

UNIVERSIDAD DON BOSCO
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES



**UNIVERSIDAD
DON BOSCO**

TRABAJO GRADUACIÓN:

DISEÑO CURRICULAR POR COMPETENCIAS DEL DIPLOMADO ADMINISTRACIÓN Y
GESTIÓN EN SALUD DURANTE LA ATENCIÓN CLÍNICA POR RIESGO DEL ISSS

PARA OPTAR AL GRADO DE:

MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CURRÍCULUM, DIDÁCTICA Y EVALUACIÓN POR
COMPETENCIAS

PRESENTADO POR:

LUCÍA FÁTIMA LÓPEZ DE GARCÍA
MÉLIDA GREGORI MOREIRA

ASESOR/A:

DRA. LORENA PÉREZ PENUP

ANTIGUO CUSCATLÁN, EL SALVADOR, C.A.

ENERO DE 2025

Rector Universidad Don Bosco

Dr. Mario Rafael Olmos

Secretaria General

Inga. Yesenia Xiomara Martínez Oviedo

Decano de Vicerrectoría de Gestión Institucional

José Luis Martínez Díaz

Directora de la Maestría

Mg. Sandra Carolina Durán Mendoza

Asesora del proyecto de graduación

Dra. Lorena Pérez Penup

Lector/a del proyecto de graduación

Mg. Karla Celina Rivera

Agradecimientos

A DIOS, por su misericordia, por su discernimiento, y por su entendimiento en el propósito de servicio que me inspiró a través de la docencia.

A MIS PADRES, por el amor y la pasión a la docencia que me transmitieron en vida.

A MIS HIJOS por mantener a mamá de pie.

Al ISSS, por la oportunidad de formación que me permitió con el fin de implantar un modelo educativo con enfoque basado en competencias para el desarrollo de la educación continua y los programas académicos.

Mélida Gregori Moreira

En primer lugar, gracias a Dios por la oportunidad de este logro, a mi colega Mélida Gregori por su paciencia, dedicación y trabajo arduo.

A la Dra. Lorena Pérez-Penup por su invaluable guía, asesoría y apoyo durante todo el proceso, sus valiosas observaciones y sugerencias fueron enriqueciendo y mejorando significativamente el trabajo.

También agradezco al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, por abrirnos las puertas y permitir través de la investigación realizada proponer una solución a la problemática encontrada, que espero sea de mucha ayuda.

Lucía Fátima López de García

Tabla de Contenido

Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Introducción	1
Problemática del Proyecto	1
Antecedentes institucionales.....	4
Propuesta de solución	4
Estructura del Documento.....	6
Capítulo 1. Formulación del Proyecto	7
1.1 Valor Pedagógico e Innovador del Proyecto	7
1.2 Relevancia Social.....	9
1.3 Objetivos del Proyecto.....	9
1.3.1 Objetivo General.....	9
1.4 Descripción del Producto.....	10
Capítulo 2. Fundamentación Teórica.....	12
2.1 Enfoque por Competencias.....	12
2.2 Los Sistemas de Salud	14
2.1 Sustentación del enfoque de riesgo en los sistemas de salud.....	15
2.3 El Enfoque de Riesgo.....	20
2.3.1 El Enfoque de riesgo en el ISSS	20

2.3.1 Circunstancias que justifican una atención sanitaria con enfoque de riesgo	21
2.4 La Administración en Salud Aplicando la GIRS	24
2.4.1 Ciclo de Deming como Herramienta para Gestionar el Riesgo en Salud	26
Capítulo 3. Metodología	28
3.1 Alcance y Cobertura del Proyecto	28
3.2 Actividades Previas que Sustentan la Propuesta.....	28
3.2.1 Enfoque, Alcance y Diseño del Estudio Diagnóstico	29
3.2.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.....	30
3.2.4 Análisis de Datos	32
3.3 Decisiones y Acciones Tomadas a Partir de los Hallazgos	32
3.3.1 Situación de salud de la U.M Usulután.....	32
3.3.2 Competencias que Necesitan Formación	38
3.4 Actividades Curriculares Realizadas para Desarrollar el Proyecto	46
3.4.1 Fundamentación del diplomado.....	46
3.4.2 Perfil de Egreso.....	48
3.4.3 Organización y Estructuración Curricular del Diplomado	48
Capítulo 4. Propuesta de Solución	50
4.1 Generalidades del Diplomado.....	50
4.2 Declaración del Perfil de Egreso.....	50
4.3 Declaración de Competencia	51

4.4 Indicadores de logro.....	51
4.5 Metodología del Diplomado	51
4.6 Módulos	53
Capítulo 5. Conclusiones y Recomendaciones	61
5.1 Conclusiones.....	61
5.2 Recomendaciones	63
Referencias.....	64
Anexos	68
Anexo 1. Instrumento cuantitativo, cuestionario	68
Anexo 2. Instrumento cuantitativo, cuestionario utilizando la app google forms	69
Anexo 3. Instrumento cualitativo, entrevista de profundidad.....	72
Anexo 4. Instrumento cualitativo, grupo focal	74
Anexo 5. Propuesta teórica	76
Anexo 6. Secuencias Didácticas	80
Anexo 7. Rúbrica Estudio de caso	83
Anexo 8. Descripción Nivel de logro	85

Resumen

La estrategia a atención por riesgo está orientada a la reorganización clínica de carácter administrativo-gerencial de la consulta externa de los establecimientos de salud del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) que brindan atención primaria; para su implementación se realiza un diagnóstico analítico de los datos de la consulta externa definiendo las necesidades clínicas y administrativas. Los gestores encargados de llevar a cabo el desarrollo y la implementación de una estrategia que requiere el desarrollo de competencias clínica - administrativa en los establecimiento del ISSS, para mejorar la calidad de atención clínica con enfoque de riesgo, deben poseer competencias sobre administración y gerencia de servicios de salud para que analicen el funcionamiento de los macro sistemas (sistemas de salud) y microsistemas (servicios clínicos), contribuyendo a generar estrategias orientadas a obtener servicios eficaces, eficientes y de calidad. Al promover una cultura de gestión se requiere aprovechar en forma óptima los recursos, obteniendo así mejores resultados en la atención médica en las redes de atención del ISSS. Por ello, se propone el diseño de un Diplomado en Administración y Gestión en Salud durante la atención clínica por riesgo del ISSS, el cual surge de la necesidad de que los gestores responsables de los establecimientos del ISSS, realicen eficientemente las funciones administrativas y gerenciales necesarias para la implementación de una atención basada en riesgo clínico. El Diplomado estará dirigido a los equipos gerenciales de salud en el ISSS, los cuales están constituidos por el médico director, y el personal multidisciplinario que pueden o no tener a cargo funciones asistenciales y cuya principal función es gestionar los procesos para la atención de los derechohabientes.

Palabras clave: Administración de servicios de salud, atención primaria de salud, capacitación profesional, calidad de la atención sanitaria, gestión de riesgos.

Abstract

The risk-based care strategy is aimed at the clinical reorganization of the administrative-managerial nature of outpatient services in the healthcare facilities of the Salvadoran Institute of Social Security (ISSS) that provide primary care. For its implementation, an analytical diagnosis of outpatient service data is conducted to define clinical and administrative needs. Managers responsible for the development and implementation of a strategy that requires the development of clinical-administrative competencies in ISSS facilities to improve the quality of clinical care with a risk-based approach must possess skills in the administration and management of health services. This enables them to analyze the functioning of macro systems (health systems) and micro systems (clinical services), contributing to the creation of strategies aimed at achieving effective, efficient, and high-quality services. Promoting a management culture requires the optimal use of resources, thereby achieving better results in medical care within ISSS healthcare networks. Therefore, the design of a Diploma in Health Administration and Management for Risk-Based Clinical Care at ISSS is proposed. This initiative arises from the need for ISSS facility managers to efficiently perform the administrative and managerial functions necessary for the implementation of clinical risk-based care. The Diploma will target ISSS healthcare management teams, which include the medical director and multidisciplinary staff who may or may not have care-related responsibilities. Their primary role is to manage the processes involved in providing care to beneficiaries.

Keywords: Healthcare quality, health services administration, primary healthcare, professional training, risk management.

Introducción

Problemática del Proyecto

La Atención Primaria en Salud (APS) es un concepto que sirve de base para que un sistema de salud se organice en función de los beneficios de los usuarios y esté orientado a la atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, dado el reto que los sistemas de salud enfrentan actualmente específicamente la relacionada a la multimorbilidad y la cronicidad (Dois et al., 2018). El modelo de salud que desarrollan los establecimientos de atención sanitaria del Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS) está basado en la estrategia APS con un enfoque de atención por riesgo basado en el individuo, la familia y la comunidad. Dicho modelo procura un bienestar a los usuarios a través de una atención de salud integral orientado a la prevención del riesgo y dentro del marco estratégico de la institución. Este marco epistemológico, se operativiza, brindando una provisión y prestación de servicios de salud ofrecidos a través de su Portafolio de servicios (2018).

En concreto, el ISSS establece una estrategia de atención por riesgo, orientada a la reorganización clínica de carácter administrativo-gerencial de la consulta externa (general, especializada y sub especializada), la cual se basa en la denominada ‘Norma de Atención por Riesgo’ (2020); a través de la aplicación de dicha normativa se busca lograr la atención de pacientes con condiciones de multimorbilidad, cronicidad y consulta médica espontánea, por medio de la identificación, clasificación, estratificación, manejo, y seguimiento con un enfoque de riesgo clínico. Según la Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta 2020 del ISSS, el riesgo es una medida consensuada por expertos clínicos institucionales para determinar la severidad de una condición clínica en una persona, para organizar la atención médica de una manera equitativa y oportuna. La clasificación para el tipo de riesgo se realiza en base a colores: el color rojo representa

el riesgo grave; el color amarillo representa el riesgo moderado y el color verde representa el riesgo leve.

Inicialmente, la implementación de la ‘Norma de Atención por Riesgo’ requiere realizar un diagnóstico analítico de los datos de la consulta externa para definir las necesidades clínico-administrativa del establecimiento con el objetivo de poner en marcha esta estrategia y brindar una atención oportuna, de calidad e integral. Adicionalmente, la implementación requiere de profesionales integrales que den respuesta a las situaciones complejas, que surgen de un modelo de salud al que cada vez se le exige más brindar respuesta al aumento de la demanda sanitaria (Ramos et al., 2018). Contar con estos profesionales es uno de los principales retos que enfrentan los gestores de los procesos de los establecimientos que brindan dicha atención, debido a que se necesita de formación complementaria que desarrolle puntualmente competencias para implementar la ‘Norma de Atención por Riesgo’ de manera eficaz.

Para que un servicio de salud sea considerado de calidad, el nivel de competencia y desenvolvimiento de sus trabajadores en el cumplimiento de sus funciones laborales y sociales es crucial. Una práctica laboral efectiva puede fundamentarse en un enfoque de competencia (Pareas et al., 2012). Los clínicos que buscan brindar una mejor atención de sus pacientes deben dominar las competencias que les permitan analizar la evidencia en la toma de decisiones: aquellas relacionadas al razonamiento clínico, al actuar ético, y a las habilidades administrativas y de gestión; por lo tanto el reconocimiento de una formación actualizada que englobe y que considere las nuevas necesidades del siglo XXI, proporciona al personal médico la oportunidad de dominar los saberes para adaptarse a nuevos escenarios que requiere la salud de la población en la actualidad (Gal et al., 2021).

Con la finalidad de identificar las competencias que deben desarrollar los gestores para dar respuesta a las exigencias del modelo actual de ISSS que procura brindar una atención sanitaria integral y basada en el enfoque clínico por riesgo, se realizó una investigación cualitativa descriptiva en la Unidad Médica de Usulután en el mes de enero de 2024, que tuvo como objetivo caracterizar las necesidades de formación en las competencias que permitan al personal responsable de la atención en la consulta externa, brindar una atención basada en el riesgo clínico.

Dentro de los resultados, el 60% de los encuestados considera que dar una atención con el enfoque riesgo es únicamente la clasificación por categoría de riesgo identificándolas por colores según el motivo de consulta, sin considerar las otras características de esta estrategia. Las percepciones brindadas demuestran un dominio parcial de las pautas importantes de la normativa, afectando la implementación de esta estrategia de organización de la demanda de la consulta espontánea de un establecimiento. En tal sentido, estos vacíos ameritan ser atendidos mediante una capacitación que incluya los aspectos relacionados a la administración y gestión en salud necesarios para comprender y desarrollar lo que implica poner en marcha una estrategia clínico-administrativa.

La narrativa de los gestores expresada en sus respuestas demuestra que aún falta el dominio de la normativa. Puntualmente, los datos permiten identificar las siguientes necesidades de formación: (1) competencias para categorizar patologías con prioridad amarilla y roja, (2) competencias para reestructurar la agenda médica que implemente categorizaciones por colores a procesos para atención y (3) competencias para el fortalecimiento de trabajo inter especializado de equipo. Además, el apoyo de personal capacitado y el seguimiento de los procesos para dar un estricto cumplimiento y el aumento de la disponibilidad de una atención adecuada con una

retroalimentación en las patologías para clasificar los riesgos de las especialidades médicas son aspectos que contribuirían a la mejor implementación del enfoque basado en riesgos.

Antecedentes institucionales

Actualmente, el Plan Anual de Capacitación 2023 (PAC) del ISSS, muestra que 32.9 %, es decir 698 recursos en salud, serán formados en las diferentes necesidades detectadas en todas las áreas de salud institucionales. Esto en comparación a las 2,116 capacitaciones solicitadas en el Diagnóstico de las Necesidades de Capacitación (DNC), el cual utiliza un listado que recopila nombres de cursos y diplomados relacionados a cada área y lugar de la Institución. Sin embargo, el instrumento utilizado para el proceso de detección de necesidades de capacitación para el DNC no refleja las necesidades de formación de competencias profesionales específicas para brindar un servicio de calidad basado en el modelo de atención en salud y un enfoque de prevención de riesgos. Así mismo a la fecha no se ha documentado un seguimiento de la implementación de la norma, por tal razón, no se tiene un diagnóstico del avance o el impacto que ha generado a nivel de salud pública.

Propuesta de solución

Los gestores encargados de llevar a cabo el desarrollo y la implementación de una estrategia clínica-administrativa en los establecimiento del ISSS para mejorar la calidad de atención clínica con enfoque de riesgo, deben poseer competencias sobre administración y gerencia de servicios de salud para que analicen el funcionamiento de los macro sistemas (sistemas de salud) y microsistemas (servicios clínicos), contribuyendo a generar estrategias orientadas a obtener servicios eficaces, eficientes y de calidad. Al promover una cultura de gestión se requiere aprovechar en forma óptima los recursos, obteniendo así mejores resultados en la atención médica en las redes de atención del ISSS.

Por tanto, se propone el diseño de un *Diplomado en Administración y Gestión en Salud durante la atención clínica por riesgo del ISSS*, el cual surge de la necesidad de que los gestores responsables de los servicios de salud en los establecimientos realicen eficientemente las funciones administrativas y gerenciales necesarias para la implementación de una atención basada en riesgo clínico. El Diplomado estará dirigido a los equipos gerenciales de los establecimientos de salud en el ISSS, los cuales no están solamente constituidos por el médico director, sino que también están conformados por personal multidisciplinario que pueden o no tener a cargo funciones asistenciales y cuya principal función es gestionar los procesos para la atención clínica de los derechohabientes (médicos de consulta externa, enfermeras/os, administradores, jefe de archivos, jefe de consulta externa, jefe de farmacia). La labor de estos profesionales contribuye a la construcción de un modelo de gestión sanitaria basada en enfoque de riesgo clínico, que permita definir, realizar, monitorear aquellos procesos clínico-administrativos que requieren los establecimientos.

Realizar un entrenamiento teórico práctico en gestión de servicios de salud, como proceso dinámico, integral, sistemático y participativo, orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud funcionen de manera efectiva requiere de coordinación y organización entre los diferentes actores del sistema de salud para dar respuesta a los problemas priorizados. De igual manera, se convierte en una herramienta para realizar un diagnóstico de las necesidades de capacitación, actualización y formación de cada una de las redes de atención, lo que solamente se podrá detectar, si los gestores de los centros analizan a fondo las raíces de los problemas e incorporan la gestión clínico-administrativa como una de las respuestas dentro de una estrategia integral. Por tanto, las competencias a desarrollar dentro del diplomado son variadas y enfocadas en el modelo de salud del Instituto, ello no se logra con una simple capacitación.

Estructura del Documento

El informe del proyecto de aplicación está estructurado en cuatro capítulos. En el capítulo I, se presenta la formulación general del proyecto el cual incluye: el valor pedagógico e innovación que presenta el proyecto, la relevancia social, los objetivos y la descripción del producto de innovación. En el capítulo II muestra la fundamentación teórica que busca describir esta problemática, a saber, la necesidad de fortalecimiento de las competencias profesionales específicas en el área de salud. El cd en el ISSS para asegurar un servicio de calidad basado en el modelo de atención en salud con un enfoque de riesgo clínico. En el capítulo III se muestra la metodología la cual describe las acciones más importantes realizadas que validan y sustentan la propuesta final del proyecto *Diplomado en Administración y Gestión en Salud durante la atención clínica por riesgo del ISSS* se muestra la propuesta de solución.

El capítulo IV contiene el diseño por competencias de la propuesta de solución, la cual incluye el perfil de egreso, la competencia, los indicadores de logro, el diseño de las fichas por módulo, elaborando la secuencia didáctica de un módulo, así como el diseño de un instrumento de evaluación y la descripción del nivel de logro.

Capítulo 1. Formulación del Proyecto

1.1 Valor Pedagógico e Innovador del Proyecto

Por un lado, la presente propuesta posee valor pedagógico debido a que actualmente las redes de atención del ISSS no cuentan con un proceso de formación continua en el enfoque de atención por riesgo, a pesar, que este enfoque, está alineado al modelo de salud de la institución; por tal motivo, el diplomado permitirá que los gestores de la atención primaria del ISSS fortalezcan las competencias clínico-administrativas para mejorar la aplicación de la estrategia en sus establecimientos y profundicen sus conocimientos acerca del enfoque de atención por riesgo. Los gestores al desarrollar competencias clínico-administrativas lograrían ejercer la función administrativa requerida para implantar la estrategia contribuyendo a la capacidad de resolución de la demanda compleja de la atención sanitaria.

Por otro lado, la propuesta es innovadora en sí misma porque se diseña bajo el enfoque por competencias definiendo herramientas para que los gestores trasciendan del método tradicional de aprendizaje. Es importante resaltar que, el personal de salud encargado de administrar y gestionar los procesos necesarios para una atención con enfoque de riesgo no adquiere competencias en las áreas de administración y gestión en salud en su formación de pregrado, pues las competencias que son mayormente desarrollada en ese nivel educativo son orientadas hacia el ejercicio de la función asistencial, provocando que el desarrollo de su la función administrativa sea de forma empírica.

Por medio del diplomado, se busca que los gestores propicien el criterio de oportunidad de la atención médica general o altamente especializada en una atención médica organizada, logrando que a partir de un análisis de la situación de salud de sus establecimientos puedan diseñar un modelo de gestión que reorganice la atención clínica con carácter administrativo-gerencial de la

consulta externa (general, especializada y sub-especializada). Cabe resaltar que, no existe un precedente de un abordaje similar en capacitaciones previas.

La función administrativa que compete a la atención con enfoque de riesgo pretende: que el médico director utilice y organice la estrategia según necesidad, que se determine los horarios de funcionamiento de la estrategia, que el otorgamiento de las citas sea a través de la gestión clínica, y que la interconsulta sea utilizada como método clínico para orientación diagnóstica y el establecimiento del riesgo. Esta función administrativa de la atención por enfoque de riesgo parte de los principios de la administración en salud la cual se define como la ciencia social y técnica que se encarga de la planificación, organización, dirección y control de las empresas públicas y privadas del sistema de salud (Ugalde et al., 2018). Su objetivo principal es optimizar los recursos financieros, tecnológicos y humanos para brindar una atención médica de calidad a la población. Esta disciplina abarca una amplia gama de actividades, desde la gestión de hospitales y clínicas hasta la administración de programas de salud pública; por lo tanto, este diplomado busca la formación en los gestores de la función administrativa del enfoque de riesgo desde los principios de la administración de salud, pues entre sus funciones principales se encuentra planificar los servicios sanitarios definiendo las necesidades de la población, estableciendo objetivos y metas, y desarrollando estrategias para alcanzarlas.

Además, la gestión sanitaria también organiza los recursos humanos y materiales al distribuir el trabajo, asignar responsabilidades y gestionar los recursos de forma eficiente. Dirige las actividades del personal, liderando equipos de trabajo, motivando al personal y tomando decisiones estratégicas. Controla el desempeño de la organización, evalúa los resultados, identifica áreas de mejora e implementa medidas correctivas.

Adicionalmente, este diplomado posee relevancia pedagógica porque se desarrollará utilizando la metodología del aprendizaje basado en proyectos (ABP), buscando que cada equipo gestor construya un proyecto de re organización de la atención clínica utilizando el análisis propio de los indicadores de salud que poseen en los establecimientos: así cada equipo gestor diseña su modelo de acuerdo a lo establecido en la ‘Norma de Atención por Riesgo’ del ISSS y los principios fundamentales de la administración y gestión en salud, trabajando colaborativamente, realizando tanto una coevaluación de cada integrante como una auto-evaluación del dominio de la normativa y los saberes de la administración y gestión en salud. Al finalizar cada equipo deberá presentar un portafolio que contenga el diseño de su proyecto.

1.2 Relevancia Social

La formación continua tiene un impacto en el desarrollo del personal de salud, ya que propone adquirir las competencias para que el personal brinde un buen servicio mientras se desarrolla profesionalmente. Esto es coherente al efecto positivo que se espera generar en la UM de Usulután.

La correcta aplicación de la norma beneficiará a la población derechohabiente principalmente y por ende impactará a la sociedad en general, al mantener un sistema de salud donde priorice atención de calidad.

1.3 Objetivos del Proyecto

1.3.1 Objetivo General

Diseñar un *Diplomado en Administración y Gestión en Salud durante la atención clínica por riesgo del ISSS*, dirigido a los equipos de gestión sanitaria de las redes de atención del ISSS, para desarrollar competencias clínico-administrativas que mejoren la atención con enfoque de riesgo.

1. Realizar un levantamiento de demandas y necesidades de formación que detecten las problemáticas existentes en la atención clínica por riesgo de acuerdo con el modelo de atención de la institución.
2. Definir un perfil de egreso que describa claramente las competencias y los indicadores de logro que desarrollarán los gestores de los establecimientos de salud a lo largo del plan de implantación del enfoque de atención por riesgo clínico.
3. Diseñar módulos y programas que brinden los recursos y faciliten el aprendizaje para la correcta implementación del enfoque de atención clínica por riesgos de acuerdo con el modelo de atención del ISSS.

1.4 Descripción del Producto

El diplomado en administración y gestión en salud basado en la ‘Norma de Atención por Riesgo en la consulta externa’ del ISSS consiste en un proceso de formación bajo el enfoque por competencias que permita a los gestores de los establecimientos liderar la implantación de la estrategia, a través de la mejora de los procesos clínico-administrativos.

El diplomado es un proyecto novedoso de capacitación profesional en el área de la administración y gestión en salud, pues el ISSS capacita a sus jefaturas en administración gerencial, enfocándose en el coaching para el desempeño, comunicación efectiva, gestión del liderazgo, creatividad e innovación desde una perspectiva empresarial basada en las regulaciones propias de la institución, pero sin un enfoque de la atención clínica, siendo un pilar importante para el mantenimiento y control de la salud. De esta manera se vuelve un proyecto enriquecedor y fundamentado en la normativa de atención clínica con enfoque de riesgo, componente importante en el desarrollo de modelo de salud de la institución.

El diplomado se desarrollará de forma presencial, con apoyo del Aula Virtual del ISSS para las actividades asincrónicas y de reforzamiento. Está dirigido a los equipos de gestión de las redes de atención del ISSS, las cuales serán seleccionadas durante el diagnóstico realizado por el Departamento de Gestión del Conocimiento.

La metodología tendrá como punto de inicio el diagnóstico analítico de datos de la consulta externa del centro de atención, finalizando con el diseño de proyectos de intervención u estrategias basados en la gestión clínica, con enfoque de calidad, que contribuyan a la mejora de los procesos clínico-administrativo y el desarrollo de competencias en talento humano del ISSS.

La metodología didáctica deberá ser flexible y abierta al análisis, sustentada en la evidencia y las buenas prácticas internacionales, capaz de dar respuesta a la diversidad del aula y los distintos problemas de los centros de atención, con margen suficiente para adaptar las clases y en la adquisición de competencias que se apliquen en el día a día de los centros de atención. Tendrá una duración de sesenta horas con nueve módulos de diez horas cada uno, en los que se desarrollarán experiencias de aprendizaje que contribuyan al logro del perfil de egreso.

Capítulo 2. Fundamentación Teórica

La presente fundamentación teórica busca describir esta problemática, a saber, la necesidad de fortalecimiento de las competencias profesionales específicas en el área de salud en el ISSS para asegurar un servicio de calidad basado en el modelo de atención en salud con un enfoque de riesgos, mediante una consideración desde la formación continua con una perspectiva de “Aprendizaje a lo largo de la vida”, (UNESCO) y analizada desde la teoría de aprendizaje de habilidades del siglo XXI con la metodología STEM.

2.1 Enfoque por Competencias

Una práctica laboral efectiva puede fundamentarse en un enfoque de competencia (Salas Perea.2012). La definición de competencias laborales responde al criterio de contribuir al mejoramiento de la calidad del desempeño profesional y caracteriza la actividad que debe rendir el trabajador para realizar su labor de forma satisfactoria (Véliz Martínez et al., 2018). Así, para que un servicio de salud sea considerado de calidad, parte en primer orden, del nivel de competencia de sus trabajadores para el cumplimiento de sus funciones laborales y sociales.

La formación por competencias se erige como modelo que mejor contribuirá con el proceso de aprendizaje. El desarrollo de competencias parte de procesos de formación que se vincula con el desarrollo de las capacidades de la persona tanto inicial como continua que consideren a la persona como un ser integral. Busca desarrollo armónico y coherente en todas y cada una de las dimensiones del ser humano es ahí donde se vinculan y adopta el enfoque por competencia.

Para el desarrollo de este diplomado se considera tres principios fundamentales de la educación basada en competencias. Primero, la integralidad de saberes; es decir, que el desempeño del profesional sea el idóneo en diferentes contextos, capaz de integrar todos los saberes que adquiere para resolver problemas complejos (Flores, 2011). Segundo, que sean capaces de hacer

cosas nuevas, creativos, inventivos, descubridores (Flores,2011). Tercero, entender a los profesionales como seres sociales producto de interacciones socioculturales (Flores, 2011). El pensamiento complejo, que acompaña la relación de estos principios, busca que el sujeto actúe con idoneidad y ética, busca el ser competente; es decir, tener actuaciones pertinentes en la vida misma, en otras palabras: Saber hacer, saber aprender su desarrollo profesional, como también aprender a vivir y aprender a ser (Flores, 2011)

Este pensamiento complejo, que conlleva a la noción de competencia, involucra a la formación en general, sea académica o de tipo continua para las diferentes disciplinas; sin embargo, esta base teórica sirve para contextualizar el modelo educativo en medicina, con el fin de adaptarlo a un modelo de formación continua en todas las áreas concernientes a la salud.

Estudios previos han abordado, por un lado, la formación de personal médico en competencias que se requieren en su labor profesional. Por ejemplo, Rojas (2022) reporta el objetivo de diseñar una estrategia de formación continua y superación profesional.

Adicionalmente, Ríos y Mosca (2021) indican que la educación continua son aquellas actividades de educación planificadas, para construir la base de conocimientos y experiencias con el fin de reforzar la práctica, educación, administración, investigación y desarrollo teórico, con una mirada al mejoramiento en la calidad de atención para el usuario de la salud. Las instituciones de salud deben emprender acciones educativas con el fin de estimular el crecimiento de su personal sanitario para que pueda atender las exigencias del ser humano.

Por ende, surge la necesidad de establecer un plan de formación continua, que le brinde al personal médico las competencias, habilidades, valores y actitudes, para responder a situaciones complejas. El reconocimiento de una formación actualizada que englobe y que considere las nuevas necesidades del siglo XXI, para que el personal médico tenga la oportunidad de adaptarse

a nuevos escenarios que se viven en la actualidad y que tendrán que vivir en el futuro, parte de la reflexión que se realiza en posterior a la crisis que se vivió por la enfermedad de coronavirus (COVID-19) (Gal et al., 2021).

2.2 Los Sistemas de Salud

Genéricamente, los modelos de salud o sistema de salud se interpretan igual que los modelos de atención, lo que trasciende a un sistema de salud es, cuando éste, es más estructurado y se incluyen las creencias políticas, las ideologías y las prácticas sanitarias; fluctúan desde aquellos que luchan por la enfermedad, los basados en el derecho a la salud, los que organizan sus servicios públicos con una configuración vertical, o de configuración horizontal, así mismo los segmentados colectivos y los fragmentados. Con base en dichas características, Franco-Giraldo (2020) identifica cuatro tipos de sistema de salud originales de acuerdo con las configuraciones históricas regionales o también conocidos como modelos canónicos, creando la siguiente taxonomía;

1. Europa occidental con sus modelos basados en un esquema de seguridad Bismarckiano y el modelo basado en los sistemas nacionales ingleses o Beveridge;
2. Estados Unidos: con el modelo privado, mercado regulado utilizando la competencia y las leyes del mercado;
3. Europa Oriental, con su sistema Semashko estatista de la URSS;
4. Tercer mundo, con su sistema híbrido
5. Los modelos públicos integrado de los países nórdicos
6. Los modelos intermedios con financiación pública y producción privada en los países de Canadá, Brasil e Inglaterra post-reforma.

Lo anteriormente descrito nos hace suponer la diversidad conceptual, a partir de ideologías y diferentes relaciones que los individuos establecen con la realidad: diferencias en la praxis y en los marcos epistémicos, los cual es importante considerar al momento de sustentar la organización de la atención médica, ya que dependerá de cuál sea la configuración histórica a la que responde la forma en que se organizará dicha atención.

A su vez, este reconocimiento de diversidad conceptual explica la similitud de algunos términos que se usan indistintamente entre sistemas de salud, modelos de salud y modelos de atención. Esto debe de tener una consideración importante, pues para referirse a cualquier sistema de salud, sin importar las características o la relación que esto tiene en las diferentes estrategias de atención en salud, se debe enfatizar que la importancia de la construcción de un modelo de salud estriba en su capacidad para disminuir la incertidumbre. En ese sentido, el modelo de salud es una necesidad creada desde distintas vertientes del conocimiento y de la práctica política, aplicables al sector salud con el fin de estructurar unas normas y la manera de hacerla en términos de instituciones, incentivos, etc., precisar las relaciones y establecer las reglas de juego, con lo cual se favorece el desarrollo de la respuesta social en salud, evitando la incertidumbre; y articula las elecciones individuales y colectivas en organizaciones complejas, como son la sanitarias (Franco Giraldo, 2020).

2.1 Sustentación del enfoque de riesgo en los sistemas de salud

Un sistema de salud “consiste en todas las organizaciones, personas y acciones cuya intención principal es promover, restaurar o mantener la salud” (OMS, 2007). En consecuencia, un sistema de salud no solo incluiría la prestación de servicios de salud, sino también las funciones de financiamiento, generación de recursos y administración, incluidas aquellas actividades que

afectan el impacto en la salud de intervenciones relevantes en otros sectores, incluso si su objetivo principal no es mejorar la salud.

Un aspecto que se enfatiza, y que pocas veces se incluye en la descripción de los sistemas de salud, se refiere a la provisión de servicios de salud colectivos o de salud pública, que son aquellas actividades destinadas a crear condiciones para que las personas puedan mantenerse saludables, mejorar su salud y bienestar, o prevenir el deterioro de su salud (González C, Castillo-Laborde C, Matute I, 2019).

La producción de salud es un proceso complejo que depende de factores genéticos, ambientales y sociales, así como de los recursos y condiciones de vida de cada individuo. A través de la influencia que el sistema de salud tiene principalmente en el acceso, costo y calidad de la atención médica, el sistema de salud jugará un papel importante en la probabilidad y consecuencias de la mala salud (De La Guardia Gutiérrez et al., 2020).

Los países de América Latina tienen sistemas de salud segmentados, en los cuales las condiciones para acceder a atención médica de ciertos niveles de calidad dependen en gran medida del estado en el mercado laboral de la persona (formal o informal) y, en general, de sus ingresos o riqueza. A partir de los modelos canónicos de los sistemas de salud descritos en la taxonomía anterior, se da una separación fundamental entre la financiación y la prestación de los servicios de la atención médica, la cual en ciertas ocasiones proviene de contribuciones obligatorias a la nómina o impuestos administrados por entidades, como fondos o agencias gubernamentales que asignan la provisión de servicios con el objetivo de mejorar la eficiencia y minimizar desigualdades lo que produce diferentes enfoques para organizar la prestación de servicios (Bancalari et al., 2023).

La arquitectura específica de la cobertura de salud varía ampliamente entre los países, como ya se mencionaba anteriormente, la taxonomía de cuatro categorías basadas en las

características principales considera qué tan cerca están los sistemas de salud de los modelos canónicos de atención médica: Beveridge, Bismarck y modelos de Atención Gestionada. Pocos países en la región siguen modelos Beveridge, es decir, atención médica universal financiada por un solo asegurador público, y en cambio, la mayoría de ellos integran elementos de los tres modelos canónicos.

Dada la alta tasa de informalidad laboral en la región, en todos los países coexisten dos sistemas de salud: contributivo y no contributivo. La forma en que los países tratan a la población no contributiva es clave en la definición de la taxonomía. Este contexto es de importancia para analizar cómo las diferencias en el uso de la atención médica y los desenlaces en salud dentro de los países están relacionadas con si los individuos se benefician de los subsistemas contributivo o no contributivo (Franco-Giraldo, 2020).

La taxonomía descrita sufre una importante transformación a partir de la promulgación de la política internacional en 1978 en Alma Ata llamada Atención primaria en Salud (APS) y la renovación del modelo APS a partir de la carta de OTAWA en 1986, transformando los sistemas integrales de salud; sin embargo, solo los modelos sociales y nacionales de carácter público han logrado hacer efectiva la APS y realizar transformaciones sustantivas en la salud pública.

A partir de la renovación de la APS, se definen un conjunto de valores que guía la política, sus principios y sus atributos estructurales del sistema de servicios de salud los cuales, tienen una sustentación teórica con la atención con enfoque de riesgo clínico, los atributos son: acceso de primer contacto, integralidad, longitudinalidad, coordinación, orientación familiar, competencia y cultura. Todo ello da pie a un modelo de atención centrado en la atención primaria en salud, creando la red integral de servicios de salud y la orientación a la atención familiar.

La APS surge como un enfoque renovador en los modelos de salud con el propósito de reorientar los servicios de salud hacia la confirmación de un conjunto de elementos estructurales y funciones esenciales que garanticen a cobertura universal de los servicios y promueva la equidad. Este es un hito importante, pues el enfoque de atención por riesgo busca cumplir con este objetivo de la APS renovada.

En El Salvador, definir el modelo de atención contribuye a fortalecer la rectoría del Sistema de Salud. Pues posicionar la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral (APSI), como eje articulador del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud). Frente a un sistema de salud fragmentado y segmentado, logra la reingeniería institucional pública, privada, la articulación y fortalecimiento de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS). Cuya organización y gestión debe ser de base territorial, en función de alcanzar la integralidad, calidad y equidad. Con el fin de obtener resultados de impacto social y garantizar el derecho a la salud de la población. A través de la generación de condiciones para la construcción y cuidado de esta.

El Modelo de Atención Integral de Salud es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos y recursos que definen cómo se organiza y funciona el SNIS, la forma cómo otros sectores se complementan con el sector salud y la manera en que los recursos del Estado son orientados para proteger a las personas del riesgo de enfermarse y responder a sus necesidades de salud, en el curso de vida y los diferentes entornos. Los componentes del Modelo de Atención Integral de Salud son:

- a) Componente de organización
- b) Componente de provisión
- c) Componente de gestión y
- d) Componente de financiamiento

La coherencia entre estos componentes, una actuación coordinada y sinérgica de los integrantes y colaboradores del SNIS, así como la articulación de las redes en torno a las necesidades de salud de las personas, sus familias y la comunidad, permiten el logro de los objetivos del Modelo de Atención Integral de Salud centrado en la persona, la familia y la comunidad.

El componente de Gestión está relacionado con la gestión de las RIIS (Redes Integrales e Integradas de Salud) y comprende la administración de los recursos de la RIIS y los procesos gerenciales que brindan un soporte a la provisión y organización de los servicios de salud, para el logro de resultados en salud priorizados a nivel nacional. En concordancia con los cambios estructurales ordenados por la Ley del SNIS, el modelo se orienta hacia una gestión integrada, desconcentrada, de base territorial y participativa; con acciones intersectoriales estructuradas para el abordaje de la Determinación Social de la Salud. Los elementos esenciales de este componente son: la planificación estratégica y la programación en las RIIS; la gestión y desarrollo del talento humano en salud de acuerdo con los requerimientos que plantea el modelo de atención y la actualización de la normativa nacional; gestión de la infraestructura, equipamiento y medicamentos de acuerdo a estándares definidos por el ente rector en conjunto con los integrantes del Sistema; transformación digital que permita la toma de decisiones de manera oportuna, basada en evidencias y comunicaciones en plataformas interoperables; investigación e innovación en salud, el Sistema de Gestión de la Calidad y procesos de garantía de la calidad; supervisión, monitoreo y evaluación; organización y responsabilidades de los equipos de gestión (MINSAL, 2022).

Lo anterior describe algunas de las competencias clínico-administrativas que deberían desarrollar los gestores a cargo de la atención con enfoque de riesgo y la forma de trabajar articuladamente con el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

2.3 El Enfoque de Riesgo

Una vez descritas la característica de un sistema de salud, es necesario referirse al modelo de salud pública o modelo de atención, el cual está relacionado al resultado colectivo de intervenciones sanitarias con tres modelos de atención en función de la reforma de la APS en América Latina: dual, universal y plural. Cada uno de estos describe cambios fundamentales en lo referente a su constitución política, así como en sus modalidades organizativas y financieras y se orienta hacia configuraciones más pluralistas y competitivas.

Para funcionar, estos modelos de atención consideran diferentes enfoques de acuerdo con los problemas o necesidades de la población. El enfoque es una asociación y manera de considerar los problemas con un repertorio y vocabulario interpretativo propio. Los enfoques tienen como objeto el desarrollo del trabajo alrededor de la clínica, o el proceso de atención médica (modelo de gestión clínica) o al proceso de organización clínica de la prestación de servicios de salud (Franco-Giraldo, 2020).

2.3.1 El Enfoque de riesgo en el ISSS

La atención por riesgo en el Instituto será implementada a través de la estrategia de atención inicial por riesgo y consulta de atención inmediata. La estrategia de atención inicial por riesgo (E-AIR) y la consulta de atención inmediata(CAI) son estrategias orientadas a la reorganización clínica de carácter administrativo gerencial de la consulta externa(general, especializada y sub especializada) para la atención de pacientes a través de la identificación, clasificación y

seguimiento con enfoque clínico de riesgo, de acuerdo a los criterios y requerimientos consensuados por las especialidades y sub-especialidades médicas contenidas en las normas.

La E-AIR y la CAI tienen como propósito realizar las siguientes acciones:

- a. El establecimiento de un diagnóstico etiológico oportuno
- b. Una clasificación de riesgos que permita una atención oportuna y de calidad del paciente
- c. La estratificación de patologías por riesgo, en aras de una atención con equidad
- d. La caracterización del paciente para establecer la ‘ruta del paciente’ en la búsqueda de una atención inicial oportuna y efectiva en medicina general, especializada y sub especializada
- e. Ajuste inicio o cambio de tratamientos previos

La Estratificación de Riesgo se considera como una medida consensuada por expertos clínicos para determinar la severidad de una condición clínica en una persona, para organizar la atención médica de una manera equitativa y oportuna (ISSS, 2020). El enfoque clínico por riesgo pretende reorganizar la atención clínica con carácter administrativo gerencial que permita que la consulta externa general, especializada y subespecialidad sea con equidad, integral e integrada de acuerdo con el ciclo de vida y a las diferentes dimensiones del ser humano (ISSS, 2020).

2.3.1 Circunstancias que justifican una atención sanitaria con enfoque de riesgo

La implementación de la atención sanitaria con enfoque de riesgo se justifica sobre la base de necesidades complejas de salud, entre ellas, el incremento en la esperanza de vida de la población mundial, la cronicidad, la multimorbilidad, la fragilidad en el adulto mayor y las enfermedades cardiovasculares. Consecuentemente, los costos de los sistemas sanitarios son cada vez más elevados debido a la demanda de tratamientos más efectivos que también incorporen los constantes avances tecnológicos en el área de la medicina. Además, el desarrollo del estado de derecho ha formado una población que requiere mayores y mejores servicios de salud. Esta

combinación de factores trae consigo el desafío de obtener los mejores resultados posibles con los recursos invertidos; esto conlleva a establecer una estrategia sanitaria eficiente para la alta demanda de usuarios que consultan en los establecimientos de salud (Melgen-Bello et al., 2017)

La atención sanitaria con enfoque de riesgo, como una modalidad de atención, es una respuesta institucional organizada para atender las necesidades de la población y la accesibilidad a los servicios. El modelo de atención institucional plantea una jerarquización de categorías: las superiores que están relacionadas a la financiación, la administración, la propiedad de la infraestructura y las inferiores relacionadas a las atenciones propiamente dichas, la gestión integral del riesgo, la gestión clínica y los modelos comunitarios (Franco-Giraldo, 2020).

Una vez que se ha relacionado el modelo de atención, con el modelo de salud y el sistema de salud y retomando los campos de acción descritos en la carta de OTAWA en 1986 que fundamenta la APS renovada en la que se describieron cinco campos de acción: elaborar políticas públicas saludables, crear ambientes favorables para la salud, reforzar la acción social en salud y reorientar los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud, se puede relacionar la atención con enfoque clínico por riesgo con uno de los campos de acción de la APS renovada, es decir reorientar los servicios sanitarios, pues dicho enfoque pretende la reorganización de la atención en la consulta externa de los establecimientos del ISSS, buscando la equidad y la atención integral, características que favorecen la promoción de la salud.

En este contexto, una de las jerarquizaciones inferiores de la modalidad de atención, la gestión integral de riesgos se relaciona con uno de los campos de acción de la APS que es reorientar los servicios sanitarios de la promoción de salud. A partir de esta relación, surge la estrategia de gestión integral del riesgo en salud (GIRS) estrategia para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos

para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

Es importante para la GIRS dejar claro qué se entenderá por riesgo en salud, el cual se define como la *probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable, y negativo para la salud del individuo, que puede ser empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse*. En la Tabla 1 se presentan los niveles de riesgo concebidos en la GIRS.

Tabla 1

Niveles de riesgo de la GIRS

Nivel	Definición
Riesgo primario	Variación en la probabilidad de la ocurrencia de una condición individual de salud en un período de tiempo y en algunas ocasiones en su severidad cuando esta no es evitable, se refiere a un nuevo evento o incidencia siendo de tipo individual;
Riesgo técnico	Variación en el costo de la atención, explicado por factores relacionados mayormente con decisiones y conductas asumidas por el prestador en el tratamiento de una condición médica, no soportada por la evidencia científica. El riesgo técnico a su vez depende del número de contactos que un afiliado realiza con los prestadores de servicios de salud, de las tecnologías en salud utilizadas en cada contacto, del costo de estas y de los recursos que el prestador utiliza para su prestación.

Para poder tener una gestión integral, todos los actores que están involucrados en las condiciones de salud de una población deben interactuar. Estos significan que, desde el individuo hasta el Ministerio de Salud, son responsables de mantener la población sana. Dichas responsabilidades se delegan según el rol que representen en la cadena del sistema de salud.

La GIRS es un instrumento de planeación de la política pública para lograr el acceso oportuno, efectivo, equitativo, eficiente y de manera sostenible. La gestión del riesgo se realiza de diferentes aspectos, dado que es una estrategia integral, pero en este diplomado se hará énfasis en la gestión clínica pues la que se relaciona a la atención con enfoque clínico por riesgo.

La gestión clínica tiene como objetivo garantizar la atención integral, coordinada y centrada en el paciente, realizando las intervenciones más efectivas, seguras y eficientes, acordes con la información científica disponible y que hayan demostrado capacidad para cambiar de modo favorable el curso clínico de la enfermedad y la calidad de vida (Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, 2023).

2.4 La Administración en Salud Aplicando la GIRS

Hoy en día es crucial que los directivos de las instituciones prestadoras de servicios de salud tomen decisiones acertadas para mejorar la calidad de los servicios de salud de la población a la que atienden. Para ello, deben identificar barreras y facilitadores para la prestación de servicios, así como recolectar constantemente y valorar las opiniones de los usuarios. Sin embargo, la falta de planificación y evaluación en los centros de salud persiste como una deficiencia constante. Según información del Ministerio de Salud del Perú, solo el 14 % de los establecimientos del primer nivel cuentan con capacidades para la gestión, incluyendo el planeamiento y la conducción. En otras áreas, solo el 32 % de los establecimientos tienen una adecuada infraestructura, apenas el 25 % posee equipamiento suficiente y solo el 29 % tiene

recursos humanos capacitados. Todos estos elementos generan un contexto amplio en el cual la gestión del establecimiento se convierte en una difícil tarea (Espinoza-Portilla et al., 2021).

En cuanto a las competencias individuales de los directivos de los establecimientos de salud, un estudio brasileño propuso las características ideales que deberían tener para una exitosa gestión. Entre ellas se encuentran la capacidad para promover el trabajo en equipo, promover la comunicación y negociación con los trabajadores y los usuarios, y la identificación y solución de problemas. Estas competencias son muy importantes, ya que los usuarios de servicios de salud tienen cada vez más protagonismo, gracias al acceso a la información debido al creciente acceso a las tecnologías de la información y la comunicación. Por otro lado, la identificación de los problemas es crucial para poder conocer los principales “cuellos de botella” y proponer acciones para dar solución a la problemática que atañe al establecimiento de salud (Espinoza-Portilla et al., 2021).

En la actualidad, la administración en los sistemas de salud requiere un conjunto de conocimientos, habilidades y técnicas con base en un equilibrio armónico que proporcione la preparación suficiente al directivo y le permita llevar a cabo una secuencia de acciones para alcanzar objetivos determinados en la solución de problemas prioritarios. Un administrador en salud debe tener una visión holística e integral del sistema; por ello, su quehacer rebasa la administración de una clínica, hospital, unidad médica o centro de salud; debe ser capaz del diseño (planeación), desarrollo (operación), sistematización (orden y registro), evaluación y retroalimentación (análisis y reorientación de acciones y metas) de los planes y programas de trabajo de los mismos (Ugalde et al., 2018).

Como parte de las normativas de GIRS se considera a las áreas de gestión del riesgo como componentes del sistema social constituido por un proceso eficiente de planificación,

organización, dirección, control dirigido al análisis, la reducción de riesgos, el manejo de eventos adversos y la recuperación ante los ya ocurridos, por lo tanto, las competencias en administración se hacen necesaria para la gestión de dichas áreas.

2.4.1 Ciclo de Deming como Herramienta para Gestionar el Riesgo en Salud

El ciclo de Deming es una herramienta de mejoramiento continuo que se usa en salud. El ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) es una estrategia interactiva de resolución de problemas para mejorar procesos e implementar cambios favorables que lleven a la satisfacción del cliente. El ciclo PHVA es un método de mejoras continua que no se ejecuta una sola vez, sino un espiral continuo que busca mejorar los procesos e iteraciones. Al seguir el ciclo PHVA, los equipos desarrollan hipótesis, ponen a prueba las ideas y las mejoran. Sin embargo, se observa que para las instituciones de salud existen planes de auditoria ajustados a una normativa vigente, los cuales se enfocan en darle cumplimiento a un requerimiento, ya sea de documentación, bases de datos, reportes, informes, con la finalidad de responder a este, y no generar un hallazgo negativo. Esta situación abre una brecha la cual no permite medir de manera eficaz la continuidad y aplicabilidad del ciclo PHVA. (Madera & Llorente,2023).

Se ha evidenciado que cuando se evalúan estándares de calidad siguiendo los pasos del ciclo de mejoramiento continuo se logra una mayor inspección de los hallazgos encontrados en las áreas clínicas, permitiendo así reducir e impactar en la toma de decisiones y estrategias para mitigar estos riesgos,

El ciclo PHVA es un procedimiento lógico, por etapas y en orden cronológico creado por Walter A. Shewhart, quien lo publicó dándolo a conocer en el año 1939 y posteriormente William Edwards Deming lo presentó en Japón en los años 50. También se conoce al ciclo PHVA como el “Ciclo de Shewhart” o “Ciclo de Deming” y en inglés como PDCA (por las iniciales de Plan, Do,

Check, Act). El PHVA fue introducido por primera vez por Walter Shewhart, el padre del control estadístico de la calidad. En su libro, *Control económico de la calidad de productos manufacturados*, Shewhart aplicó el método científico al control económico de la calidad. La tesis de Shewhart fue posteriormente desarrollada por W. Edwards Deming, quien defendía el trabajo de Shewhart. Deming amplió la idea de Shewhart y utilizó el método científico no solo para el control de la calidad sino también para la mejora de los procesos. Deming se dedicó a enseñar el método, al que llamó el ciclo Shewhart, a ingenieros japoneses. Es ahí cuando el ciclo Shewhart se mezcló con el método Kaizen (principio japonés de mejora continua, desarrollado por Kaoru Ishikawa), el sistema de producción de Toyota y el modelo Lean de manufactura o producción ajustada, para convertirse en lo que hoy llamamos el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA o PDCA, por sus siglas en inglés (Madera & Llorente, 2023).

En vista que el enfoque de riesgo es una estrategia cuya finalidad es mejorar la atención y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, esta herramienta por medio de sus cuatro pasos muestra un camino para poder analizar los problemas que se identifican ente el ser y el deber ser de la atención clínica basada en enfoque de riesgo.

A partir de los análisis previos, el presente proyecto de aplicación se fundamenta en un estudio diagnóstico que buscó definir cuáles son las competencias profesionales específicas que debe desarrollar el recurso humano para dar respuesta a las exigencias del modelo actual de ISSS que procura brindar una atención sanitaria integral y basada en el enfoque clínico por riesgo. Este estudio es relevante pues la atención en salud debe ser otorgada por equipos que cuenten con competencias para cualquier nivel de atención (Primer, Segundo y Tercer nivel de atención). Estos trabajadores deberán contar con los conocimientos, habilidades, actitudes profesionales y con la

motivación que se requieren para ejecutar las tareas vinculadas al rol profesional que se relacionan con el desempeño exitoso de estas (Dois et al., 2018).

Capítulo 3. Metodología

3.1 Alcance y Cobertura del Proyecto

El Diplomado en *Administración y gestión en salud durante la atención clínica por riesgo del ISSS*, está dirigido a los gestores del establecimiento de atención primaria que corresponden al primer y segundo nivel de atención, es decir, clínicas comunales, unidades médicas y hospitales cabeza de red. Con la autorización de la Gerencia de Salud se realizó el diagnóstico de los gestores en la RED USULUTÄN y SAN MIGUEL de ISSS, de los cuales son 25 gestores distribuidos en los establecimientos de las correspondientes redes mencionadas.

El curso está dirigido inicialmente a estos 25 gestores, quienes laboran en diferentes áreas de atención pero que tienen las características de estar involucrados en la organización y gestión de sus áreas dirigidas al cumplimiento de la normativa de atención con enfoque de riesgo.

Los gestores tienen una formación profesional diversa, entre médicos, enfermas, jefes de archivo, administradoras. Se eligieron a los gestores de estas dos redes debido al importante involucramiento que han tenido en las actividades de educación continua de sus redes, pero se espera que este curso se expanda a todos los gestores de las 12 redes de atención del ISSS.

3.2 Actividades Previas que Sustentan la Propuesta

En la presente sección se describe las actividades previas que se desarrollaron para la propuesta de este diplomado. Se inició con la presentación de la propuesta de trabajo del Departamento Gestión del Conocimiento a la Gerencia de Salud del ISSS, dicha propuesta consistía en la construcción del Redes del Conocimiento para el desarrollo de la educación continua a nivel nacional.

Para la construcción de dichas redes se plantearon el desarrollo de tres fases. La primera fue la fase de diagnóstico, cuyo objetivo principal fue identificar los encargados de la meso-gestión de cada RED. Una vez identificados, se desarrolló el análisis de la situación de la atención ambulatoria con enfoque de riesgo, con el fin de identificar la brecha del portafolio de atenciones en la consulta externa; además, se administró una ficha de identificación de los meso-gestores, y se realizaron actividades de la divulgación investigación generadas en el Departamento Gestión del Conocimiento. En los meses de enero y febrero se realizaron dos visitas, una a la red de Usulután y otra a la red de San Miguel donde se realizaron las actividades descritas y se identificaron 25 gestores en total, 13 de Usulután y 12 de San Miguel.

La segunda fase consistió en el diseño de un programa de formación continua para fortalecer las competencias de los gestores identificados para la cual se desarrolló una investigación con enfoque mixto. Esta investigación se detalla en el siguiente subtema. La tercera fase que ya es la construcción propiamente dicha de la red, la cual se desarrollará después del desarrollo del programa de formación continua propuesto.

3.2.1 Enfoque, Alcance y Diseño del Estudio Diagnóstico

La investigación realizada fue con un enfoque mixto, con mayor énfasis en la perspectiva cualitativa, ya que se buscaba identificar un proceso interpretativo de la indagación (Creswell, 1998). Este enfoque permitió interpretar los resultados con un análisis profundo en comportamientos y la interacción que se tuvo con los participantes.

El alcance se estableció a nivel descriptivo, ya que tuvo como objetivos caracterizar las competencias técnicas para la atención con enfoque de riesgo, y realizar análisis de los componentes de dicha atención; todo ello con el fin de diseñar un modelo de competencias que

permita al personal responsable de la atención de la consulta externa, brindar una atención basada en el riesgo clínico.

Se diseñó un estudio de casos intrínsecos, el cual pretendió comprender un caso en particular, sin interés por comprender otros casos o un problema general (Creswell, 1998; Stake, 1998). Así, se tiene que la búsqueda de la comprensión está unida a la intención de alcanzar “ese algo”, propio del caso.

3.2.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Para recolectar los datos cualitativos, se utilizaron tres técnicas: una consulta cualitativa, entrevista semiestructurada y grupo focal. Para la consulta cualitativa se elaboró un cuestionario de preguntas abiertas, ver Anexo 1, que recolectó información acerca de la situación de salud del establecimiento y de los principales indicadores de la atención clínica basado en riesgo que se desarrolla en la UM Usulután del ISSS. Este fue dirigido al médico director del centro y al personal administrativo que lleva la información requerida.

Para la entrevista, se diseñó una guía de entrevista no estructurada, ver anexo 2, para la recolección de los datos del personal clave en el proceso de la consulta externa, entre ellos los meso gestores, la jefa de enfermera, jefe de consulta externa, médico filtro de referencia. La guía facilitó tener el control del contenido y orden de la temática, la cual consistió en cuatro preguntas, que abordó la temática de la implementación de un modelo de competencias y evidenciar las necesidades de capacitación.

Con respecto al procedimiento para realizar grupo focal, este consistió en dos pasos. Primero, a partir de artículos de investigación que describen la implementación de modelos de competencias en otros países y que sirve de insumo para detectar las competencias que deberían ser desarrolladas en el personal de la atención ambulatoria, se elaboró un documento de dos

páginas, ver anexo 3, que describe el modelo teórico de competencias. Este documento fue compartido previa al desarrollo del grupo focal. Segundo, se realizó el grupo focal con el objetivo de validar el modelo teórico mediante una guía de entrevista, ver anexo 4, para los profesionales encargados de la consulta externa: médicos generales, meso gestores, jefe de enfermera, jefe de consulta externa y médico filtro de referencias.

Con respecto a los datos cuantitativos, se aplicó una encuesta por medio de un cuestionario de Google Forms, ver anexo 5. El cuestionario tuvo como objetivo obtener información sobre las percepciones y necesidades de formación relacionadas al 'Enfoque de atención por riesgo'. Para tal fin, el cuestionario consistió en 15 ítems distribuidos en dos partes, dirigido a los gestores involucrados en la atención clínica de la consulta externa del establecimiento.

Para garantizar la validez de la parte cualitativa, se consideraron los cuatro criterios de primer orden estipulados por Araóz y Pinto (2021). Primero, asegurar la credibilidad a la investigación implica la confianza en la interpretación de los resultados; para tal fin se optó por la triangulación de datos y la revisión por pares. Luego, para asegurar la integridad en el desarrollo de esta investigación se argumentó que el método de investigación fue acertado para responder las preguntas de investigación y que la información está fundamentada en los datos provenientes de los participantes. Luego, para asegurar la transferibilidad, se realizó una amplia y rica descripción de los resultados sin perder de vista que cada equipo consultado pueda construir su propia conclusión o a adaptación de las competencias pertinentes a desarrollar de acuerdo con sus necesidades. Finalmente, se asegura la capacidad crítica, a través de una buena disposición a las diferentes interpretaciones que parta de los resultados, al planteamiento de diferentes hipótesis y la descripción de casos negativos (Araóz & Pinto, 2021).

3.2.4 Análisis de Datos

Para el procesamiento de los datos de la consulta cuantitativa, de edad, número de capacitaciones, antigüedad en el tiempo, número de personas involucradas en la atención por riesgo se analizaron con estadística descriptiva utilizando tablas de frecuencias.

Para los resultados de los grupos focales y la entrevista en profundidad, se analizaron utilizando la triangulación con el cuadro de triple entrada.

3.3 Decisiones y Acciones Tomadas a Partir de los Hallazgos

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación, se han identificado las áreas que requieren ser abordadas para el fortalecimiento continuo de los gestores a cargo de la atención con enfoque de riesgo

Se ha organizado este apartado en dos subtemas principales: la situación de salud de la U.M Usulután de la consulta médica ambulatoria por riesgo y las competencias que requiere alcanzar el personal de la salud encargado de la atención ambulatoria para brindar una atención basada en el riesgo clínico.

3.3.1 Situación de salud de la U.M Usulután

A continuación, en la Tabla 2 se muestran algunos datos del análisis de la situación de salud de la UM Usulután: El perfil epidemiológico de la Unidad Médica muestra las primeras 10 causas de consulta en el mes de enero-2024 que fueron atendidas, siendo el número uno la más frecuente y el número 10 la menos frecuente.

Tabla 2

Primeras diez causas de consulta unidad médica de Usulután ISSS

Tipo de enfermedades	
1. Infecciones respiratorias agudas	6. Caídas
2. Diarreas enteritis y gastroenteritis	7. Accidentes de trabajo

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| 3. Infecciones de vías urinarias | 8. Traumatismos/contusiones |
| 4. Lumbago | 9. Cefaleas tensional |
| 5. Colon irritable | 10. Ansiedad |
-

De acuerdo con la pauta de cómo se debe orientar la estrategia de atención por riesgo y reorganizar la atención clínica, en el caso de UM Usulután las primeras tres causas son enfermedades transmisibles, el resto corresponde a enfermedades no trasmisibles.

En las Tablas 3 y 4 se muestran datos que, si bien por sí solos no son suficientes para hacer un análisis acerca de la capacidad de resolución del establecimiento, son indicios de la acción de carácter administrativo-gerencial de la consulta externa que según la clasificación y estratificación del riesgo deriva en una atención especializada y sub especializada; estas acciones se convierten en un indicador de que el establecimiento ha superado su capacidad de resolución. En caso de no tener esta capacidad, se debe enviar al paciente a otro nivel de atención, identificar las brechas de su portafolio de servicio, determinando la capacidad instalada de recursos humanos e insumos médicos y estableciendo cuáles son las especialidades en la que se superó la capacidad de resolución del establecimiento, pues estas variables son las necesarias para analizar la administración de la consulta médica del establecimiento. Así, estos datos indican una probable oportunidad de análisis acerca de las competencias clínicas que deben fortalecer en la U.M. de Usulután. El diplomado debería de incluir un módulo que permita desarrollar saberes para el análisis de las brechas en la atención medica de la consulta externa pues solamente la información relacionada al tipo de enfermedad más común en el establecimiento no permite un diagnóstico analítico que sea de utilidad para la identificación de las necesidades clínico-administrativas para una atención clínica por riesgo, como lo establece la normativa.

Tabla 3*Referencia emitida de consulta externa enero 2024*

Referencias Médicas		Retornos Médicos	
Emitidas	Recibidas	Emitidas	Recibidas
113	19	2	2

Nota. El término ‘Referencia’ se refiere a la remisión de un paciente por el personal de salud, desde un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad o cuando su condición clínica excede la capacidad resolutive del establecimiento que envía. Con respecto al término ‘Retorno’ este es la elaboración de un informe escrito de la valoración, el tratamiento realizado, así como los resultados, indicaciones y recomendaciones, que realiza el médico tratante del establecimiento de salud donde recibió la atención, y posteriormente será enviado al médico (MINSAL, 2016).

Tabla 4*Referencias emitidas de consulta externa enero 2024*

Especialidad	ISS San Miguel	ISSS San Salvador
Cirugía	23	-
Urología	5	-
Oftalmología	9	-
Ortopedia	16	-
Otorrinolaringólogo	2	-
Cirugía plástica	1	-
Dermatología	4	-
Cardiología	6	-
Neurología	1	-
Reumatología	1	-
Ginecología	7	-
Coloproctólogo	5	-
Neumólogo	9	-

Medicina Interna	1	-
Gastroenterología	8	-
Cirugía vascular	1	-
Neurocirugía	10	-
Cirugía bariátrica	-	1
Mastología	-	1
Obstetricia	-	1

De acuerdo con las respuestas del encargado de la coordinación de la consulta externa, en la Unidad Médica no se designa una persona responsable para analizar las referencias; sino que es la CLECA (Comités Locales de Evacuación de la Calidad en Salud) quien lo realiza. El diplomado por lo tanto debería incluir el desarrollo de las competencias para el análisis de la pertinencia de las referencias y retornos, los criterios y requerimientos a cumplir para saber discernir, si la capacidad de resolución del establecimiento ha sido superada o el diagnóstico clínico es inadecuado o el manejo de la patología puede ser en el mismo lugar o falta información o de conocimiento del portafolio y los centros de referencia donde se puede atender eficientemente el problema de salud detectado.

Otro aspecto importante es la lista de espera de la consulta médica de especialidades por primera vez, la cual revela las especialidades con más de 30 días después de haber solicitado la consulta (Ver Tabla 5).

Tabla 5*Lista de espera de la consulta a especialidad por primera vez*

Especialidad	Espera para consulta por primera vez	Espera para consulta subsecuente
Anestesiología	1 día	1 día
Cirugía	1 día	1 día
Clínicas Metabólicas	1 día	1 día
Tecnóloga Materno	9 días	9 días
Control prenatal Ginecóloga	1 día	1 día
Evaluación preoperatoria	1 día	1 día
Fisiatra	106 días	90 días
Ginecología	1 día	1 día
Higiene Oral	1 día	1 día
Medicina de Trabajo	6 días	6 días
Medicina Familiar	1 día	1 día
Medicina interna	2 días	2 días
Nefrología	54 días	54 días
Nutrición	1 día	1 día
Odontología	47 días	47 días
Pediatría	1 día	1 día
Perinatología	18 días	18 días
Programa de la mujer	1 día	1 día
Psicología	1 día	1 día
Ultrasonografía	1 día	1 día
Ultrasonografía pélvica	2 días	2 días

Los datos revelan que especialidades como Fisiatría, que indica 106 días de espera contabilizando fines de semana y feriados, Odontología, con 47 días y Nefrología, con 54 días. Este resultado debe de dar la pauta para evaluar la estrategia administrativa-gerencial de la U.M. Usulután que permita evidenciar las causas de que los tiempos de espera sean tan largos. En

particular, sería relevante determinar si el desarrollo de algunas competencias en el personal puede contribuir a disminuir los días de espera para consultar con las especialidades y subespecialidades identificadas.

Esto concuerda con lo expresados en la entrevista realizada en el grupo focal:

Médico 2

Las normas de referencias, las damos cada año. Tenemos el problema con San Miguel que, si el médico internista refiere a oftalmología con diagnóstico retinopatía diabética o cataratas, no le dan la cita con oftalmología, si no con cirujano y después cirugía refiere a oftalmología. En la norma no dice que el cirujano va a referir a oftalmólogo, otorrinolaringólogo, etc. Ellos no aceptan el criterio del especialista de Usulután, deberían aceptar y dar la cita.

Médico 3

La norma de referencia y retorno nos sería verdaderamente útil si realmente se analizará de forma mensual en que área se están dando la mayoría de referencia. También el área de fisiatra, San Miguel nos está refiriendo a sus pacientes. En San Miguel no tiene Fisiatras. El Fisiatra de nuestra unidad está refiriendo a Medicina Familiar; además, el Fisiatra es el único recurso a nivel de región y debe aceptar referencias de otros centros de atención, inclusive San Miguel le refiere al fisiatra.

En suma, los datos indican que la situación de salud de la U.M. Usulután no está siendo utilizada para la administración y gestión de la atención clínica por riesgo, el diseño del análisis de la situación no está descrita claramente en la normativa, cuáles son las variables o cuál es la forma de diseñarse y de utilizarse para la atención clínica por riesgo. Por lo tanto, el diplomado debería incluir saberes orientados a la gestión sanitaria que permita identificar los procesos de la

consulta externa que son necesarios cumplir para brindar una atención clínica con enfoque de riesgo que sea equitativa e integral. Para ello deberá actualizarse el portafolio de servicios, los recursos médicos con que se dispone, los insumos médicos y la tecnología junto a los dispositivos sanitarios con los que cuenta el establecimiento, todos los elementos descritos, provee las variables necesarias para un análisis de la pertinencia de las referencias emitidas a otros establecimientos y también para crear proyectos de mejora que aumente la capacidad de resolución del establecimiento.

3.3.2 Competencias que Necesitan Formación

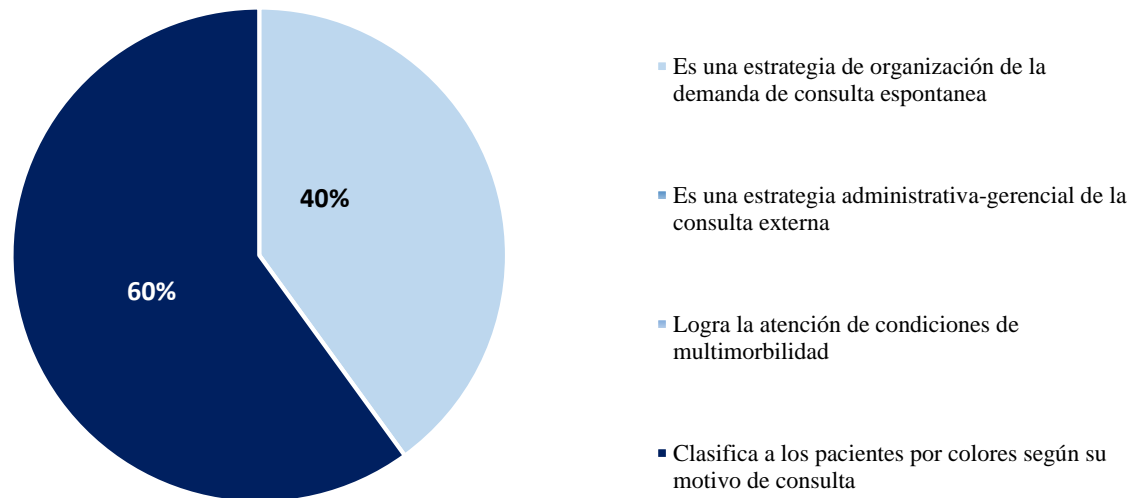
El personal a cargo de la Atención por riesgo totaliza 14 profesionales, de los cuales 64% son hombres y 36% mujeres. Con respecto a las edades del personal médico responsable de la atención por riesgo, el 27 % corresponde a menor de 50 años y el 63 % son mayores de 50 años.

Los datos de la encuesta y del grupo focal revelan aspectos cruciales con respecto a las competencias que necesitan desarrollar estos 14 profesionales para implementar la Atención con Enfoque de Riesgo.

La primera pregunta de la encuesta indagaba la comprensión de los profesionales sobre qué es el enfoque de atención por riesgo. La Figura 1 presenta sus respuestas.

Figura 1

Definición del enfoque de atención por riesgo



El enfoque de atención por riesgo es una estrategia de organización de la demanda de la consulta espontánea de un establecimiento, según lo define la Norma vigente del ISSS. En tal sentido, menos de la mitad de los encuestados respondió de manera apropiada; por el contrario, el 60% considera que el enfoque es la clasificación por colores según el motivo de consulta.

Las respuestas en el grupo focal evidencian opiniones similares a las respuestas enfocadas solo en uno de los componentes de la atención por enfoque de riesgo.

Médico 1

El acortamiento en las citas médicas se debe a que se ha trabajado mucho en la gestión de agenda médica.

Médico 3

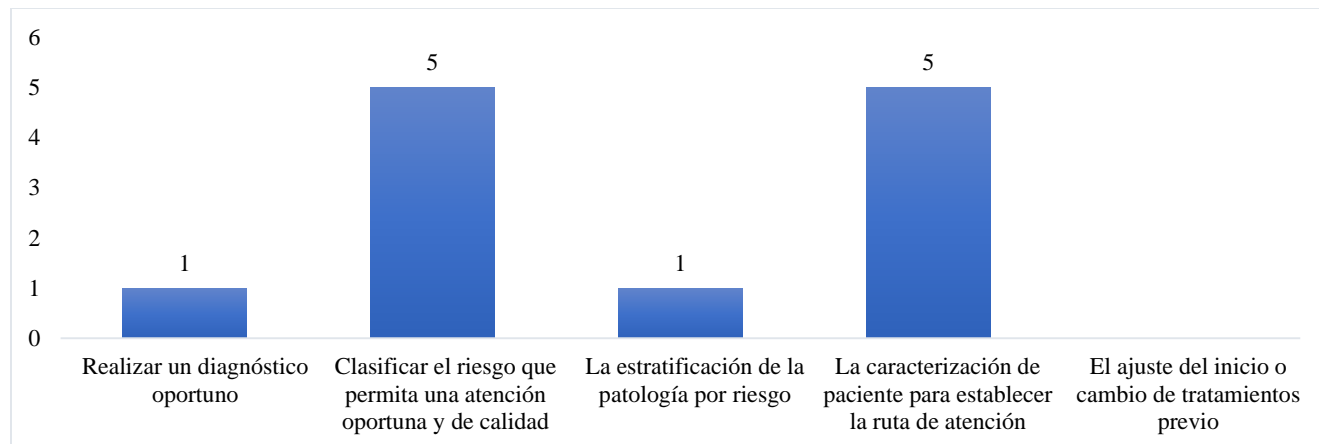
Se debe trabajar en capacitar sobre la importancia de la clasificación por riesgo de las enfermedades al personal médico y paramédico para mejorar la calidad de atención.

Así, tanto las respuestas seleccionadas en la encuesta como las respuestas brindadas por los médicos en el grupo focal revelan un dominio incompleto de los aspectos que conforman la atención por riesgo. Por consiguiente, el diplomado incluirá saberes que le permita al gestor diferenciar entre una estrategia, un enfoque, un modelo de atención, un modelo de provisión, un modelo de gestión y un sistema de salud y su relación con los componentes de la atención con enfoque de riesgo dentro la APS.

La siguiente pregunta cuestionaba acerca de los propósitos de la atención por riesgo. La Figura 2 presenta las respuestas.

Figura 2

Propósitos de la atención por riesgos

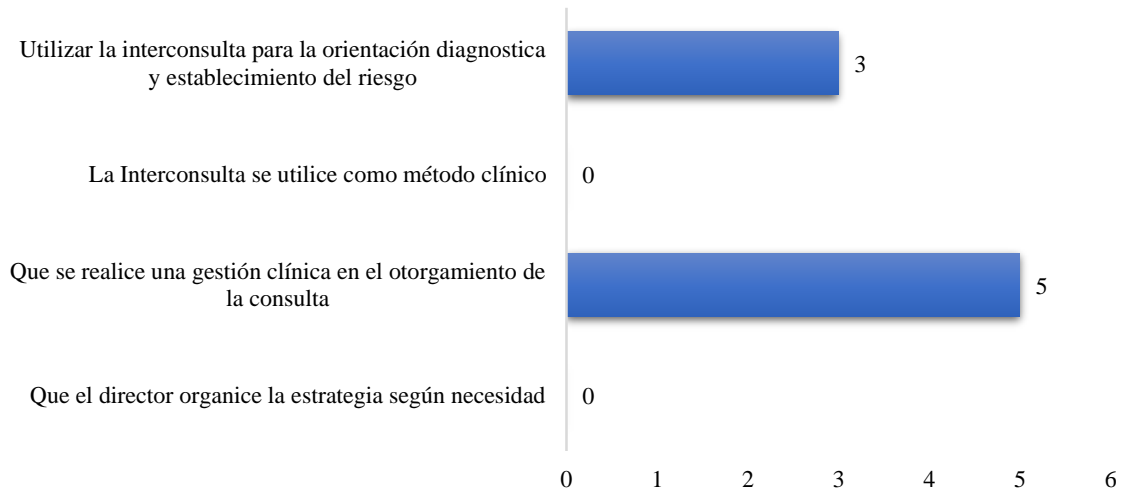


Se considera que los cinco enunciados corresponden a todos los propósitos que busca lograr una atención por riesgo, sin embargo, ninguno de los encuestados seleccionó los cinco a pesar de que existía la opción para realizarlo. Por lo tanto, el diplomado deberá incluir los propósitos de la atención por riesgo desde la gestión integral del riesgo en salud para comprender el tipo de riesgo, la clasificación y estratificación del riesgo, la caracterización del paciente para establecer una ruta de atención.

A continuación, se consultaba sobre la función administrativa que se necesita para que la estrategia de atención funcione. La Figura 3 muestra las repuestas.

Figura 3

Función administrativa para que la estrategia de atención por riesgo funcione

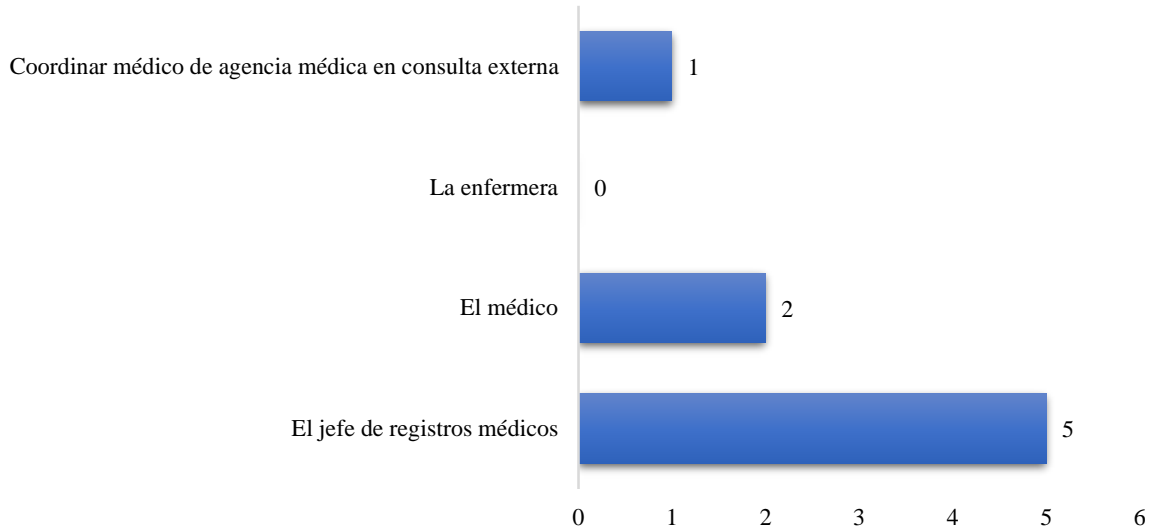


Las cuatro alternativas de respuesta indicaban todas las funciones administrativas necesarias que debe cumplir para que la estrategia funcione; sin embargo, ninguno de los gestores señaló todas las opciones., el diplomado deberá incluir los pasos del ciclo de Deming como herramienta de la mejora continua, utilizando los pilares de la administración en salud para implantar la estrategia de atención por riesgo.

La siguiente pregunta consideraba al personal relacionado en la intervención de la agenda médica. La Figura 4 muestra las respuestas.

Figura 4

Personal relacionado en la intervención de la agenda médica



Los cuatro mencionados en las opciones están relacionados en la intervención de la agenda médica para lograr una atención por riesgo eficiente y eficaz; sin embargo, ninguno de los gestores marcó a todos los mencionados. El trabajo interdisciplinario en la gestión del riesgo es una necesidad que será solventada con el diplomado, en la forma de intervención de la agenda médica y el trabajo interdisciplinario a realizar, esto para lograr disminuir los días de espera y la equidad en la atención.

La segunda parte del formulario pretendió explorar la aplicación de la atención por riesgo desde la percepción de los gestores. Para tal fin, se solicitó a los encuestados valorar su grado de acuerdo con 10 afirmaciones, asignando el valor de 0 a 'En desacuerdo'; 1 a 'De acuerdo' y 2 a 'Muy de acuerdo'. La Tabla 6 detalla las diferentes generalidades de la Norma vigente.

Tabla 6*Aplicación del enfoque de riesgo*

Ítem/Encuestado	E1	E2	E3	E4	E5	Promedio
1. La atención por riesgo prioriza la accesibilidad y oportunidad de atención de los derechos habientes	1	1	1	2	2	1,4
2. La dirección del establecimiento debe realizar un diagnóstico analítico de los datos de la consulta externa para instalar la atención por riesgo	1	1	1	1	2	1,2
3. El equipo que realiza la estrategia de atención por riesgo deberá estar conformado únicamente por los médicos generales y familiares.	0	0	0	0	0	0
4. La administración, coordinación y monitoreo concernientes a las citas está relacionada con la atención por riesgo.	1	1	1	2	2	1,4
5. El equipo de intervención de la agenda médica debe coordinar con trabajo social y/o atención al usuario.	0	1	1	2	2	1,2
6. El establecimiento deberá designar a un médico general o enfermera para determinar la prioridad de la atención médica.	0	0	1	1	2	0,8
7. El perfil epidemiológico local y la demanda insatisfecha son criterios para considerar para la implementación de la estrategia de atención por riesgo	1	1	1	2	2	1,4
8. La estrategia de atención por riesgo determina la forma como se organiza la consulta externa.	1	1	1	2	2	1,4
9. La brecha del portafolio determina las necesidades de capacitación.	1	1	1	2	2	1,4
10. El análisis de la situación de salud del establecimiento tiene relación con las necesidades de capacitación.	1	1	1	2	2	1,4

Todos los ítems deberían haber sido respondido por los 5 gestores “muy de acuerdo”, alcanzando un promedio de 2 por cada respuesta; sin embargo, los valores promedios obtenidos oscilan 0.8 a 1,4, mostrando que su percepción de cada ítem es diferente a la normativa vigente, excepto el ítem 5 en el que todos debieron responder “en desacuerdo”, promediando cero, tal como

lo hicieron. El diplomado deberá proveer los saberes para una gestión clínica y la gestión de caso con cada una de las áreas de aplicación de la atención con enfoque de riesgo clínico.

La tercera parte del formulario estaba orientado a las competencias que consideran los gestores es necesario desarrollar por el personal encargado de la atención por riesgo. Las respuestas se analizaron y fueron finalmente clasificadas en cuatro categorías de capacitación. La Tabla 7 permite visualizar este análisis.

Tabla 7

Aspectos para capacitar al personal médico en la atención por riesgo.

Aspecto	Respuestas de los encuestados
Ampliación de Conocimientos Generales y Especializados	R.1: Ampliar el tema para más conocimientos. R.5: Retroalimentación en las patologías para clasificar los riesgos de las Especial e incluir a todos los Médicos.
Gestión y Clasificación de Patologías por Riesgo	R.2: Patologías con Prioridad amarilla y roja, trabajar en la Agenda médica porque no tiene las categorizaciones por colores.
Disponibilidad y Eficiencia en la Atención Médica	R.4: Como aumentar la disponibilidad de una atención adecuada.
Procesos de Atención y Cumplimiento Estricto	R.3: Proceso para atención y fortalecimiento de equipo de trabajo, es importante el apoyo de personal capacitado y proceso para dar un estricto cumplimiento.

Por lo tanto, el diplomado deberá considerar un análisis en profundidad de los aspectos a cumplir de la Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta del ISSS 2020, la cual tiene relación con las respuestas de los encuestados.

En resumen, con base en las evidencias encontradas se toman las siguientes seis decisiones curriculares:

1. El diplomado debería incluir saberes orientados a la gestión sanitaria que permita identificar los procesos de la consulta externa que son necesarios cumplir para brindar una atención clínica con

enfoque de riesgo que sea equitativa e integral. Para ello deberá actualizarse el portafolio de servicios, los recursos médicos con que se dispone, los insumos médicos y la tecnología junto a los dispositivos sanitarios con los que cuenta el establecimiento, todos los elementos descritos, provee las variables necesarias para un análisis de la pertinencia de las referencias emitidas a otros establecimientos y también para crear proyectos de mejora que aumente la capacidad de resolución de los establecimientos y también para crear proyectos de mejora que aumente la capacidad de resolución del establecimiento.

2. El diplomado incluirá saberes que le permita al gestor diferenciar entre una estrategia, un enfoque, un modelo de atención, un modelo de provisión, un modelo de gestión y un sistema de salud y su relación con los componentes de la atención con enfoque de riesgo dentro la APS.

3. El diplomado deberá incluir los propósitos de la atención por riesgo desde la gestión integral del riesgo en salud para comprender el tipo de riesgo, la clasificación y estratificación del riesgo, la caracterización del paciente para establecer una ruta de atención.

4. El diplomado deberá incluir los pasos del ciclo de Deming como herramienta de la mejora continua, utilizando los pilares de la administración en salud para implantar la estrategia de atención por riesgo

5. El diplomado deberá proveer los saberes para una gestión clínica y la gestión de caso con cada una de las áreas de aplicación de la atención con enfoque de riesgo clínico

6. El diplomado en deberá considerar un análisis en profundidad de los aspectos a cumplir de la Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta del ISSS 2020, la cual tiene relación con las respuestas de los encuestados

3.4 Actividades Curriculares Realizadas para Desarrollar el Proyecto

3.4.1 Fundamentación del diplomado

La fundamentación del diplomando consistió en la realización de un estudio diagnóstico con enfoque mixto. Anteriormente se ha mencionado la importancia de que los gestores de los establecimientos del ISSS desarrolle competencias de administración y gestión, recalcando que estas van a ayudarles a la implantación de la Norma de Atención por Riesgo de la Consulta Externa del ISSS 2020 y a resolver los problemas relacionados a la atención integral y la equidad en las prestaciones que se les brinda a los usuarios.

Fue por ello, que en la investigación se incluyó el objetivo de conocer el dominio de la normativa en mención utilizando un enfoque mixto, con énfasis cualitativo de tipo casos intrínsecos. Las unidades de análisis fueron cinco gestores de la Unidad Médica de Usulután del ISSS y para la recolección de datos se utilizó una entrevista, un grupo focal y una encuesta. Los resultados están referidos a los principales hallazgos, tales como:

- a. Con respecto a las primeras diez causas de enfermedad en la UM Usulután las primeras tres causas son enfermedades transmisibles, el resto corresponde a enfermedades no trasmisibles.
- b. De acuerdo con las respuestas del encargado de la coordinación de la consulta externa, en la Unidad Médica no se designa una persona responsable para analizar las referencias; sino que es la CLECA (Comités Locales de Evacuación de la Calidad en Salud) quien lo realiza
- c. Los datos revelan que especialidades como Fisiatría, que indica 106 días de espera contabilizando fines de semana y feriados, Odontología, con 47 días y Nefrología, con 54

días. Este resultado debe de dar la pauta para evaluar la estrategia administrativa-gerencial de la U.M.

e. El enfoque de atención por riesgo es una estrategia de organización de la demanda de la consulta espontánea de un establecimiento, según lo define la Norma vigente del ISSS. En tal sentido, menos de la mitad de los encuestados respondió de manera apropiada; por el contrario, el 60% considera que el enfoque es la clasificación por colores según el motivo de consulta.

f. Se considera que los cinco enunciados correspondientes a los propósitos que busca lograr una atención por riesgo eran correctos, sin embargo, ninguno de los encuestados seleccionó los cinco a pesar de que existía la opción para realizarlo.

g. Las cuatro alternativas de respuesta indicaban todas las funciones administrativas necesarias que debe cumplir para que la estrategia de atención por riesgo funcione; sin embargo, ninguno de los gestores señaló todas las opciones.

h. De las cuatro mencionados en las opciones relacionados en la intervención de la agenda médica para lograr una atención por riesgo eficiente y eficaz; ninguno de los gestores marcó a todos los mencionados

i. Al preguntar cuáles son las competencias por fortalecer para la atención por enfoque de riesgo se obtuvieron las siguientes respuestas:

Aspecto	Respuestas de los encuestados
Ampliación de Conocimientos Generales y Especializados	R.1: Ampliar el tema para más conocimientos. R.5: Retroalimentación en las patologías para clasificar los riesgos de las Especial e incluir a todos los Médicos.
Gestión y Clasificación de Patologías por Riesgo	R.2: Patologías con Prioridad amarilla y roja, trabajar en la Agenda médica porque no tiene las categorizaciones por colores.

Disponibilidad y Eficiencia en la Atención Médica	R.4: Como aumentar la disponibilidad de una atención adecuada.
Procesos de Atención y Cumplimiento Estricto	R.3: Proceso para atención y fortalecimiento de equipo de trabajo, es importante el apoyo de personal capacitado y proceso para dar un estricto cumplimiento.

Por lo tanto, se considera necesario el diseño y posterior implementación de un diplomado en habilidades de administración y gestión en salud aplicada a la atención clínica por riesgo, normada por el ISSS. Este será de impacto para brindar una atención integral, con equidad y sobre todo con disminución de las listas de espera de los pacientes que acuden a la Institución.

3.4.2 Perfil de Egreso

Una vez identificadas las necesidades de formación, se elaboró el perfil de egreso para el diplomado mediante el proceso de investigación, se procedió a la formulación del perfil de egreso. Según Hawes (2010), la elaboración del perfil de egreso consiste en plantear una declaratoria formal que hace la institución frente a la sociedad, en la cual compromete la formación de una identidad profesional dada, señalando con claridad los compromisos formativos que contrae y que constituyen el carácter identitario de la profesión en el marco de la institución, a la vez que especifica los principales ámbitos de realización de profesión y sus competencias clave asociadas. Además, permite vincular las necesidades y problemas que deberá atender; en el caso del presente proyecto de aplicación, serían las competencias en administración y gestión en salud aplicadas a la atención clínica por riesgo en el ISSS.

3.4.3 Organización y Estructuración Curricular del Diplomado

La siguiente actividad curricular realizada consistió en determinar la organización y estructura curricular del diplomado basado en el enfoque por competencias. Por lo tanto, su diseño

será un reflejo de los componentes esenciales del enfoque por competencias para cualquier proceso formativo a saber.

El diplomado propuesto ha sido organizado en ocho grandes módulos de catorce horas cada uno de acuerdo con las competencias a adquirir. El orden de los módulos lo determina el contexto general de la atención clínica por riesgo en los establecimientos, pues una vez identificada y analizada se procederá a la aplicación de los módulos que tratan de la administración y gestión en salud; finalizando con la entrega de una propuesta de mejora continua en los procesos de la consulta externa aplicando las competencias clínico administrativas adquiridas para ello. Los módulos desarrollarían saberes relacionados a:

- a. La aplicación del Diagnóstico analítico de la consulta externa en la mejora de la atención clínica por riesgo;
- d. El uso de la referencia médica para la eficiencia y eficacia de los procesos de la consulta externa;
- c. La eficiencia de los procesos clínico-administrativos de la consulta externa en la reducción de los tiempos de espera;
- d. La implantación de la estrategia de atención clínica por riesgo en el ISSS y su relación con los diferentes niveles de gestión sanitaria.

Capítulo 4. Propuesta de Solución

Los hallazgos de la investigación realizada sustentan el siguiente diseño curricular con un enfoque en competencias:

4.1 Generalidades del Diplomado

Nombre del diplomado	Administración y Gestión en Salud para la Atención Clínica por Riesgo del ISSS
Duración del diplomado	16 semanas (128 horas) 4 módulos
Duración de cada módulo	32 horas
Horas teóricas semanales	2 horas
Horas prácticas semanales	3 horas
Trabajo autónomo	3 horas
Duración de la hora clase	60 minutos
Secuencia modular	<ol style="list-style-type: none">1. La Gestión como Herramienta Clave en la Atención Ambulatoria2. Gestión Integral del Riesgo en Salud aplicada a la Atención Clínica del ISSS3. Optimización de los procesos clínico-administrativos de la consulta externa4. Ciclo de Deming en salud aplicado a la mejora continua

4.2 Declaración del Perfil de Egreso

El graduado del diplomado en Administración y Gestión en Salud para la Atención Clínica por Riesgo del ISSS gestiona la atención clínica brindada a los derechohabientes en la consulta ambulatoria de su centro médico, estableciendo relación con los procesos de la meso y macro gestión necesarios para implantar la normativa de atención clínica con enfoque de riesgo del ISSS.

Además, se asegura de brindar al derechohabiente atención con equidad, integralidad y eficacia.

4.3 Declaración de Competencia

Reorganiza los procesos clínicos-administrativos de la atención clínica con enfoque de riesgo, evidenciando plena comprensión de cómo las decisiones a nivel institucional regulan la atención ambulatoria oportuna, equitativa e integral de los principales problemas de salud en su establecimiento empleando los principios fundamentales de la administración en salud.

4.4 Indicadores de logro

IL1: Infiere cómo la aplicación de los niveles de gestión influye en los resultados de la atención ambulatoria

IL2: Evalúa la eficiencia y eficacia de los procesos de la consulta externa, utilizando herramientas estadísticas que permitan tomar decisiones basadas en datos.

IL3: Propone estrategias de innovación basadas en la atención clínica por riesgo que reducen el tiempo promedio de espera para una cita y aumentando la satisfacción del paciente.

IL4: Implementa un ciclo de mejora continua en los procesos críticos de la consulta externa, basado en indicadores de gestión clave.

4.5 Metodología del Diplomado

El diplomado combina la instrucción en ambientes presenciales y virtuales asíncronos de acuerdo que procuran generar ambientes para que los participantes desarrollen la competencia propuesta.

Partiendo del enfoque por competencias, el docente es un facilitador y mediador del proceso de las actividades a desarrollar: planificación de actividades didácticas, trabajo colaborativo y tiempos de reflexión para análisis metacognitivos.

A continuación, se detalla la metodología didáctica a aplicar en cada uno de los cuatro módulos.

El primer módulo, “Marco conceptual de la salud: diferenciando sistemas, modelos, enfoques y estrategias” busca desarrollar en el gestor una visión sistémica de la toma de decisiones en salud, con especial énfasis en la implementación de un enfoque de atención por riesgos. A través de un análisis crítico de casos prácticos y dinámicas grupales, se facilitará la comprensión de cómo las variables macro, meso y micro influyen en la definición de políticas y estrategias institucionales, y cómo estas, a su vez, impactan en los resultados de la atención ambulatoria.

En el segundo módulo “Gestión Integral del Riesgo en Salud aplicada a la Atención Clínica por riesgo del ISSS” se espera que los participantes adquieran las competencias necesarias para analizar la situación de salud de sus establecimientos, utilizando la metodología de aprendizaje basado en proyectos, aplicando los componentes de la Normativa de Atención por Riesgo Clínico del ISSS, que guía a la identificación, clasificación y estratificación del riesgo clínico.

El tercer módulo “Optimización de los procesos clínico-administrativos de la consulta externa” se centrará en el análisis profundo de los procesos clínico-administrativos de la consulta externa, con la finalidad de identificar oportunidades de mejora. Los participantes realizarán un análisis de datos mixtos (cuantitativos y cualitativos) a través de herramientas básicas de la estadística descriptiva, para comprender la dinámica de estos procesos y su impacto en la calidad de atención. A través de un enfoque colaborativo y reflexivo, se desarrollarán propuestas de mejora basadas en las mejores prácticas y evidencias científicas.

Finalmente, el módulo Ciclo de Deming en salud aplicado a la mejora continua, se centrará en la aplicación práctica del ciclo PDCA (planificar [plan], hacer [do], verificar [check] y actuar [act]) en los procesos de atención al paciente en la consulta externa. Los participantes aprenderán a utilizar herramientas como diagramas de flujo, análisis causa-raíz y matrices de priorización para identificar oportunidades de mejora y diseñar planes de acción. El objetivo es fomentar una cultura

de mejora continua basada en la evidencia y en la participación activa de todos los miembros del equipo.

El diplomado incluye un sistema de evaluación basado en competencias. Se utilizan estrategias de heteroevaluación, autoevaluación y coevaluación combinadas con evaluación formativa y sumativa que registran los avances en el desarrollo de la competencia por medio de instrumentos tales como rúbricas y listas de cotejo.

Se han incluido en los anexos modelos de secuencias didácticas e instrumentos de evaluación.

4.6 Módulos

Ficha módulo I	
Nombre del módulo	La Gestión como Herramienta Clave en la Atención Ambulatoria
Duración del módulo	32 horas
Horas por módulo	8 horas teóricas
	12 horas prácticas
	12 horas de trabajo autónomo
Competencia	
Reorganiza los procesos clínicos-administrativos de la atención clínica con enfoque de riesgo, evidenciando plena comprensión de cómo las decisiones a nivel institucional regulan la atención ambulatoria oportuna, equitativa e integral de los principales problemas de salud en su establecimiento empleando los principios fundamentales de la administración en salud.	
Descripción del módulo	
Este módulo busca desarrollar en el gestor una visión sistémica de la toma de decisiones en salud, con especial énfasis en la implementación de un enfoque de atención por riesgos. A través de un análisis crítico de casos prácticos y dinámicas grupales, se facilitará la comprensión de cómo las variables de la macro gestión, la meso gestión y la micro gestión, influyen en la toma de decisiones institucionales, y cómo estas, a su vez, impactan en los resultados de la atención ambulatoria.	
Indicador de logro	
IL1: Infiere cómo la aplicación de los niveles de gestión influye en los resultados de la atención ambulatoria	
Unidades de aprendizaje	
<ul style="list-style-type: none"> ● Sistemas, modelos y estrategias de salud ● Niveles Gestión en Salud: La atención clínica por riesgo 	
Estrategias de evaluación	

Evidencia	Descripción	Criterios de evaluación	Instrumento
Estudio de caso 40% Tipo de evaluación: Heteroevaluación Formativa	A través de la resolución de caso descriptivos de situaciones reales del ISSS, el equipo conformado por 5 miembros de diferentes establecimientos elabora un reporte en Power Point en el que discrimina entre tipo de estrategia, enfoque y nivel de gestión y caracteriza el sistema y modelo de salud a la que corresponde y además incorporará cual ha sido el impacto en la atención ambulatoria	1.Discrimina entre modelo, estrategia y enfoque. 2.Deduca el impacto de la gestión en salud sobre los resultados de la atención ambulatoria 3. Evalúa los diferentes niveles de gestión y su impacto en la atención por riesgo clínico	Lista de cotejo
Ponencia 40 % Tipo de evaluación: Formativa Heteroevaluación	Se escoge un representante del grupo para realizar la ponencia de la presentación elaborada	Expresa con claridad cuál es el impacto en la situación asignada y su relación con los niveles de gestión utilizando adecuadamente el recurso audiovisual proporcionado	Rúbrica
20 % Tipo de evaluación: Formativa Co evaluación	Cada uno de los integrantes evaluará el dominio del marco conceptual requerido a cada par	Los aportes de cada integrante son significativos para la resolución del caso asignado de acuerdo con los saberes adquiridos	Lista de cotejo
Fuentes de Información y Material de Apoyo			
Franco-Giraldo, A. J. (2020). Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. <i>Revista Gerencia y Políticas de Salud</i> , 19. https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cmse			

Ficha módulo II			
Nombre del módulo	Gestión Integral del Riesgo en Salud aplicada a la Atención Clínica del ISSS		
Duración del módulo	32 horas		
Horas por módulo	8 horas teóricas		
	12 horas prácticas		
	12 horas de trabajo autónomo		
Competencia			
Reorganiza los procesos clínicos-administrativos de la atención clínica con enfoque de riesgo, evidenciando plena comprensión de cómo las decisiones a nivel institucional regulan la atención ambulatoria oportuna, equitativa e integral de los principales problemas de salud en su establecimiento empleando los principios fundamentales de la administración en salud.			
Descripción del módulo			
En este módulo se busca que los participantes analicen la situación de salud de sus establecimientos, utilizando la metodología de aprendizaje basado en proyectos, aplicando los componentes de la Normativa de Atención por Riesgo Clínico del ISSS, que guía a la identificación, clasificación y estratificación del riesgo clínico.			
Indicador de logro			
IL2: Propone estrategias de innovación basadas en la atención clínica por riesgo, reduciendo el tiempo promedio de espera para una cita y aumentando la satisfacción del paciente.			
Unidades de aprendizaje			
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión integral del riesgo en salud (GIRS) • La organización de atención médica por riesgo clínico • Procesos clínico -administrativo: gestión de agendas para el otorgamiento de citas 			
Estrategias de evaluación			
Evidencia	Descripción	Criterios de evaluación	Instrumento
Anteproyecto 60 % Tipo de evaluación: Heteroevaluación Formativa	En equipos de trabajo de cada establecimiento presentan un anteproyecto titulado “Diagnóstico analítico de la situación de salud del establecimiento”	1. Identifica el riesgo técnico en los procesos de atención clínica 2. Realiza un diagnóstico analítico de los datos de la consulta externa 3. Identifica los componentes de la estrategia GIRS en la gestión de agendas	Rúbrica
20 % Tipo de evaluación: Formativa Co evaluación	Cada uno de los integrantes evaluará el trabajo colaborativo de su compañero en la elaboración del anteproyecto.	1. Valora la colaboración de los compañeros para la	Lista de cotejo

		creación del anteproyecto.	
20 % Tipo de evaluación: Formativa Auto evaluación	Cada uno de los integrantes realiza una autoevaluación del dominio del riesgo técnico, de la importancia del diagnóstico analítico y de los componentes de la gestión de las agendas	1.Evalúa su propia competencia para la identificación del riesgo técnico y los componentes de la gestión de las agendas.	Lista de cotejo
Fuentes de Información y Material de Apoyo			
<p>Instituto Salvadoreño del Seguro Social. (2020). <i>Guía para la elaboración del anteproyecto diseñada a partir de la Norma para la atención por riesgo en la consulta externa del ISSS.</i></p> <p>Instituto Salvadoreño del Seguro Social. (2020). <i>Norma para la atención por riesgos en la consulta externa.</i></p> <p>UNISALUD. (2023, marzo 16). <i>Modelo de Salud UNISALUD 2023 V16.03.2023</i> [Cartilla]. https://unisalud.unal.edu.co/fileadmin/archivos/Cartilla%20Modelo%20de%20Salud%20UNISALUD%202023%20V16.03.2023%20%20(1).pdf</p>			

Ficha módulo III			
Nombre del módulo	Optimización de los procesos clínico-administrativos de la consulta externa		
Duración del módulo	32 horas		
Horas por módulo	8 horas teóricas		
	12 horas prácticas		
	12 horas de trabajo autónomo		
Competencia			
Reorganiza los procesos clínicos-administrativos de la atención clínica con enfoque de riesgo, evidenciando plena comprensión de cómo las decisiones a nivel institucional regulan la atención ambulatoria oportuna, equitativa e integral de los principales problemas de salud en su establecimiento empleando los principios fundamentales de la administración en salud.			
Descripción del módulo			
Este módulo se centrará en el análisis profundo de los procesos clínico-administrativos de la consulta externa, con la finalidad de identificar oportunidades de mejora. Los participantes realizarán un análisis de datos mixtos (cuantitativos y cualitativos) a través de herramientas básicas de la estadística descriptiva, para comprender la dinámica de estos procesos y su impacto en la calidad de atención. A través de un enfoque colaborativo y reflexivo, se desarrollarán propuestas de mejora basadas en las mejores prácticas y evidencias científicas.			
Indicador de logro			
IL3: Evalúa la eficiencia y eficacia de los procesos de la consulta externa, utilizando herramientas estadísticas que permitan tomar decisiones basadas en datos.			
Unidades de aprendizaje			
<ul style="list-style-type: none"> ● Recopilación, preparación y Análisis de datos ● Indicadores de Eficiencia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Relación entre los recursos utilizados (costos, tiempo) y los resultados obtenidos. ○ Indicadores de productividad (número de pacientes atendidos por profesional, tiempo promedio de atención). ○ Análisis de costos (costo por procedimiento, costo por paciente). ● Indicadores de Eficacia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Grado en que se alcanzan los objetivos establecidos. ○ Tasa de éxito de los tratamientos. ○ Reducción de complicaciones y mortalidad. ○ Satisfacción del paciente 			
Estrategias de evaluación			
Evidencia	Descripción	Criterios de evaluación	Instrumento
Presentación de datos 60 % Tipo de evaluación: Heteroevaluación Formativa	Una vez planteado el alcance del Anteproyecto del análisis de la situación de salud se identifica el tipo y fuente de información para cada componente del anteproyecto, necesaria para medir los	1. Identifica los indicadores clave para medir eficiencia y eficacia cada uno de los procesos clínico-administrativo, así como las variables	Rúbrica

	indicadores de eficiencia y eficacia de identificando las oportunidades de mejora.	necesarias para la medición y análisis 2. Presenta los resultados de manera clara y concisa de los indicadores claves expresando las oportunidades de mejora	
20 % Tipo de evaluación: Formativa Co evaluación	Cada uno de los integrantes del grupo evaluará a su par en el cumplimiento de sus responsabilidades y la aplicación de las técnicas estadísticas básicas para presentación de resultados.	Valora la aplicación de las técnicas estadísticas básicas y la elaboración de gráficas por parte de sus compañeros de equipo.	Lista de cotejo
20 % Tipo de evaluación: Formativa Auto evaluación	Cada integrante realiza una auto evaluación de la comprensión del uso de los indicadores para la mejora continua de los procesos de la consulta externa	Evalúa su propia comprensión de uso de los indicadores de eficiencia y eficacia para la mejora continua de los procesos de la consulta externa.	Lista de cotejo
Fuentes de Información y Material de Apoyo			
Mangeaud, A. & Elías Panigo, D.H. (2018). R-Medic. Un programa de análisis estadísticos sencillo e intuitivo. <i>Método Investigación Aplicada a Las Ciencias Biológicas</i> , 3(1). 18-22. https://methodo.ucc.edu.ar/index.php/methodo/article/view/64			

Ficha módulo IV			
Nombre del módulo	Ciclo de Deming en salud aplicado a la mejora continua		
Duración del módulo	32 horas		
Horas por módulo	8 horas teóricas		
	12 horas prácticas		
	12 horas de trabajo autónomo		
Competencia			
Reorganiza los procesos clínicos-administrativos de la atención clínica con enfoque de riesgo, evidenciando plena comprensión de cómo las decisiones a nivel institucional regulan la atención ambulatoria oportuna, equitativa e integral de los principales problemas de salud en su establecimiento empleando los principios fundamentales de la administración en salud.			
Descripción del módulo			
Este módulo consiste en proporcionar una comprensión profunda del ciclo de Deming y su aplicación práctica en el ámbito sanitario, equipando a los participantes con las herramientas necesarias para impulsar la mejora continua, así, como brindar una herramienta fundamental para optimizar procesos, mejorar la calidad de atención y aumentar la satisfacción del paciente. Se profundizará en los principios fundamentales del ciclo de Deming (Planificar, Hacer, Verificar y Actual). Por otro lado, se busca brindar estrategias para que desarrollen la habilidad para diseñar y ejecutar proyectos de mejora, para luego implementar herramientas que midan y evalúen el impacto de las mejoras.			
Indicador de logro			
IL4: Implementa un ciclo de mejora continua en los procesos críticos de la consulta externa, basado en indicadores de gestión.			
Unidades de aprendizaje			
<ul style="list-style-type: none"> ● Introducción al ciclo de Deming y su aplicación en la Salud. ● Planificación para la mejora continua en la salud. ● Ejecución de plan. ● Verificación de resultados y actuación 			
Estrategias de evaluación			
Evidencia	Descripción	Criterios de evaluación	Instrumento
Proyecto de mejora 60% Tipo de evaluación: Formativa Heteroevaluación	En equipos identifican oportunidades de mejora y aplican el ciclo de Deming, preparando una presentación del plan de acción basado en el análisis de la situación de salud del establecimiento y al mismo tiempo identifican cual proceso clínico-administrativo para la atención clínica basada en riesgo se mejorará, identificando de qué manera contribuye en la calidad de atención	1. Se evidencia la definición clara del problema. 2. Definió objetivos claros y alcanzables, así como su medición. 3. Recopilo y clasifico información relevante. 4. Se comunica verbal y gestualmente con sus compañeros para resolver jugadas.	Rúbrica

		5. Utilizo herramienta para el análisis del problema. 6. Desarrollo soluciones basándose en el análisis del problema 7. Estableció método de monitoreo	
20 % Tipo de evaluación: Formativa Co evaluación	Cada uno de los integrantes del grupo evaluará a su par en el cumplimiento de sus responsabilidades	Aplica las etapas del ciclo de Deming para deducir el criterio de calidad en la atención clínica	Lista de cotejo
20 % Tipo de evaluación: Formativa Auto evaluación	Cada integrante realiza una auto evaluación valorando si el plan de acción permite asegurar una atención al derecho habiente, oportuna, equitativa y eficaz	Relaciona un plan de acción para la mejora en la atención oportuna, equitativa y eficaz del derecho habiente	Lista de cotejo
Fuentes de Información y Material de Apoyo			
Vásquez, K. S., & Ramos, J. L. R. Z. (2022). El ciclo Deming y la productividad: Una revisión bibliográfica y futuras líneas de investigación. <i>Qantu Yachay</i> , 2(1), 63-79. https://doi.org/10.54942/qantuyachay.v2i1.21			

Capítulo 5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

El objetivo general del presente proyecto de aplicación consistía en el diseño de un Diplomado en Administración y Gestión en Salud para la Atención Clínica por Riesgo del ISSS, enfocado en la Norma para la Atención por Riesgo en la consulta externa. La elaboración de este diseño curricular se logró con éxito, pues se pudo alcanzar el primero de los objetivos específicos que requería la realización de un proceso de investigación diagnóstica que permitió determinar áreas específicas que ameritaban ser mejoradas por medio de una formación dirigida a profesionales de la salud que laboran en las unidades médicas del ISSS.

Este estudio de demandas y necesidades de formación permitió, a su vez, alcanzar el segundo objetivo específico de este proyecto, el cual consistía en definir un perfil de egreso que incluyera las competencias y los indicadores de logro que sentará las bases para una transformación profunda hacia una atención en salud más proactiva y centrada en el paciente.

Finalmente, el tercer objetivo específico buscaba complementar el diseño curricular con la elaboración de las fichas de los módulos que componen el diplomado. En efecto, se diseñaron cuatro módulos que incluyen los siguientes elementos:

- El perfil de egreso definido permitirá establecer un estándar de competencias para los gestores de los establecimientos de salud, asegurando que estén capacitados para liderar la implementación y el seguimiento del enfoque de riesgo clínico.
- Las competencias que permitirá el fortalecimiento de las actuaciones necesarias para que los gestores resuelvan los principales desafíos para la implantación de una atención clínica basado en riesgo.

- Los indicadores de logro permitirán evaluar el impacto del diplomado en el desarrollo de las competencias de los participantes y en la mejora de los resultados en salud
- El diseño curricular propuesto, con módulos que parten del perfil de egreso, metodologías activas y estrategias de evaluación efectivas, garantizará que los participantes adquieran las competencias necesarias para gestionar la atención con enfoque de riesgo clínico.
- Las estrategias de evaluación de los aprendizajes permitirían verificar la adquisición de competencias por parte de los gestores, garantizando que están alineadas a la implantación de la atención clínica con enfoque de riesgo.

La identificación y socialización, por medio del presente documento, de las debilidades en la implementación de la norma permitirá alinear los esfuerzos de todos los actores involucrados y garantizar una implementación exitosa del enfoque de riesgo clínico. Esto representa un paso fundamental para fortalecer las competencias de los equipos de gestión sanitaria de la institución y, en consecuencia, mejorar la calidad y eficiencia de la atención al derechohabiente.

El plan de implantación propuesto, a través de este diplomado, permitirá contar con un camino claro para alcanzar los objetivos planteados y fortalecer la atención al derechohabiente en el corto plazo. Esta propuesta curricular representa un paso fundamental para fortalecer las competencias de los equipos de gestión sanitaria de la institución y, en consecuencia, mejorar la calidad y eficiencia de la atención al derechohabiente.

5.2 Recomendaciones

A partir del análisis exhaustivo de los datos recabados y de las conclusiones derivadas de este proyecto de diseño curricular, se presenta a continuación un conjunto de recomendaciones estratégicas. Estas propuestas buscan fortalecer las áreas de oportunidad identificadas y optimizar el proceso de enseñanza-aprendizaje, garantizando así el fortalecimiento de las competencias en los gestores del ISSS:

1. La flexibilidad del diseño curricular permitirá adaptarlo a las necesidades específicas de cada red de atención y a los cambios en el entorno de la salud.
2. La evaluación continua del diplomado es fundamental, para identificar áreas de mejora y ajustar el diseño curricular a las necesidades emergentes.
3. El diplomado debe articularse con otras iniciativas de mejora de la calidad y seguridad del paciente a nivel institucional y nacional.
4. Se recomienda fomentar la investigación aplicada para generar evidencia sobre la efectividad de las intervenciones basadas en el enfoque de riesgo clínico.

En resumen, la implementación de este diplomado representa una inversión estratégica para el ISSS, que permitirá fortalecer las capacidades de sus equipos de gestión sanitaria y mejorar la calidad de la atención a los derechohabientes.

Referencias

- Araóz, R., & Pinto, B. (2021). Criterios de validez de una investigación cualitativa: tres vertientes epistemológicas para un mismo propósito. *Summa Psicológica UST*, 1(18), 47-56. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8039675>
- Bancalari, A., Berlinski, S., Buitrago, G., García, M. F., de la Mata, D., & Vera-Hernández, M. (2023, December 20). *Sistemas de salud e Inequidades en Salud en América Latina*. <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/2188>
- Cutipa, R. A. A., & Tapia, B. P. (2021). Criterios de validez de una investigación cualitativa: tres vertientes epistemológicas para un mismo propósito. *Summa Psicológica UST*, 18(1), 7. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8039675>
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=719877736007>
- De La Guardia Gutiérrez, M. A., Ruvalcaba Ledezma, J. C., De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Dois, A., Bravo, P., Contreras, A., Soto, M. G., & Mora, I. (2018). Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e147. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e147/es/>
- Espinoza-Portilla, E., Gil-Quevedo, W., & Agurto-Távora, E. (2021). Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2146. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n4/e2146/>

Flores, J. H. (2023). Complejidad y educación. *Diá-Logos*, 5(7), 23–34.

<https://www.revistas.udb.edu.sv/ojs/index.php/dl/article/view/209>

Franco-Giraldo, A. D. J. (2020). Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1-22.

https://www.researchgate.net/publication/356314354_Configuraciones_modelos_de_salud_y_enfoques_basados_en_la_Atencion Primaria en Latinoamerica siglo XXI Una revision narrativa

Gal, B., Sánchez, J., González-Soltero, R., Learte, A., & Lesmes, M. (2021). La educación médica como necesidad para la formación de los futuros médicos. *Educación Médica*, 22(2), 111-118.

<https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-la-educacion-medica-como-necesidad-S1575181320301455>

González C., Castillo-Laborde C., & Matute I. (2019). *Serie de salud poblacional: Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno*. Santiago, Chile: CEPS, Facultad de

Medicina. CAS-UDD. <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>

Hawes, G. (2010). Del perfil de egreso a la malla curricular, *propuesta general metodológica para el diseño de un plan de formación profesional universitaria*. Santiago: Universidad de Chile. <https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w21783w/perfildeegreso.pdf>.

Instituto Salvadoreño del Seguro Social. (2020). *Norma para la atención por riesgos en la consulta externa*. <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/iss/documents/otros-documentos->

normativos?utf8=%E2%9C%93&q%5Bname_or_description_cont%5D=norma+para+la+atencion+por+riesgo&q%5Byear_cont%5D=&q%5Bdocument_category_id_eq%5D=

Instituto Salvadoreño del Seguro Social. (2020). *Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta.*

https://www.transparencia.gob.sv/institutions/iss/documents/otros-documentos-normativos?utf8=%E2%9C%93&q%5Bname_or_description_cont%5D=norma+de+referencia%2C+retorno+e+interconsulta&q%5Byear_cont%5D=2020&button=&q%5Bdocument_category_id_eq%5D=19485

Melgen-Bello, L., García-Prieto, C., Melgen-Bello, L., & García-Prieto, C. (2017). Análisis de la eficiencia del gasto sanitario de los países de América Latina y el Caribe. *Salud Pública de México*, 59(5), 583-591. <https://doi.org/10.21149/7816>

Ministerio de Salud (MINSAL). (2022). *Modelo de Atención Integral de Salud para el Sistema Nacional Integral de Salud: Acuerdo 918-v1* [Documento técnico].

https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/modelodeatencionintegraldesaludparaelsistemanacionalintegradosalud-Acuerdo-918_v1.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007). *Everybody's Business. Strengthening health systems to improve health outcomes WHO's framework for action.*

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf

Pérez Madera, D. & Cantillo Llorente, N. (2023). *Uso del ciclo del mejoramiento continuo en estándares de calidad en instituciones de salud en Colombia.* Universidad de Córdoba.

<https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/b856221f-fddb-41d4-adbb-179651fec3b4/content>

- Ramos Hernández, R., Díaz, A.A., Valcárcel Izquierdo, N., & Ramírez Hernández, B.M. (2018). Las competencias profesionales específicas en la formación de los especialistas en Medicina General Integral. *Educación Médica Superior*, 32(1), 130-140.
- Salas Perea, R. (2012). Los procesos formativos, la competencia profesional y el desempeño laboral en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. *Educación Médica Superior*, 26(2), 163-165. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200001&lng=es&tlng=es
- Stake, R. E. (1998). *Investigación con estudio de casos* (1ª edición ed.). Morata. <https://www.nelsonreyes.com.br/LIVRO%20STAKE.pdf>
- Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá. (s.f.). *Cartilla Modelo de Salud UNISALUD: Versión 16.03.23* [Cartilla]. <https://unisalud.unal.edu.co/fileadmin/archivos/Cartilla%20Modelo%20de%20Salud%20UNISALUD%202023%20V16.03.2023%20%20%281%29.pdf>
- Ugalde, M. A. C., López, D. D., Quiroz, J. M. G., Tóala, S. J. M., Sánchez, L. M. P., & Quimis, T. L. M. (2018). La administración de la salud y la calidad del desempeño para los beneficiarios. *RECIMUNDO*, 2(4), 16-188. [https://doi.org/10.26820/recimundo/2.\(4\).octubre.2018.160-188](https://doi.org/10.26820/recimundo/2.(4).octubre.2018.160-188)
- Véliz, P., Blanco, M., Ortiz, M., Díaz, L., & Blanco, O. (2018) Resultados de trabajo del grupo para el estudio de las competencias en salud. *Educación Médica Superior*, 32 (1), 106 - 117. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412018000100011&script=sci_arttext&tlng=pt

Anexos

Anexo 1. Instrumento cuantitativo, cuestionario



PARA RECOPIACIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL ESTABLECIMIENTO

Propósito del estudio: Esta información pretende construir un modelo de detección de necesidades de capacitación a partir de un modelo teórico de competencias para la atención por riesgo clínico que contribuya a la construcción de redes de conocimiento

Indicaciones: Este instrumento se envía por medio de un correo electrónico en el que se le solicite la siguiente información con el propósito antes mencionado. Favor completarlo por personal administrativo, apoyo secretarial o estadista asignado a la Unidad Médica.

Generalidades del personal de la unidad médica

1. ¿Cuántos y a que área corresponde el personal de salud que se dedican a la atención clínica ambulatoria basada en riesgo, sea directamente atendiendo al usuario o indirectamente?
Detallar de acuerdo con la siguiente tabla. No es necesario nombre, ni número de empleado
2. ¿Cuál es la edad, antigüedad en el puesto y el sexo de cada uno de ellos?
3. ¿Cuáles y cuantas han sido las capacitaciones recibidas para la atención clínica basada en riesgo?

Datos cuantitativos para los últimos tres meses del año 2023

1. ¿Cuáles son las primeras 10 causas de enfermedad en la Unidad médica?
2. ¿Cuáles son las principales causas de mortalidad?
3. ¿Cuántas referencias y retornos en el último mes?
4. ¿A qué especialidades médicas se han enviado las referencias?
5. ¿Cuántas referencias cumplen los criterios de Norma de riesgo para su envío?
6. ¿Cuál es la lista de espera para las principales causas de consulta de los médicos generales?
7. ¿Cuántos retornos se han recibido en el último mes y cuantas cumplen con los criterios de la norma de referencia y retorno?

Anexo 2. Instrumento cuantitativo, cuestionario utilizando la app google forms

Enfoque de atención por riesgo

B *I* U  

Estimado colega,

Nos dirigimos a usted con el fin de solicitar su valiosa participación en esta encuesta, cuyo propósito es obtener información sobre las percepciones y necesidades de formación relacionadas al 'Enfoque de atención por riesgo'.

Indicaciones generales:

Responda cada ítem, seleccionando la opción según considere pertinente. Los resultados obtenidos en la investigación serán de carácter confidencial y con fines educativos.

El cuestionario diseñado consta de **dos** apartados.

El primero consiste en una serie de preguntas conceptuales sobre el 'Enfoque de atención por riesgo'.

El segundo presenta una serie de afirmaciones sobre la aplicación del enfoque a las cuales usted indicará su nivel de acuerdo o desacuerdo.

Desde ya, ¡muchas gracias por su tiempo y contribución!

Correo *

Correo válido

Este formulario registra los correos. [Cambiar configuración](#)

1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el "Enfoque de atención por riesgo"?

- Es una estrategia de organización de la demanda de consulta espontanea
- Es una estrategia administrativa-gerencial de la consulta externa
- Logra la atención de condiciones de multimorbilidad
- Clasifica a los pacientes por colores según su motivo de consulta

2. ¿Cuál o cuáles de los siguientes enunciados indican el propósito de la atención por riesgos? *
(Puede señalar más de una respuesta)

- Realizar un diagnóstico oportuno
- Clasificar el riesgo que permita una atención oportuna y de calidad
- La estratificación de la patología por riesgo
- La caracterización de paciente para establecer la ruta de atención
- El ajuste del inicio o cambio de tratamientos previo
- Otra...

3. Desde una perspectiva administrativa, ¿Qué se necesita para que la estrategia de atención por riesgo funcione? (Puede señalar más de una respuesta) *

- Que el director organice la estrategia según necesidad
- Que se realice una gestión clínica en el otorgamiento de la consulta
- La Interconsulta se utilice como método clínico
- Utilizar la interconsulta para la orientación diagnóstica y establecimiento del riesgo
- Otra...

4. ¿Cuál es el personal relacionado en la intervención de la agenda médica? (Puede señalar más de una respuesta) *

El jefe de registros médicos

El médico

La enfermera

Otra...

5. Seleccione la opción que mejor represente su opinión en los siguientes enunciados. *

	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La estrategia de aten...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La dirección del estab...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El equipo que realiza l...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La administración, co...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. El equipo de intervenc...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. El establecimiento de...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. El perfil epidemiológi...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. La estrategia de aten...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La brecha del portafol...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. El análisis de la situ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. 6. Si tuviera que capacitarse en el 'Enfoque de atención por riesgo' ¿qué aspectos quisiera fortalecer? ¿Por qué? *

8. Si tiene algún comentario adicional, puede escribirlo aquí: *

Anexo 3. Instrumento cualitativo, entrevista de profundidad



ENTREVISTA AL PERSONAL CLAVE DEL PROCESO DE ATENCIÓN POR RIESGO

Propósito del estudio: Construir un modelo de detección de necesidades de capacitación a partir de una consulta a profesionales de la salud sobre las competencias para la atención por riesgo clínico.

Indicaciones: Este instrumento será aplicado a los meso gestores de la Unidad Médica: Médico director, jefe de enfermería, epidemiología, jefe de la consulta externa, médico filtro que evalúa las referencias y retornos.

Se realizará en un espacio con privacidad a cada uno de los participantes se les agradecerá por el tiempo y la colaboración en el estudio y se les compartirá la hoja del consentimiento informado para conocer la aceptación en la participación de esta actividad y permitir la grabación de la entrevista.

Buenos días/tardes. Somos Mérida Gregori Moreira y Lucía López nuestro estudio pretende construir un modelo de análisis de la situación de salud de la UM Usulután que sirva para construir un modelo de competencias para una atención por riesgo por parte del personal de atención primaria.

La idea es poder conocer distintas opiniones para colaborar con el desarrollo e implementación de un modelo de competencias para médicos generales en la atención clínica por riesgo y poder crear al mismo tiempo un instrumento de detección de necesidades de capacitación basada en un análisis de la situación de salud del establecimiento. En este sentido, siéntase libre de compartir sus ideas en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es justamente su opinión sincera.

Cabe aclarar que la información será utilizada para el presente estudio, sus respuestas serán unidas a otras opiniones de manera anónima y en ningún momento se identificará a cada participante. Para agilizar la toma de la información, resulta de mucha utilidad grabar la conversación. Tomar notas a mano demora mucho tiempo y se pueden perder cuestiones importantes. ¿Existe algún inconveniente en que grabemos la conversación? El uso de la grabación es sólo para fines de análisis. ¡Desde ya muchas gracias por su tiempo!

Preguntas:

1. Cuando digo “modelo de análisis de la situación de salud del establecimiento” ¿en qué piensa

2. ¿Qué relación tiene la existencia de un “modelo de análisis de la situación de salud del establecimiento” con la creación de un modelo de competencias para el personal de salud?
3. ¿Qué relación tiene la existencia de un “modelo de análisis de la situación de salud del establecimiento” con la creación de un instrumento de detección de necesidades de capacitación?
4. También me gustaría saber su opinión acerca del uso la utilidad de *Norma de Riesgo y de la Norma de Referencia y retorno por el personal de salud de atención primaria* para la atención clínica del derecho habiente

Anexo 4. Instrumento cualitativo, grupo focal

GUÍA PARA GRUPO FOCAL



Propósito del estudio: Construir un modelo de detección de necesidades de capacitación a partir de una consulta a profesionales de la salud sobre las competencias para la atención por riesgo clínico.

Objetivo del grupo focal: Validar modelo de análisis de la situación de la UM en relación con las competencias de la revisión bibliográfica.

Indicaciones: Se conformará un grupo máximo de 5 personas, acompañados de un facilitador y un secretario desarrollarán las siguientes preguntas. No hay tiempo límite para expresar la opinión.

El grupo estará conformado por médicos de atención primaria y un representante de cada área involucrada en la atención por riesgo.

Se les agradecerá por el tiempo y la colaboración en el estudio y se les compartirá la hoja del consentimiento informado para conocer la aceptación en la participación de esta actividad.

1. Preguntas generadoras para los grupos focales: Se compartirán los datos de la unidad médica sobre x, y, z

A partir de estos datos ¿Cuáles considera usted que son las competencias más prioritarias en la atención por riesgo que se ha brindado en el último mes en su UM?

2. De las competencias enlistadas ¿Cuáles son las que mejor se evidencian en la atención por riesgo a los pacientes?
3. ¿Cuáles competencias considera que deben fortalecerse, desarrollarse o incluir para una atención por riesgo?
4. ¿Cuáles son los aspectos que facilitan o retardan la atención por riesgo?

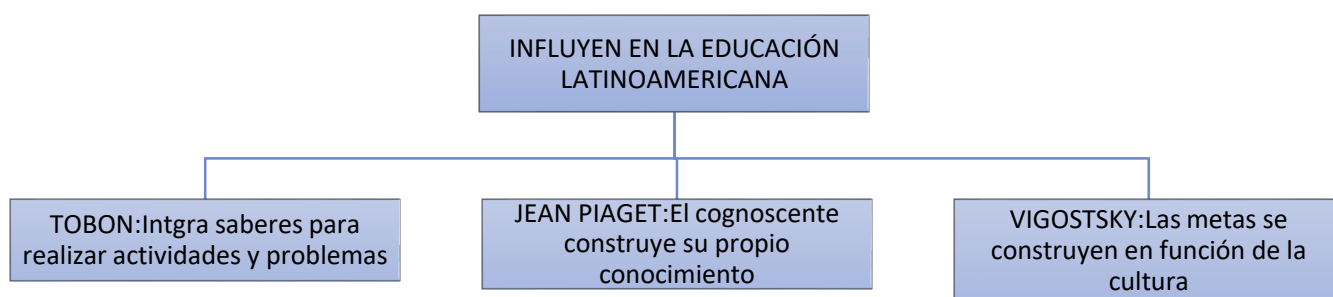
Anexo 5. Propuesta teórica

PROPUESTA TEÓRICA DE CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO EDUCATIVO BASADO EN COMPETENCIAS EN LA EDUCACIÓN CONTINÚA DEL ISSS

El Departamento de Gestión de Conocimiento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social ha detectado un área de oportunidad en tratar de poner al día los procesos educativos de la educación continua a través de la instalación del modelo educativo basado en competencias y uno de las primeras fases es actualizar, sus principios epistemológicos, didácticos y pedagógicos del modelo. es una construcción imaginaria de un conjunto de objetos o fenómenos con el propósito de estudiar su comportamiento

¿Qué es un modelo Educativo? “el conjunto de principios formativos, científicos, epistemológicos, didácticos y metodológicos en un Proyecto Educativo, para lograr la formación integral de los estudiantes”. (MURILLO PH)

PRINCIPIOS DE UN MODELO EDUCATIVO BASADO EN COMPRTENCIAS



El pensamiento complejo que acompaña a este modelo busca que el sujeto actúe con idoneidad y ética. Busca el ser competente, es decir tener actuaciones pertinentes en la vida misma, en otras palabras: Saber hacer, saber aprender su desarrollo profesional, como también aprender a vivir y aprender a ser.

Lo anterior contextualiza todo un método de desarrollo de la educación en forma general para las diferentes disciplinas

Todo lo anterior sirve para las bases teóricas que contextualizan el modelo educativo en medicina que ha sufrido múltiples transformaciones de acuerdo al perfil de profesional de la medicina que se buscaba formar según la época y la necesidad:

1. 1° Transformación 1910: fortalece la base científica de la medicina, impulsa la acreditación de las universidades que proporciona el sustento académico, deja de fuera la medicina preventiva, la comunitaria y la ambulatoria
2. 2° Transformación 1968, la enseñanza basada en problemas (ABP); integra a las áreas básicas y clínicas de la enseñanza de la medicina y acelera a los estudiantes en la resolución de problemas reales
3. 3° Transformación la Educación Basada en Competencias; incremento la calidad en la educación médica con base formación más integral y profesional acorde a la demanda de salud del mundo actual

De todas estas transformaciones surgen iniciativas que buscan acreditar la formación de profesionales de la medicina como por ejemplo:

Requerimientos globales mínimos (GME) creados para la educación médica internacional (IIME) 2002 y el Outcome project milestone: ACGME (Consejo de acreditación de la educación médica postgrado). Ambas buscan identificar, definir las competencias profesionales para la formación de especialistas a partir de un dominio de dimensión de competencia. Todo esto se refiere a la formación de personal médico en el área de la atención especializada, la cual por medio del análisis

d la situación de salud de cada area determina las necesidades de formación de cada uno de los especialista

Sin embargo en el caso de la atención ambulatoria, no solo por el personal de medico sino del todo el personal en salud involucrado , las necesidades de formación existe la brecha para identificar las necesidades especificas para cada situación de salud

Es por ello que con iniciativas como que buscan el desarrollo de dimension de competencia ACGME se propone un modelo teorico :

1. Adaptar las dimensiones de competencia de la formación de especialistas a la formación del personal de atención ambulatoria, las cuales son: 1) cuidado del paciente con una comunicación efectiva; 2) conocimiento del área de salud con pensamiento analítico; 3) aprendizaje basado en la práctica, identificando fallas e implementando cambios para mejorarla; 4) habilidades de comunicación interpersonal, no sólo con el paciente sino con familiares, colegas y otros profesionales de la salud; 5) profesionalismo dotado de virtudes, valores, excelencia y actualización continua; 6) práctica en los servicios, tener conciencia de los costos y beneficios para los pacientes.
2. Análisis de la situación de salud de cada establecimiento: causa de consultas, atenciones preventivas, portafolio de servicio
3. Normativas involucradas en el proceso de atención ambulatoria
4. Diagnóstico de recursos humanos, su antigüedad y capacitación
5. Referencias y retorno

Todo lo anterior es con el fin de fortalecer el modelo práctico de desarrollo de competencias, sin olvidar que los ajustes, modificaciones y actualizaciones de las competencias incluyan el perfil profesional de salud

Anexo 6. Secuencias Didácticas

Secuencia Didáctica del módulo 1:	
Nombre del módulo:	Marco conceptual de la salud: diferenciando sistemas, modelos, enfoques y estrategias
Unidades de aprendizaje:	<ul style="list-style-type: none"> ● Sistemas, modelos y estrategias de salud ● Conceptos Fundamentales de Gestión en Salud: La atención clínica por riesgo
Tiempo de duración	32 horas
Competencia a formar	Emplea los principios fundamentales de la administración en salud para gestionar los procesos clínicos de la consulta externa con enfoque de riesgo, evidenciando plena comprensión de como las decisiones a nivel institucional regulan la atención ambulatoria oportuna, equitativa e integral de los principales problemas de salud en su establecimiento.
Indicadores de Logro:	IL1: Infiere cómo la aplicación de los niveles de gestión influye en los resultados de la atención ambulatoria.
Criterios de evaluación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Discrimina entre modelo, estrategia y enfoque. 2. Deduce el impacto de la gestión en salud sobre los resultados de la atención ambulatoria 3. Evalúa los diferentes niveles de gestión y su impacto en la atención por riesgo clínico
Recursos:	<p>Computadora</p> <p>Internet</p> <p>Espacios virtuales: plataformas educativas y de videoconferencias, repositorios bibliográficos, páginas web, entre otros.</p> <p>Estrategias educativas: trabajo en equipo, clase conversatorio, ponencias, etc.</p>
Situación problema del contexto:	

¿Cómo las configuraciones de un sistema de salud afectan las modalidades organizativas y financieras de la atención clínica?

¿Cómo se gestiona la atención clínica con enfoque de riesgo?

¿Cómo se determinan el impacto de los niveles de gestión en la organización de los procesos clínico- administrativos de la atención clínica con enfoque de riesgo?

Actividades de aprendizaje

Actividades del facilitador:	Actividades del estudiante:
<p>Elabora un foro en modalidad virtual y promueve la participación de los participantes del diplomado para conocer sus presaberes sobre la atención clínica con enfoque de riesgo</p> <p>Elabora recursos didácticos digitales en donde se expone la fundamentación teórica acerca de los sistemas, modelos y estrategias de salud y los conceptos fundamentales de gestión en salud</p> <p>Elabora recursos didácticos digitales en donde se exponen las actividades a desarrollar para el estudio de caso relacionado a la gestión sanitaria en la atención clínica con enfoque de riesgo.</p> <p>Realiza una plenaria con la resolución de los casos de los otros grupos de otros sistemas de la aplicación de la gestión sanitaria en la organización del proceso de la consulta ambulatoria</p> <p>Incentiva a la reflexión del impacto de los modelos organizativos en la gestión sanitaria y crea espacios de profundización en aspectos específicos de la asignatura que imparten.</p> <p>Promueve el trabajo en equipos para la resolución de casos con enfoque de riesgo.</p>	<p>Participa en un foro creado por el docente, en donde deberá dar respuesta a las preguntas que se presentan.</p> <p>Visualiza los recursos didácticos virtuales, elabora análisis y esquemas sobre la fundamentación teórica y las actividades a desarrollar para crear una representación de los diferentes niveles de gestión sanitaria.</p> <p>Comparte con el docente el estudio de caso desarrollado y subsana las observaciones hechas por el docente o argumenta su respuesta.</p> <p>Participa de manera activa en la plenaria identificando, los niveles de gestión, y el impacto de las gestiones realizadas en cada uno de la resolución de los casos</p> <p>Discrimina las configuraciones de un sistema de salud en las gestiones realizados de los casos resueltos</p> <p>Participa activamente y demuestra su capacidad de análisis y razonamiento crítico</p>

Verifica el trabajo de los estudiantes mediante la revisión de avances, lo que permite orientar el compromiso ético en la producción académica.	Envía la resolución para su revisión y adecua las observaciones realizadas
---	--

Evaluación: Evidencia de Aprendizaje

IL1. Infiere cómo la aplicación de los niveles de gestión influye en los resultados de la atención ambulatoria

1. Evidencia de aprendizaje a presentar: Resolución del caso proporcionado con la estructura guiada, determinando sus competencias e indicadores de logro.

Proceso metacognitivo

1. Reflexionar sobre las configuraciones del sistema de salud y el impacto de las gestiones en la resolución de los casos de atenciones ambulatorias
2. Socializar con los compañeros de clase y docente, los puntos de vista sobre los componentes del perfil de egreso y las evidencias de aprendizaje.
3. Realizar actividades de mejora continua en los trabajos presentados.

Bibliografía

Franco-Giraldo, A. J. (2020). Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cmse>

Villalonga, A. (2023). *Casos prácticos gestión integrada de servicios de salud* (2ª ed.). Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires

Anexo 7. Rúbrica Estudio de caso

Indicador de logro:				
Infiere cómo la aplicación de los niveles de gestión influye en los resultados de la atención ambulatoria				
Criterio	Inicial receptivo	Nivel básico resolutivo	Nivel autónomo	Nivel estratégico
1. Discrimina entre modelo, estrategia y enfoque.	Define los modelos de salud y las estrategias y enfoque que se generan, el impacto de la gestión en los resultados de la atención ambulatoria reflejando confusión en su análisis.	Elabora conexiones entre las configuraciones de los sistemas de salud, estrategias y enfoques, con el impacto en la atención ambulatoria Se observa poca relación entre las configuraciones de los sistemas de salud y su impacto en la atención ambulatoria.	Articula las configuraciones de los sistemas de salud, sus estrategias y enfoques con el impacto en la atención ambulatoria.	Extrapolando las configuraciones de los sistemas de salud, sus estrategias y enfoques con el impacto de las atenciones ambulatorias de su propio establecimiento de salud y las configuraciones Institucionales
2. Deduce el impacto de la gestión en salud	Demuestra una comprensión básica del concepto de gestión en salud y atención	Elabora conexiones entre los componentes básicos de la gestión en salud y su relación con	Analiza y evalúa el impacto de diferentes estrategias de gestión en salud sobre resultados	Diseña y propone estrategias de gestión en salud innovadoras para mejorar los resultados

sobre los resultados de la atención ambulatoria	ambulatoria	los resultados de la atención ambulatoria.	específicos de la atención ambulatoria. Detecta cómo influye la implementación de algunas estrategias en los indicadores de la atención ambulatoria.	de la atención ambulatoria, considerando factores contextuales y evidencias científicas. Utiliza la tecnología para mejorar la coordinación de la atención entre los diferentes niveles.
3. Evalúa los diferentes niveles de gestión y su impacto en la atención por riesgo clínico	Demuestra un conocimiento básico de los conceptos de gestión en salud y riesgo clínico	Identifica los principales niveles de gestión en salud y su relación con la atención por riesgo clínico, identificando los indicadores clave para evaluar la calidad de la atención en pacientes de alto riesgo	Analiza y evalúa el impacto de diferentes estrategias de gestión en los resultados de la atención por riesgo clínico. Evalúa la efectividad de un programa de gestión de riesgos en un servicio clínico	Diseña y propone estrategias de gestión innovadoras para mejorar la atención por riesgo clínico, considerando factores contextuales y evidencias científicas, además propone cómo se puede utilizar la tecnología para mejorar la identificación y gestión de pacientes de alto riesgo.

Anexo 8. Descripción Nivel de logro

Descripciones de niveles de logro	
Nivel de dominio	Descripciones
Inicial - receptivo	Tiene nociones sobre las competencias que se busca desarrollar y algunos acercamientos al criterio considerado. Requiere apoyo continuo.
Nivel básico - resolutivo	Tiene algunos acercamientos esenciales de la competencia y puede resolver problemas sencillos.
Nivel autónomo	Se personaliza de su proceso formativo, tiene criterio y argumenta los procesos.
Nivel estratégico	Analiza sistemáticamente las situaciones, considera el pasado y el futuro. Presenta creatividad e innovación.