidades donde la mayoría de la población trabaja en horas de oficina.

Los tiempos de espera son apropiados de acuerdo a lo expresado por los entrevistados. Hay una comparación de los tiempos de espera en las unidades comunitarias intermedias con los tiempos de los ECOSF los cuales son bastantes menores. El volumen de pacientes que atiende un ECOSF es mucho menor que el de una unidad intermedia lo que facilita que haya más tiempo para el profesional para atender al usuario.

La ubicación de la sede de las UCSF ha sido compleja por varios factores, entre ellos la poca disponibilidad de espacios para ser arrendados, el tamaño de los inmuebles y la disposición en el mapa de las pandillas. Así lo expresa la mayoría de los entrevistados cuando refieren que una de las principales quejas es el no tener un lugar fijo como sede del ECOSF. La mayoría de las sedes de los ECOSF urbanos no son propias. En varios casos se arrenda un inmueble, en otros casos es un préstamo de la casa comunal u otro inmueble de parte de la ADESCO. Estos espacios arrendados o prestados son generalmente pequeños, con poca seguridad para el resguardo de medicamentos y que están sujetos a ser utilizados para otro fin simultáneamente.

El fenómeno creciente de las pandillas en El Salvador es un factor determinante en la prestación de los servicios de salud por parte de los ECOSF. En varios casos el no contar con una sede definitiva para los equipos, obliga a realizar acercamientos en zonas de diferentes pandillas logrando que la población de ambos sectores acuda respectivamente sin ningún riesgo. Por otra parte cuando hay una sede establecida,

ésta es en zonas “neutrales” en donde la población de las diferentes zonas puede acudir.

En algunos casos se han reportado incidentes de violencia hacia el personal de salud mientras desarrollan sus tareas cotidianas. A veces por haber tenido algún problema con el familiar de un pandillero o en otras ocasiones por sospechas de que este personal colaborara directa o indirectamente con la policía. En todo caso, para la visión particular del liderazgo comunitario, mientras se respeten los límites del trabajo y el territorio no habrá motivo para tener problemas.

La violencia, la pobreza y la exclusión social son elementos íntimamente vinculados y que forman parte del modo de vida de las grandes ciudades. Esto se relaciona con el enfoque de la Determinación Social de la Salud, por cuanto se establece un paradigma para el análisis del proceso salud enfermedad desde el que se valora al sujeto desde un contexto histórico pero también desde el modelo de producción y reproducción social.

Casi todos los entrevistados reconocen que los ECOSF han traído un aporte positivo a su presupuesto por cuanto han reducido el gasto de traslado hacia ellos y por la gratuidad de los mismos. Sin embargo, el hecho que más resalta es la disminución en el costo de movilización hacia el ECOSF, ya que lo comparan con el gasto que tenían que hacer para llegar a la UCSF intermedia.

Aunque no hay un reconocimiento explícito que la entrega de medicamento ha mejorado (abastecimiento), los entrevistados en su mayoría mencionan la entrega de medicamento como un factor que les mejora su presupuesto ya que es gratuito y está disponible. El MINSAL a través del Sistema Nacional de Abastecimiento (SINAB) establece un monitoreo de medicamentos desde el nivel central hasta el ECOSF. Esto incluye el abasto de medicamentos que debe proveerle la UCSF intermedia al ECOSF verificando así que haya una coordinación que garantice la disponibilidad del medicamento a la hora de la consulta.

Las barreras culturales tampoco son reconocidas por la población encuestada. Hay que recordar que la escolaridad de la población en los asentamientos urbanos precarios es mejor habitualmente que la de la población rural; por lo tanto, es predecible que haya una coincidencia entre los factores religiosos y culturales del ECOSF con la población a la que atienden no constituyéndose en un obstáculo.

Los ECOSF urbanos superan las barreras de la accesibilidad, tanto económicas, culturales como geográficas; sin embargo, se observa que aparecen nuevas barreras, como las organizacionales (disminución de atenciones intramurales por atenciones de terreno) o sociales (incremento de la violencia de las pandillas u otros grupos criminales) para las cuales deberán proponerse nuevos mecanismos para superarlas.

El trato proporcionado durante la prestación de los servicios por el ECOSF se valora por los usuarios como bueno resaltando los valores de amabilidad y servicio. En la cotidianidad del trabajo de los ECOSF, cercano a la población que vive en asentamientos urbanos precarios, se genera una relación más estrecha que la del personal de las UCSF intermedias con la población en general. Esta relación es similar a la que históricamente los promotores de salud han desarrollado en las comunidades rurales.

La relación del personal de los ECOSF es mucho más estrecha con su población cuando ésta es asignada a ellos (principio de las RISS) y hay una rendición de cuentas periódica hacia el liderazgo comunitario. Es más difícil encontrar un maltrato hacia un usuario cuando éstos se conocen entre sí o sobre todo cuando existen mecanismos de contraloría social para la denuncia o queja ante el maltrato en la atención.

La integración del ECOSF en la dinámica comunitaria lo pone en una situación de exposición transparente para su accionar. En general la ciudadanía conoce la hora a la que llegan los recursos, a la hora que se van, quién no llegó, cuáles medicamentos tienen y cuáles no y las razones del por qué no están abastecidos.

La vinculación estrecha de un servicio público con su población adscrita genera un nivel de identidad y apropiación significativo. El nivel de calidad que tiene el ECOSF se refleja en el hecho en el que se vuelven un servicio recomendable para alguien más. Sin embargo, esta recomendación incluye el involucrarse de forma activa con el trabajo del equipo comunitario, lo cual no se logra en varios asentamientos urbanos precarios por el nivel organizativo que tienen.

Las comunidades reconocen que los servicios en las UCSF intermedias de San Salvador a pesar de que su oferta de servicios es un poco más amplia, tienen tiempos prolongados de atención y casos de maltrato en varias ocasiones. En este sentido los ECOSF proveen un contraste, por cuanto brindan atenciones personalizadas, con tiempo de espera mucho menor y con mejor calidad. Es por eso que el ECOSF es recomendable.

Esto lleva a repensar si los modelos de atención deberían centrarse en una oferta basada en los requerimientos sanitarios y técnicos o en lo que la población quiere y solicita. Un equipo comunitario que no satisface las necesidades de lo que los usuarios solicitan, se traduce en unos servicios que la población no utiliza.

Para el caso de los ECOSF urbanos en San Salvador, la diferenciación de la atención con su instancia de comparación más próxima (UCSF Intermedia) no radica en la distancia para acceder al servicio, sino en la capacidad de estos de resolver los problemas de salud de forma personalizada, en confianza y orientada hacia las necesidades sentidas de la población.

Sin embargo, esto no siempre es posible por los limitados recursos que el ECOSF tiene. En algunos casos, es la falta de recursos humanos (ya sea por estar incompleto el equipo o por la gran cantidad de trabajo administrativo que limita el tiempo del profesional), la mayor limitante para el rendimiento óptimo del equipo.

La visión política de la población en relación a los ECOSF urbanos en un primer momento fue interpretarlos como parte de una oferta electoral. A medida que el tiempo ha ido transcurriendo, la opinión sobre ellos ha ido cambiando hasta considerarlo como un beneficio ganado por la población. Esta visión no deja de recordar la doble dimensión que se ha construido alrededor de los ECOSF en el territorio, la primera sobre el trabajo técnico que se realiza de prevención y atención de la enfermedad y promoción de la salud; la segunda es una dimensión política (no partidaria) en la que el ECOSF se constituye en una reivindicación social por cuanto incluye a los excluidos, a los marginados sociales, a los que se encuentran viviendo en las ciudades ocultas de las grandes urbes. Incluye a aquellos que han estado expuestos a la violencia social y a los efectos de la precariedad por la falta de los servicios básicos.

Existe la percepción entre los líderes comunitarios que si el ECOSF no se usa apropiadamente y no se defiende, corre el “riesgo” de perderse. De hecho la Ley de Desarrollo y Protección Social aprobada en el 2014 expresa dentro de su contenido la garantía a la gratuidad de los servicios de salud, sin embargo las RIISS y los ECOSF aún siguen sin ser elevados a la categoría de política de Estado, siendo entonces un proceso reversible dependiente de la voluntad política.

VII. CONCLUSIONES

1. La oferta de servicios de los ECOSF Urbanos está determinada por la agenda sanitaria nacional. Temas como la atención materna infantil y las acciones antivectoriales son las más identificadas por la ciudadanía como parte de la oferta de los equipos comunitarios.
2. La Dispensarización es un proceso que encuentra muchos obstáculos (Casas renuentes, cerradas y deshabitadas) para su realización y se encuentra invisibilizada por la población a pesar de ser uno de los elementos más innovadores del modelo de atención.
3. Los tiempos de espera son cortos para los usuarios y los horarios de atención son conocidos y aceptados, aunque hay inconformidad con la salida del médico a dos días de terreno, ya que se percibe como una limitante en la prestación del servicio.
4. La accesibilidad no está determinado por la ubicación sino por la distribución territorial de las pandillas las que constituyen una nueva configuración en el terreno y que limitan el acceso de la población a los servicios.
5. La gratuidad es el elemento que más identifica la población en relación a la accesibilidad a los servicios de salud, pero también reconoce que la cercanía de los equipos comunitarios es un elemento que viene a abonar a la disminución del gasto de bolsillo en salud, por cuanto no incurren en ningún gasto para su traslado al establecimiento.
6. La entrega de medicamentos es uno de los elementos identificados por la ciudadanía vinculados a la gratuidad y que se relaciona con el nivel de abastecimiento de los ECOSF.

- 7.** En general, el trato que reciben los usuarios de los ECOSF es bueno, producto de la cercanía y el vínculo afectivo que se genera entre las y los trabajadores de la salud en la cotidianidad de las labores.

- 8.** Una constante de éxito de los ECOSF Urbanos radica en la capacidad de estos de resolver los problemas de salud de forma personalizada, en confianza y orientada hacia las necesidades sentidas de la población.

- 9.** Aún no existe la garantía legal para la continuidad de los ECOSF Urbanos, ya que en la Ley de Desarrollo y Protección Social sólo incluye expresamente la gratuidad de la salud y no así el modelo de atención.

- 10.** A pesar de que los ECOSF se constituyeron en una reivindicación social por cuanto incluyeron a los excluidos socialmente, pronto se ha convertido en un pliego de peticiones para la ampliación de servicios, mejora de las sedes y contratación de más personal sanitario, entre otras.

VIII. RECOMENDACIONES

A la Maestría en Salud Pública de la Universidad de El Salvador

- Para la profundización del proceso de Reforma de Salud se deben de incentivar más estudios de esta naturaleza para la toma de decisiones gerenciales que afinen el Sistema de Salud.

A los ECOSF Urbanos

- Fomentar la incorporación de más sectores locales organizados al trabajo en salud tales como: Iglesias, grupos de jóvenes, comités de mujeres, entre otros; de esta manera se potenciarán las estrategias de participación social para la promoción de la salud.

Al Ministerio de Salud

- La oferta de servicios de los ECOSF Urbanos debe de revalorarse a fin de que sea un portafolio más apegado a las necesidades del territorio, en concordancia con el abordaje de la Determinación Social de la Salud y con herramientas para la Promoción de la Salud.
- La estructura de los ECOSF Urbanos debe de rediseñarse, tanto en su número de integrantes como en su composición. Dicho cambio debe de hacerse con un enfoque de Salud Urbana que tome en consideración variables como la violencia, los factores culturales urbanos, el ordenamiento territorial, la densidad poblacional y la salud ambiental.
- Incorporar un médico general adicional a los ECOSF Urbanos en San Salvador, para generar más tiempo de consulta en la sede. De esta manera se pueden realizar visitas de terreno todos los días sin limitar la prestación de los servicios en la sede.

- La carga administrativa de los ECOSF Urbanos debe ser ajustada ya que la influencia de los programas verticales más los diversos lineamientos emanados de las estructuras de dirección del MINSAL limitan el tiempo que los equipos comunitarios pudieran invertir en la organización comunitaria y la participación intersectorial.
- El abastecimiento oportuno de medicamentos, insumos médicos y de control vectorial para los ECOSF para garantizar eficazmente, ya que es un punto sensible para el nivel de satisfacción de la ciudadanía.
- Los ECOSF Urbanos deben encontrar nuevas formas de interactuar con la ciudadanía que coincidan con la realidad actual, como el uso de redes sociales, uso de dispositivos electrónicos para el registro de la información, expediente en línea, entre otros.

A la Secretaría Técnica de la Presidencia

- El diseño de incentivos económicos y no económicos para los ECOSF Urbanos, lo cual permitirá generar permanencia a los profesionales que trabajan en zonas de alta vulnerabilidad social.

A la Asamblea Legislativa

- Construir un anteproyecto de Ley que garantice la sostenibilidad jurídica de las RIISS y los ECOSF para que se convierta en una política de Estado.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Arce, Bartolomé. Panorama actual y futuro de la salud pública en Cuba. Disponible en: <http://www.sindhosp.com.br/hospitalar/401,1>, Panorama Actual y Futuro de la Salud Publica en Cuba. Acceso en: 12 Junio 2015.
2. Ares, Filiberto Pérez. Medicina de Familia y la Formación Post-Graduada en Cuba. En: Libro de Ponencias. Encuentro Latinoamericano de Medicina Familiar, Río de Janeiro: 2004.p. 12-23.
3. Bennett S, McPake B, Mills A. The public/private mix debate in health care. En: Bennett S, McPake B, Mills A, editores. Private Health providers in developing countries: serving the public interest? Londres: Zed Books, 1997.
4. Borrero, A. La interdisciplinariedad: Simposio Permanente sobre la Universidad. Asociación Colombiana de Universidades. 1a. ed. Bogotá: ASCUN; 1991.
5. Breilh J, Matiello E, Capela P. A globalização e a indústria do esporte: saúde o negócio. En: Matiello E, Capela P, Breilh J, organizadores. Ensaio alternativo latino-americanos de educação física, esportes e saúde. Tubarão (Sta. Catarina): Copiart; 2009. p. 31-57.
6. Breilh J. Epidemiología: Economía política de la salud. Quito: Universidad Andina. (En prensa 2009).
7. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003
8. Campos, GWS. El filo de la navaja de la función de filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. Rev. Bras. Epidemiol. V.8 n.4. Sao Paulo; 2005.

9. Cedido por UCh RR.HH. portal de estudiantes de RR.HH. www.uch.edu.ar/rrhh. El Enfoque de Competencias en la Gestión de Recursos Humanos [Actualizado en Mayo 2012, consultado en Junio 2015] Disponible en: www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/enfcompgesrrhh.htm
10. Commonwealth Departement of Health and Family Services. Service delivery guides and selected case studies, Ambulatory Care Reform Program, Canberra: Australian Government Publishing Service, 1997
11. Crevelim, Maria Angélica. Participación de la comunidad en el equipo de salud de la familia: ¿Es posible establecer un proyecto común entre trabajadores y usuarios? *Ciencia & Saúde Coletiva*, 10 (2), 2005, p.323-331.
12. Developing the private sector. The World Bank's experience and approach. Washington, World Bank, 1991.
13. DIAS, J. C. P., 1986. Participação comunitária nos programas de saúde. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, 38: 103-110.
14. Eisenberg, Rose. Interdisciplinariedad y Niveles de Integración en la Formación Ambiental Universitaria. 1a. ed. UNAM, Campus Iztacala: Editorial Universitaria; 1997.
15. Falla, Consuelle. Extracto del Libro "La Transdisciplinariedad. Manifiesto de Basarab Nicolescu". 2da. ed. Éditions du Rocher - Collection "Transdisciplinarité": Paris; 1998.
16. Fernández I. & Baeza R. (2001). Aplicación de modelo de competencias: experiencias en algunas empresas Chilenas. Artículo de revista. Chile.

17. Fortuna, Cinira M.; Mishina, Silvana M.; Matumoto, Silvia; Pereira, Maria José B. El trabajo en equipo en el programa de salud de la familia: reflexiones a partir de conceptos de un proceso grupal y grupos operativos. Rev. Latinoamericana de enfermería, Riberão Preto, v.13 (2), mar./abr., 2005, p.262-268. 6.
18. González Dagnino, et al. Calidad Total en la Atención Primaria de Salud. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1994 España.
19. HOMEDES, N. & UGALDE, A., 1999. Condiciones y condicionantes de salud y reforma. In: Foro Internacional: La Reforma del Sector Salud, Anales, pp. 137-147. Ciudad de Guatemala: Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud.
20. López Santiago, A., Martín Moreno, JM. Atención Primaria y Salud Pública: La oportunidad para superar el desencuentro. Rev. Esp. Salud Pública 2004; 78: 1-3 V (1) Ene-Feb.
21. Marchant Ramírez, L. Ed. (2005). Actualizaciones para el desarrollo Organizacional. Primer Seminario Edición Electrónica. Texto en www.eumed.net/libris/2005/lmr/
22. Martín Zurro, A., Cano Pérez, J.F. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. 3ra. ed. Barcelona: Publicaciones El Sol; 1994.
23. Marx K, Engels F. La ideología alemana. México DF: Ediciones de Cultura Popular; 1974.
24. MINSAL. Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECO Familiares y ECOSF Especializados. 1ra. Edición. San Salvador, El Salvador, C.A. 2011. 131 p

25. MINSAL. Manual de Organizaciones y Funciones de la RIISS. 1era. Edición. San Salvador, El Salvador, C.A, 2012. 39 p
26. Nebot-Adell, C., Baques Cavallé, T., Crespo García, A., Valverde Caballero, I. y Canela Soler, J. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en Atención Primaria. Rev. Atención Primaria 2005
27. OMS - UN HABITAT. Las Ciudades Ocultas. Revelación y Superación de las Inequidades Sanitarias en los Contextos Urbanos. Kobe, OMS, 2010. 20 p
28. OMS – OPS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas. Un Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS. Washington D.C., OPS, 2005. 5 p
29. OPS/OMS. Documento de Posición: La Renovación de la APS. Washington. DC: 1a. ed. Associated Press; 2005.
30. OPS, Fortalecimiento Institucional para el Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Washington DC, 2002.
31. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 44º Consejo Directivo, 55º Sesión del Comité Regional. Atención primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington: OPS/OMS, 2003.
32. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 46º Consejo Directivo. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria en Salud (CD/46/13). Washington: OPS/OMS, 2005.

33. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos: Llamado a la Acción prioriza los Recursos Humanos. Toronto: OPS/OMS, 2005.
34. OSTERIA, T.; RAMOS JIMENEZ P.; MARIÑAS, O. & OKAMURA, J., 1988. Community Participation in the Delivery of Basic Health Services. Manila: De la Salle University.
35. Peduzzi, M. Equipo multiprofesional de salud: concepto y topología. Departamento de orientación profesional, Univ. De Sao Pulo, Brasil Rev. Salud Publica 2001:35(1):103-9
36. Portafolio semFYC. Mapa de competencias para la evaluación de competencias en la práctica clínica. Junio 14/2005.
37. Portal de la Caja Costarricense de Seguro Social, Equipos Básicos de Salud Integral [Actualizada en Febrero 2013; acceso en Mayo 2015]. Disponible en: www.ccss.sa.cr
38. Portal del Ministerio de Salud de Brasil, Programa Salud de la Familia; 2014 [Actualizada en Octubre 2014; acceso en Mayo 2015] Disponible en: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>
39. Portal del Ministerio de Salud de Costa Rica, Biblioteca de Recursos en Línea; 2015 [Actualizada en Enero 2015; acceso en Mayo 2015]. Disponible en: www.ministeriodesalud.gob.cr
40. Rosales, C; Molina, Ana; Moreno Wagner. Bibliografía Anotada: Equipo de trabajo en salud. San José: OPS/OMS, 1998.

41. Rosales, C., Rocha, Cristianne. Trabajo en equipo en los sistemas y servicios de salud: una estrategia para la promoción de salud. 1a. ed. Washington: Associated Press; 2006.
42. Rosales, C.; Valverde, J.M. Trabajo en equipo en las instituciones de salud: Conceptos y herramientas para su desarrollo. Washington: OPS/OMS, 1998b.
43. Samaja J. Epistemología y metodología: elementos para una teoría de investigación científica. Buenos Aires: EUDEBA; 1997.
44. Santos M. Espaço e método. San Pablo: Nobel; 1985.
45. Starfi eld, B. et al. Atención primaria y responsabilidades de Salud Pública en seis países de Europa y América del Norte: Un estudio Piloto. Rev. Esp. Salud Púb. N (1) 2004; v.78:17-26.
46. Starfi eld, B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. New York, Oxford University Press, Inc. 1998.
47. Starfi eld, B. Atención Primaria: Concepto, Evaluación y Política. New York, Oxford University Press. 1992.
48. SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da and TRAD, Leny A. Bomfi m. Team work in the PSF: investigating the technical articulation and interaction among professionals. Interface (Botucatu), Sep./Feb. 2005, vol.9, no.16, p.25-38. ISSN 1414-3283.
49. Sistema Nacional de Salud de Cuba [Monografía en internet]. Habana, 7ma. ed. 2012. [Consultado en Abril 2015] Disponible en: http://www.cubagov.cu/des_soc/salud/indice.htm

50. Vargas Zúñiga, F. Competencias en la formación y competencias en la gestión del talento humano. Convergencias y desafíos. CINTERFOT OIT agosto/2002.
51. West, M., Poulton, B, Pearson, P, Spencer, J. Primary health care: in league of their own. Promoting teamwork in primary care. A Research based approach. (2) 1-24. 1997.

ANEXOS

Anexo 1.

Universidad de El Salvador

Facultad de Medicina

Maestría en Salud Pública

“Satisfacción de la ciudadanía acerca de los Equipos Comunitarios de
Salud Familiar Urbanos en el municipio de San Salvador, Julio a Diciembre de 2015”

Datos Generales

Nombre del ECOSF: _____

Comunidad: _____

Datos del Entrevistado

Sexo: M___ F___

Edad _____

Fecha _____

Lugar de la Entrevista _____

Preguntas de la Entrevista:

1. ¿Cuál es la oferta de servicios de los ECOSF? _____

2. ¿Qué opina de la oferta de servicios de los ECOSF? _____

3. ¿Cómo considera la oferta actual de servicios en relación a cuando no existían los
ECOSF? _____

4. ¿Qué opina de los horarios de atención de los ECOSF Familiares? _____

5. ¿Qué opina del tiempo que espera para recibir las atenciones de los ECOSF?

6. ¿Cuál es su opinión respecto a la ubicación donde los ECOSF brindan las atenciones?

7. ¿Qué piensa sobre la utilización de los servicios de salud del ECOSF en relación a su presupuesto económico? _____

8. Respecto a su salud ¿Cómo considera que responden los ECOSF en cuanto a sus creencias? _____

9. ¿Cómo describiría el trato que recibe por el personal del ECOSF al recibir la atención en salud? _____

10. ¿Qué recomendaciones daría a un vecino suyo para la utilización de los ECOSF Familiares? _____

11. ¿Qué recomendaciones daría al ECOSF?
