

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.

***Valoración y grado de satisfacción con el Modelo de Atención
Integral en Salud, de parte del personal de salud de dos distritos
de Managua.***

Autoras:

Br. María Estelí Somarriba Palma

Br. Doris Elizabeth Mejicanos Montalván

Tutor:

Dr. Arnoldo Toruño

Departamento de Salud Pública

León, Junio 2008

ÍNDICE

Página

I. Introducción	1
II. Planteamiento del problema...	3
III. Objetivos	4
IV. Marco teórico	5
➤ Generalidades.....	5
➤ Percepción y satisfacción de los usuarios internos.....	6
○ Satisfacción laboral	6
○ Actitud frente al cambio	8
○ Modelo de Atención Integral en Salud.....	9
○ Conceptualización	
○ Objetivos del modelo	
○ Atención primaria en salud y MAIS	10
○ Equipo básico de atención de la sede del sector	10
○ Componentes del modelo	11
○ Aspectos claves para desarrollar el componente de gestión	14
V. Diseño Metodológico	17
VI. Resultados	21
➤ Caracterización de los trabajadores de la salud entrevistados.....	21
➤ Concepto del MAIS.....	22
➤ Valoración que hace el personal acerca del MAIS.....	23
○ Ventajas y desventajas para la población.....	23
○ Ventajas y desventajas para los trabajadores de la salud.....	27
○ Condiciones para la implementación de MAIS.....	34
➤ Grado de satisfacción con la implementación del MAIS.....	36
VII. Discusión y Análisis	39
VIII. Conclusiones	44
IX. Recomendaciones	46
X. Referencias Bibliográficas	47
XI. Anexos	52

RESUMEN

El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), definido en el año 2004, se comenzó a implementar en el 2006. En vista de su papel central en los esfuerzos por mejorar la salud de la población, se consideró necesario contribuir a su evaluación, partiendo en este momento de las apreciaciones del personal encargado de su desarrollo.

El estudio se realizó en Managua, cuna del MAIS, específicamente en los distritos II y III. Se basó en una encuesta dirigida a todos los 156 médicos y enfermeras de ambos distritos. Se logró entrevistar a 109 de ellos(as). Previamente se habían realizado entrevistas a informantes claves para identificar aspectos a considerar en el cuestionario. Este contenía preguntas abiertas y cerradas.

De manera general, los trabajadores de la salud tienen una valoración débilmente positiva sobre el MAIS. Consideran que son ventajas del modelo la atención integrada a los pacientes y la reducción en el tiempo de espera, al menos para los citados. Hay opiniones contradictorias en cuanto a cambios en la calidad de la atención, predominando ligeramente los optimistas.

La mayoría considera que el MAIS trae más desventajas que ventajas para los trabajadores, percibiendo mayor carga laboral y movilizaciones que les ocasionan gastos y riesgos.

Respecto a las condiciones para la implementación del modelo, señalan deficiencias en infraestructura, equipamiento, número de recursos humanos, y en su propia capacitación.

Predomina ligeramente el sentimiento de satisfacción con el cambio hacia este modelo. Los más insatisfechos son los médicos y enfermeras en atención directa a pacientes.

PALABRAS CLAVES: Modelo de Atención Integral, Managua.

LISTA DE SIGLAS

AIMNA	Modelo de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.
APS	Atención Primaria en Salud
ARO	Alto Riesgo Obstétrico
ColVol	Colaboradores Voluntarios
CPN	Control Prenatal.
C/S	Centro de Salud
EBA	Equipo Básico de Atención.
FORSIMA	Fortalecimiento del SILAIS Managua
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud.
MINSA	Ministerio de Salud
ONG's	Organizaciones No Gubernamentales
PAP	Papanicolau
SILAIS	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
UAC	Unidad de Apoyo Clínico
UAI	Unidad de Atención Integral
UAR	Unidad de Atención de Referencia
VIF	Violencia IntraFamiliar
VPCD	Vigilancia Promoción del Crecimiento y Desarrollo

DEDICATORIA

A Mauro, mi hijo, que es mi motivación.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, que con su ejemplo de constancia me hicieron perseverar.

A nuestro tutor, Dr. Toruño, por su dedicación y paciencia

A mi tía Guadalupe por su ayuda incondicional.

A mi esposo por su apoyo.

María Estelí Somarriba Palma

DEDICATORIA

A mi hijo, Jeshua René por ser mi principal motivo de superación.

AGRADECIMIENTO

A La Santísima Trinidad por bendecirme permitiéndome llegar hasta este momento importante de mi vida.

A mis padres por ser mi fuente de energía en todo momento.

Al Dr. Toruño por su entereza.

A La Licenciada Lupita Vargas por su generosa ayuda.

Al personal médico y de enfermería de cada uno de los centros de salud por su amable colaboración en este estudio.

A mi esposo por su ayuda y constancia.

A todas aquellas personas que con sus distintas muestras de apoyo contribuyeron a poder hacer esto realidad.

Doris Elizabeth Mejicanos Montalván

I. INTRODUCCIÓN

En Nicaragua, la reforma del sector salud se ha dado en etapas, destacándose entre ellas la conformación de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud –SILAIS en 1991-, seguido del desarrollo del Modelo de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia – AIMNA en 1995- que se circunscribió a la mujer y la niñez, menoscabando la cobertura a otros sujetos de atención¹.

Los cambios drásticos del perfil epidemiológico y demográfico, la escasez de recursos, la inadecuada distribución de los mismos y el aumento en la demanda de los servicios de salud en Managua, hicieron que la respuesta del sector salud fuera poco eficaz y eficiente. En el 2002 se elaboraron las propuestas, “**ajustes al actual modelo organizativo del SILAIS Managua**” y “**Reordenamiento de la red de atención del SILAIS Managua**”². Simultáneamente el Ministerio de Salud –MINSA-, promovió la elaboración de políticas específicas en las áreas de planificación, recursos humanos y descentralización financiera, cuyo principal resultado fue la formulación de la propuesta de Modelo de Atención Integral en Salud –MAIS-³.

En el año 2004 inició el proceso de cambio en el SILAIS Managua, con el diseño de un plan que permitiera operativizar el MAIS: el **Plan de los Pequeños Pasos**, presentado en el 2006, como guía introductoria, en la que se definen funciones específicas para el trabajador de salud según su perfil, además de la nueva distribución espacial y la organización de los recursos humanos. Posteriormente en el mismo año se echó a andar una prueba piloto en las unidades de salud de esta ciudad.

Un año después, según informante clave: *“funcionarios administrativos del sector consideran que no es homogénea la adaptación de los trabajadores de la salud al MAIS en las diferentes unidades de atención, pues sienten mayor carga laboral, debido a las modificaciones que conlleva, incluso en dos de las veintiún unidades de salud de Managua no lograron ni siquiera el ajuste propuesto en el Plan de los Pequeños Pasos, por la*

negativa del personal, el que manifestó resentir el no haber sido consultado sobre las acciones y esfuerzos requeridos por el nuevo modelo”.

No se conoce de investigaciones externas al MINSA realizadas durante el proceso de cambio hacia el nuevo modelo de atención, que evaluaran los resultados de estas modificaciones en la satisfacción de los usuarios internos de los servicios de salud, se cuenta sin embargo, con estudios realizados en otros países latinoamericanos que han implementado este modelo que pueden usarse como referencia:

- El Ministerio de Salud Costarricense tiene un estudio que aborda un poco la actitud del personal ante las evaluaciones⁴ y otro estudio que contempla muy brevemente las condiciones materiales para el desempeño dentro del MAIS⁵. Además un artículo en una revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social, que aborda la problemática de la falta de cupo por morbilidad en el MAIS⁶
- En el Perú, se elaboró un informe que menciona las razones de la resistencia al cambio de modelo, tanto a nivel individual como organizacional.⁷
- En el tercer curso internacional de desarrollo de salud en América Latina, con sede en Nicaragua, Honduras presentó el trabajo “Implementación de un modelo de atención integral e integrado en salud 2007” MAIS en el departamento de Lempira⁸, que puntualiza en los factores no contribuyentes a la integración y los obstáculos para la implementación, además señala los obstáculos para su implementación.
- En México se creó un modelo de atención integral para el paciente con sobrepeso-obesidad, diabetes mellitas tipo 2 e hipertensión arterial, del que se realizó un estudio en el que el personal de salud opina sobre la conveniencia del modelo y si este trae beneficios para el paciente⁹.

La información que se obtuvo de este estudio identificó ciertas debilidades y fortalezas que percibieron/encontraron los principales actores de esta transformación –el personal médico y de enfermería- en la implementación del MAIS, lo que podría facilitar en un futuro modificaciones en el plan de intervención para los centros de Atención Primaria en Salud-APS-.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la valoración que hace el personal de salud sobre la implementación del MAIS en los centros de salud de los distritos II y III de Managua, y cuál es su grado de satisfacción con los cambios observados?

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer la valoración que hace el personal de salud sobre la implementación del MAIS en dos distritos de Managua, y su grado de satisfacción sobre los cambios observados.

Objetivos Específicos

1. Analizar el concepto del MAIS que tiene el personal de salud.
2. Conocer la valoración que hace el personal en relación al MAIS en cuanto a:
 - a) Beneficios y desventajas para la población
 - b) Beneficios y desventajas para los trabajadores de la salud.
 - c) Condiciones para su implementación.
3. Medir el grado de satisfacción que tiene el personal de salud en relación a la implementación del MAIS.

IV. MARCO TEÓRICO

Generalidades

La investigación sobre servicios de salud se define, como aquellos estudios que tienen por objeto el sistema de salud o algunos de sus componentes o interrelaciones, con el propósito de suministrar elementos que permitan reorientarlos o reorganizarlos de manera que las premisas de equidad, eficiencia y eficacia sean una realidad en el menor tiempo posible¹⁰.

La investigación de servicios de salud adquiere cada vez más importancia debido a que en la medida en que se procura entender los problemas que le aquejan, el conocimiento que se obtiene, sirve de base para la planificación, programación, administración, operación y evaluación del sistema de salud ofrecido a la población.¹⁰

Son de gran significado técnico los estudios de calidad de atención asociados con el desarrollo cualitativo y cuantitativo del personal de salud, su propia participación en el análisis y diseño del proceso de trabajo. La importancia de la evaluación estriba, en aportar racionalidad a las decisiones que se adopten en relación con el programa¹¹.

En el proceso de prestación de un servicio de salud, interviene una parte del personal, equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico, y por otra, la infraestructura administrativa que mantiene las condiciones, que hacen posible la realización del acto. En este proceso hay dos aspectos, uno de tipo técnico que tiene que ver con los criterios de procedimiento médico-clínico y otro más subjetivo, en relación al trato recibido por los pacientes. El primer aspecto se llama **calidad técnica** y el segundo, **calidad humana**; ambos dependen del acto médico y de la infraestructura administrativa.¹²

La estructura de salud y las diferentes prácticas con que se busca mejorar la situación de salud se basan en los conocimientos, valores y que hacer de los recursos humanos.¹³

Es importante dejar claro que hoy en día el concepto de recursos humanos puede abarcar a toda la población, en cuanto a instrumentos y a fin de desarrollo social,¹⁴ pero el presente estudio se limitará al recurso prestador de servicio dentro de las unidades de salud.

La problemática de recursos humanos resulta habitualmente invisible para la población en general, e incluso para los usuarios de salud, a pesar de que este último es el receptor de la calidad de la atención, la que cuando no es satisfactoria, se transforma en un importante problema social. Siendo los servicios de salud, servicios de personas para personas, el principal factor de calidad de atención está constituido por la disponibilidad, la actitud, el conocimiento y desempeño de los trabajadores de la salud.

Los servicios de salud en general, tienen una variedad de ocupaciones que requieren diferentes tipos de profesiones las cuales se combinan en diferentes modos para la entrega de un producto en particular. Las expectativas del personal son decisivas en la entrega de un servicio de calidad, el conocimiento del concepto de calidad por parte de ellos es un primer paso en la construcción de servicios de excelencia. El servicio de salud debe construir un sistema que asegure procesos continuos de mejora de la calidad, en este sentido, la gestión de las expectativas y necesidades de la persona, son cruciales y requieren de la implementación de un proceso cíclico de mejoramiento.¹⁵

PERCEPCION Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS INTERNOS

El concepto de satisfacción debe ser elaborado tomando en cuenta los diferentes puntos de vista que tienen los usuarios de los servicios de la institución. El grado de satisfacción proporciona una información valiosa de la prestación de servicio, útil para mejorar aquellos aspectos que deben ser modificados y, difícil de obtener de otras fuentes.

Es una forma de participación de los usuarios quienes expresan mediante opiniones la percepción y valoración de la orientación de los programas y servicios hacia sus necesidades.

Percepción. Acción y efecto de percibir. Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. Conocimiento, idea. Es la sensación interior, impresión material hecha en nuestros sentidos por alguna cosa exterior¹⁶.

Satisfacción. Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, mas allá de esto, implica una experiencia racional o cognitiva, definida en términos de discrepancia, percibida entre aspiraciones y logros, derivada de la comparación entre expectativas y comportamiento del producto o servicio.¹⁷ Depende de muchos factores como la experiencia previa, las expectativas y la información recibida de otros usuarios y de la propia organización sanitaria. Esto hace que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en circunstancias diferentes, de allí que la satisfacción del personal condiciona el desarrollo de las actividades y el éxito de la organización.¹⁸

Satisfacción laboral. El empleo de una persona es algo más que las actividades evidentes de manejo de papelería o atención al cliente, en nuestro caso pacientes. Los empleados requieren con los compañeros y jefes, seguir los estándares de las políticas de la organización, cumplir con las normas de rendimiento, vivir en condiciones laborales que disten de lo ideal, entre otros elementos. La evaluación del empleado en cuanto a su grado de satisfacción o insatisfacción con su trabajo, es una suma compleja de una serie de elementos discretos del empleo.

Los factores más importantes que inducen a la satisfacción laboral son un trabajo que represente un desafío a la mente, justa remuneración salarial, las condiciones laborales adecuadas y los buenos compañeros de trabajo.

Además de estos factores existe un elemento importante a tener en cuenta y es la integración de la personalidad y el empleo. Un buen enlace con la personalidad y la ocupación del empleado, resultará en un individuo más satisfecho. Otro argumento a favor de la importancia de la satisfacción laboral, es el efecto secundario que produce en la sociedad en su conjunto. Otros autores citan como determinantes de la satisfacción laboral la identificación y solución de problemas, comunicación, participación y empoderamiento del personal, incentivos, reconocimientos y la educación continua –capacitación–.

La importancia de la satisfacción laboral: Se hallan al menos tres motivos para interesarse por el grado de satisfacción laboral:

- Existen muchas evidencias de que los empleados insatisfechos, faltan a trabajar con más frecuencia y suelen renunciar más.
- Se ha demostrado que los empleados satisfechos gozan de mejor salud y viven más años. Algunas investigaciones establecen que la satisfacción laboral prevé mejor extensión de la vida que la condición física y estilos de vida saludable, sugiere que la satisfacción no es solo un fenómeno psicológico, al parecer la tensión que produce la insatisfacción aumenta la probabilidad de infarto y otros males.
- La satisfacción laboral se refleja en la vida del empleado y guarda una fuerte y consistente relación con la decisión de mantenerse dentro de la organización, o dejarla.¹⁹

Un personal desmotivado es poco cooperador, no se apropia de los objetivos de la institución, tiene problemas de actitud, no trabaja en equipo y todo esto se traduce en “mala calidad en la atención”, lo que fue identificado como una de las limitantes en la implementación de la Política Nacional de Salud 1997-2002.²⁰

Todo lo anterior se interrelaciona cuando se habla del personal de salud ante la implementación del MAIS que propone un nuevo modelo de atención que significa grandes cambios, en la atención misma, en la distribución del trabajo, en la distribución espacial, etc.; generando simultáneamente expectativas sobre la actitud del personal frente al cambio.

Actitud frente al cambio: La capacidad que el grupo demuestre para asimilar los cambios, dice la potencialidad de éste para revisar sus marcos de referencia y ajustarlos a las nuevas condiciones concretas con que le toca actuar.

Un cambio se construye a partir de la disolución de un estado anterior de conocimiento y explicación de los fenómenos. Por lo general, esto implica para el grupo una situación de conflicto al que este puede responder con una actitud de resistencia o facilitación.

Hacer explícita la resistencia al cambio, analizar sus causas y buscar soluciones conjuntas habla del grado de crecimiento del grupo como un equipo de trabajo.²¹

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (MAIS):

Este se plantea líneas generales para una transformación de carácter sectorial, con la atención en salud, formas de prestación de servicios, toma de decisiones y el financiamiento necesario para su implantación y desarrollo. Se basa en la aplicación de tres componentes: provisión de servicios, gestión y financiamiento, de los cuales abordaremos los dos primeros, de interés para nuestro estudio. La implementación se desarrolla en tres momentos: 1) Diseño de herramientas; 2) Implementación y ajuste; 3) Seguimiento y Evaluación de la implementación.²²

Conceptualización. El Reglamento de la Ley General de la Salud define el MAIS como: “el conjunto de principios, normas, disposiciones, regímenes, planes, programas, intervenciones e instrumentos para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, centrado en el individuo, la familia y la comunidad, con acciones sobre el ambiente, articulados en forma sinérgica; a fin de contribuir efectivamente a mejorar el nivel de vida de la población nicaragüense”.²³

Objetivos de acuerdo a la Ley General de Salud

1. Mejorar las condiciones de salud de la población, generando actividades oportunas, eficaces, de calidad y con calidez, capaces de producir cambios personales, familiares y comunales, con énfasis en la prevención y la promoción de la salud.
2. Satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población.
3. Proteger de epidemias a la población.
4. Mejorar la calidad de los servicios respondiendo a las expectativas de la población en recibir servicios de salud de calidad con calidez humana.
5. Fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial.²³

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y EL MAIS

El MAIS está basado en la estrategia de atención primaria en salud entendida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentado y socialmente aceptada, puesta al alcance de todos las personas y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

Para mejorar la salud, la atención primaria se centra en la salud de las personas en los contextos de los otros determinantes; es decir, en el medio físico y social en el que las personas viven, estudian, trabajan y se recrean, más que en enfermedades específicas.²³

EQUIPO BÁSICO DE ATENCIÓN DE LA SEDE DEL SECTOR

Estructura y conformación del equipo básico. El personal de salud que conformará los equipos de atención debe tener la capacidad de garantizar en la unidad de salud (sede del sector), el hogar y en la comunidad la entrega del conjunto de prestaciones de salud a las poblaciones asignadas a un determinado territorio llamado sector, para lo cual se requiere formar Equipos Básicos de Atención (EBA), quienes estarán integrados por: Un médico(a) general y, dos recursos de enfermería, inicialmente el perfil de estos recursos estará en dependencia de las realidades y posibilidades locales, hacia futuro la propuesta planteada es, que cada equipo cuente con al menos una enfermera profesional.²⁴

Este equipo contará con el apoyo de la red comunitaria (brigadistas, parteras y colaboradores voluntarios –ColVol-) para el desarrollo de acciones e intervenciones en salud.

El número de un EBA necesarios para la atención de un sector estará en dependencia del número de familias, habitantes, concentración y dispersión de la población, condiciones de accesibilidad, geográfica y cultural entre otras. Se define un EBA para un rango de:

Población urbana : De 4,500 a 5,000 habitantes y,

Población rural: De 2,500 a 3,000 habitantes

El EBA brindará atención integral e integrada a la población (urbano o rural) asignada bajo su responsabilidad desarrollando acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en tres escenarios: el hogar; la comunidad; y establecimientos de salud de forma conjunta con los actores sociales Para conocer en detalle funciones generales y específicas del EBA debe consultar el Manual de Cargos y Funciones del MINSA.²⁴ (Ver funciones generales del EBA en anexo III)

COMPONENTES DEL MODELO

I. Componentes de atención/provisión.

La provisión de servicios es el conjunto de acciones concretas, definidas y organizadas que se brindan a la población y su ambiente, a través de una red de servicios articulados. Incorpora criterios de asignación de la población a ser atendida y los principios relativos al proceso de atención, desarrollando los procesos de gestión clínica y gerencia del cuidado, con énfasis en la satisfacción de los usuarios.

La provisión de servicios contempla la realización de las acciones de promoción de hábitos y estilos de vida saludable, protección frente a las enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación de discapacidades.

Los elementos incluidos en este componente son:

1.1) Grupos de población

Serán consideradas formas concretas de acción en salud específica para grupos y segmentos de la población que por razones de edad, sexo, etnia, costumbres o enfermedad, requieran prácticas especiales. Éstas deberán favorecer la integralidad de las prestaciones y la

adaptación a las condiciones particulares de las personas, así como los cambios en los ámbitos de acción (familia, escuela, comunidad), según su naturaleza y complejidad.

Se considera población vulnerable a todas aquellas personas que no disponen de recursos para satisfacer las necesidades básicas para su desarrollo humano, así como grupos especiales de personas de acuerdo a los factores biopsicosociales, entre otros el binomio madre-niño, personas de la tercera edad y personas con discapacidad.

1.2) Sujetos de la atención

La provisión de servicios para ser efectiva y eficiente considera al individuo como centro de su atención inmerso en un ambiente familiar, en una comunidad y en un entorno físico y ecológico que le favorezcan o limiten en su salud. De ahí que los sujetos de atención son: Atención centrada en las personas, atención centrada en la familia, atención centrada en la comunidad y, atención al medio ambiente físico y ecológico.

Para la identificación de grupos vulnerables se debe focalizar los grupos en base a criterios de riesgo como: Accesibilidad geográfica, acceso a servicios básicos, comunidades con mínimo nivel de desarrollo, inequidades de ingreso, disparidades de género y, oportunidades no equiparables entre las personas (discapacidad).

1.3) Conjunto de prestaciones de salud

Es un conjunto de beneficios de servicios de salud para la población que incluye acciones de protección, prevención, curación y rehabilitación para toda la población, estos se clasifican de acuerdo a los ámbitos definidos en el Reglamento de la Ley General de Salud, en tres grupos:

- Servicios públicos en salud: Grupo de beneficios y acciones de salud pública, vigilancia, fomento y educación dirigidas a promover hábitos, prácticas y conductas favorables a la salud en la persona, familia y comunidad.
- Servicios de protección y prevención en salud: Son acciones encaminadas a prevenir el daño y mantener el bienestar de la población.

- Servicios para la atención oportuna del daño: Son acciones dirigidas a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas.

1.4) Modalidades de entrega de los servicios

Los establecimientos de salud de primer nivel de atención deben contar con recursos razonables para la atención de la población cercana de sus instalaciones a fin de garantizar la extensión de cobertura de las mismas utilizando estrategias como sectorización, coordinación con líderes de la comunidad en función de captar a grupos y familias no cubiertos, organización del trabajo en las unidades tanto intramuros como en la comunidad para garantizar el máximo de eficiencia.

Los establecimientos de salud integrarán vínculos con la comunidad, principalmente en los grupos de población beneficiarias del régimen no contributivo y priorizadas por problemas de accesibilidad y altos índices de pobreza, para desarrollar las acciones definidas en un conjunto de servicios esenciales para la extensión de cobertura.

Las casas maternas como establecimientos de la comunidad y de la sociedad civil apoyados por el MINSA y formarán parte de la red de servicios en los lugares donde se identifique como una necesidad.

Estas modalidades de entrega comprenden por lo tanto la **atención institucional a comunidades alejadas** que se hará a través de visitas programadas, periódicas y sistemáticas, **los establecimientos de salud de primer nivel de atención** y la **atención en los hospitales** (establecimientos de segundo y tercer nivel) la que estará dirigida a apoyar la solución de los problemas de salud priorizados en el país reflejados en el conjunto de prestaciones de salud que se ha definido.

Las principales características de las redes de servicios de salud deben ser: Centrada en el paciente y usuario, enfoque de atención primaria con base comunitaria, tendencia hacia la atención a domicilio y la corta estancia hospitalaria, modelo organizativo de menor a mayor

complejidad, énfasis en las acciones de promoción y prevención en salud, hospitalización reservada para casos técnicamente justificados, utilización racional y eficiente de los recursos disponibles y, definición clara de roles y responsabilidades sectoriales y extra-sectoriales.

Cabe señalar que estas redes están planificadas para cada nivel de atención en salud de acuerdo al grado de su complejidad, en las que no profundizaremos ya que no es competencia de nuestro estudio.

II. Componente de gestión

El componente de gestión permite identificar quién y sobre qué recursos se toman decisiones para el cumplimiento de los objetivos del MAIS, integrando un conjunto de sistemas, procesos, procedimientos y actividades. Tiene como finalidad facilitar la combinación más eficiente de recursos de los diferentes actores del sector para una prestación de servicios efectiva.

Son elementos constitutivos del componente de gestión: la definición de roles y funciones de las estructuras administrativas, el funcionamiento de los sistemas de administración de recursos para la provisión de servicios, la definición de los mecanismos de gestión con los proveedores de servicios.

Aspectos claves para desarrollar el componente de gestión:

a) Desconcentración y descentralización de los recursos

La desconcentración de los recursos, entendida como una forma de organización administrativa en la cual un órgano centralizado confiere autonomía técnica de un órgano de su dependencia para que ejerza una competencia limitada y toma de decisiones para cierta materia o territorio, es la estrategia predominante en el sector público.

La separación de funciones con la definición de los roles, sistemas, procesos, procedimientos y actividades para los diferentes niveles de gestión son de vital importancia para impulsar la descentralización de los recursos.

b) Garantía de la calidad

Los proveedores de servicios de salud deben garantizar la aplicación de normas y procesos definidos por el órgano rector y bajo el control del SILAIS. La garantía de la calidad incluye: La aplicación de normativas de la atención, el registro sanitario, regulación de profesionales, auditoría médica, tribunales bioéticos, habilitación, apoyar la acreditación, la certificación y gestión del uso apropiado de los insumos médicos y fármaco vigilancia.

La organización funcional de los proveedores de salud, debe facilitar la formulación de programas de mejoramiento continuo de la calidad y conformarán equipos de trabajo para garantizar el diseño y rediseños de procesos para el mejoramiento de la calidad en todos los niveles de atención.

c) La participación social

La gestión de salud en los diferentes niveles administrativos debe contar con la participación de los y las ciudadanas en las instancias que se establezcan. A fin de hacer efectiva esta participación es necesario asegurar el empoderamiento de la ciudadanía, y vencer las reticencias del sistema a un poder más compartido. Se debe definir, orientar y controlar la implementación de mecanismos para la participación social efectiva en la planificación, ejecución (vista como una gestión compartida de las acciones, desde la perspectiva constitucional que la salud es un deber de todos los ciudadanos) y de control de gestión, identificando la equidad, eficiencia y efectividad de las intervenciones en salud en términos de resultados.

d) Capacidades gerenciales y de liderazgo

El desarrollo de habilidades gerenciales y liderazgo en el personal directivo y técnico en los niveles administrativos requiere de un programa de capacitación, actualización y evaluación de las mismas.²⁵

V. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Cualicuantitativo.

Área de estudio: Se realizó el estudio en los centros de salud abajo señalados, que brindan atención a la población de los Distritos II y III de la ciudad capital, y en los cuales se implementaba el MAIS a nivel piloto desde el 2006, tenemos así:

- ✓ C/S Francisco Morazán: Ubicado en la colonia del mismo nombre, en la región nor-occidental de la capital. Distritos II
- ✓ C/S Sócrates Flores: En el barrio Santa Ana, en la región nor-occidental de la capital. Distritos II. Cuenta con dos plantas.
- ✓ C/S Altagracia: Ubicado en las inmediaciones del Mercado Israel Lewites. En la región sur-occidental de la capital. distrito III.
- ✓ C/S Edgar Lang Sacaza: Se encuentra ubicado en el centro comunitario Róger Deshón Argüello, en el barrio San Judas zona sur occidental de Managua, distrito III.

Destacando la importancia del c/s Edgar Lang por brindar atención a 35 barrios y asentamientos que reúnen en total a una población de 120,923 personas que representan el 8% de la población capitalina y, del c/s Francisco Morazán el cual tiene carácter policlínico por contar con ocho especialidades que reciben referencias de los municipios de: Masachapa, El Crucero, San Rafael Del Sur, Villa Carlos Fonseca, Mateare, Ciudad Sandino y de las otras tres unidades de atención incluidas en el estudio. Ambos funcionando en sus nuevas instalaciones.

La distribución de los trabajadores según condición laboral en las unidades de salud se muestra a continuación:

Condición Laboral	Unidad de salud				Total
	Altagracia	Edgar Lang	Morazán	Sócrates	
Médico gral. atención directa	4	6	7	7	24
Médico cargo administrativo	1	2	1	2	6
Médico especialista	4	2	4	0	10
Enfermera jefa	1	1	3	0	5
Enfermera atención a pacientes	13	5	12	7	37
Auxiliar de enfermería	5	4	11	7	27
Total	4	6	7	7	24

Unidad da análisis: Trabajador de la salud; médicos y enfermeras de la población de estudio.

Población: La constituyeron un total de 156 médicos y personal de enfermería de los centros de salud de los distritos II y III.

Muestreo: Por conveniencia (factores económicos).

Tamaño de la muestra: El tamaño de la muestra fue de 109, de los cuales 40 fueron médicos y 69 enfermeras cuya selección fue realizada a conveniencia, tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Médico en cargos administrativos o en atención directa al paciente.
- Enfermera jefa de unidad, en atención directa o auxiliar de enfermería.
- Voluntad expresa del personal de salud.

VARIABLES DEL ESTUDIO:

Cuantitativas:

Funciones del equipo básico de atención

Características del modelo MAIS

Grado de satisfacción del personal de salud

Cualitativas:

Valoración en cuanto a ventajas y desventajas para la población y para ellos mismos

Condiciones para la implementación.

Instrumento de recolección de información: Entrevista a profundidad a informantes claves y encuesta.

- Entrevista con informantes claves: La guía de entrevista contenía aspectos significativos sobre el desarrollo de Plan De Los Pequeños Pasos, como una apreciación general de la adaptación y contento de los trabajadores con las modificaciones que implicaba el MAIS, tanto en sus nuevos roles como en la distribución espacial y su conocimiento de los avances en otras unidades asistenciales.

- Encuesta. La información fue obtenida mediante entrevistas, utilizando un cuestionario (Ver anexo N°1) previamente diseñado en base a la documentación del modelo MAIS y validado con el personal de salud seleccionado.

Para organizar el trabajo de campo se establecieron contactos con los directores y subdirectores de los centros de salud a fin de solicitar la autorización para ejecutar el plan de entrevistas, el cual se realizó en el espacio laboral, procurando la menor afectación en la atención a la población y el tiempo no laboral del personal.

Plan de Análisis: Para el procesamiento se diseñó una base de datos utilizando el paquete estadístico para ciencias sociales (spss), introduciendo los mismos en forma codificada y haciendo un control de calidad del 10% de las encuestas.

En cuanto a las funciones del equipo básico de atención, se analizaron las siguientes variables: la oferta de servicios en los hogares y la comunidad, coordinación con la familia y actores sociales sobre prevención, promoción y autocuidado con la familia, participación a nivel del municipio, participación en las actividades de capacitación, educación continua, investigación clínicas, epidemiológicas, operativas y organizacionales a nivel del sector en el cual se acciona.

La oportunidad que presenta el modelo MAIS para mejorar los conocimientos y las habilidades del personal de salud y la facilitación de los recursos y herramientas necesarias para brindar los servicios, fueron las características del modelo, que se sometieron a evaluación.

El nivel de análisis se realizó tomando en cuenta parámetros de la estadística descriptiva tales como: promedio, porcentaje y frecuencia, obteniendo así, la distribución de las personas entrevistadas según edad, sexo, unidad de salud y ubicación laboral. Para conocer el grado de satisfacción del personal de salud con el cambio hacia el nuevo modelo de atención, se procedió a analizarlo tomando en cuenta el puntaje promedio, expresándolo en una escala entre (-2) y (+2). En el que 2 correspondía a muy satisfecho,

1 a algo satisfecho, 0 a igual que con modelo anterior, -1 a algo insatisfecho y -2 a muy insatisfecho.

Los datos cualitativos fueron procesados en el programa Open Code, en el cual fueron agrupados y codificados de acuerdo a su contenido, posteriormente se analizaron y para facilitar su comprensión se calculó proporciones a las matrices descriptores.

VI. RESULTADOS

A. Caracterización de los trabajadores de la salud entrevistados.

El 81% de los entrevistados están en una edad comprendida entre los 31 y los 54 años de edad; un 81% son del sexo femenino; el promedio de años de servicio es de 18 años, con un mínimo de 1 año y un máximo de 38; el 63% pertenecía al personal de enfermería, y 37% al personal médico. (cuadro 1)

Cuadro 1: Distribución de los entrevistados según edad, sexo, unidad de salud y ubicación laboral. Managua, 2007.

Características	Número	Porcentajes
Edad		
19 – 30	13	11.9
31 – 42	46	42.2
43 – 54	42	38.5
55- 66	8	7.3
Sexo		
Femenino	88	80.7
Masculino	21	19.3
Unidades de salud		
Altagracia	20	18.3
Edgard Lang	38	34.9
Francisco Morazán	28	25.7
Sócrates Flores	23	21.1
Años de laborar		
1-10	24	22.0
11-20	42	38.5
21-30	35	32.1
31-40	8	7.3
Ubicación laboral		
Médico gral. en atención directa pacientes	24	22.0
Médicos en cargos administrativos	6	5.5
Médicos especialistas	10	9.2
Enfermeras jefes	5	4.6
Enfermeras en atención directa a pacientes	37	33.9
Auxiliar de enfermería	27	24.8
Total	109	100.0

B. Concepto del MAIS.

El 61% de las personas expresó que el MAIS representa una atención integral. “...su objetivo es garantizar la atención integral”, dijo uno. Predomina la idea de que la integralidad se refiere a la atención de los pacientes en la unidad de salud, favoreciendo la calidad y reduciendo el tiempo que invierten los pacientes en recibir atención: “que al paciente se le satisfagan sus necesidades de salud en un sola consulta...”, “atención integral con calidad con disminución de los tiempos de espera”, “...atención al paciente para mejorar la atención al mismo, ” “modelo que debería aplicarse para que al paciente no se le vuele de un lado a otro”. Pocos expresaron que la integralidad hay que pensarla en referencia a la familia y a la comunidad: “es atención integral a la familia”, “es proporcionar atención integral al individuo y a la comunidad, con equidad”, “Es un modelo participativo con los diferentes actores de la comunidad en conjunto con el personal de salud”, “...más prevención”. Uno de los entrevistados dijo que MAIS significa atención integral, porque así lo dice su nombre, pero que en realidad no conoce su significado.

Algunas de las personas entrevistadas señalaron que el MAIS tiene que ver con extensión de cobertura y con facilitar el acceso a los servicios de salud: “Extensión de cobertura a la población”, “atención más cercana a la comunidad por grupos poblacionales”, “facilitar a la población el acceso a los servicios de salud”.

El 18% de las personas entrevistadas no pudieron expresar ningún concepto del MAIS, o bien explícitamente dijeron que no lo entendían: “No me han capacitado, por lo que desconozco”, “no lo entiendo bien”, “no lo puedo definir”. “No entiendo, un día se hace de una forma y al siguiente de otra”.

Aproximadamente el 8% de los entrevistados expresó conceptos negativos, algunos haciendo ver que los recursos son insuficientes para su implementación: “Es un modelo no acorde a la realidad del país y la cantidad de personal médico”, “El MAIS ha venido a desbaratar el modelo. No se sabe lo que pretende, lo confunde a uno”, “Es un revoltijo que ha puesto patas arriba todo. Aunque la atención es completa, es hacinada”.

Es interesante lo expresado por una persona: *“Es lo que siempre se ha hecho en un puesto médico, trasladado al centro de salud ahora”*.

C. Valoración que hace el personal acerca del MAIS.

C1. Ventajas y desventajas para la población

C1.1 Calidad de la atención

En respuesta a la pregunta abierta: *“¿Qué ventajas y desventajas tiene el MAIS para la población?”*, una franca minoría de los trabajadores de la salud mencionó la calidad como una ventaja. Uno dijo: *“atención de calidad en poco tiempo”*. *“más atención”*. Relacionado con lo anterior, uno de cada cuatro entrevistados señaló la integralidad en la atención como ventaja del modelo, asociando bastante este término con atender en una misma visita varios aspectos de la salud del paciente: *“se atiende en un tiempo todas sus quejas”*, *“se atiende la mujer varias cosas el mismo día y a su bebé”*; *“con la atención integral no hay que buscar atención especializada”*.

Por el contrario, otros mencionaron como una desventaja del MAIS la disminución de la calidad. Dijeron: *“Baja calidad”* *“disminuye la calidad de la atención”* *“poco tiempo de atención real”*, *“se da cantidad, no calidad”*. Es notoria la preocupación por el descuido a los programas: *“hay dificultad en la atención del CPN...”* *“a los pacientes crónicos no los ve un solo médico”*, *“rechazo a atender púerperas por algunos médicos”*, *“a la embarazada con resultados de laboratorio, sólo le interpretan el examen”*, *“se pierde lo dirigido a grupos priorizados”*. Uno expresó muy preocupado que *“no se resuelve al paciente de menor riesgo”*.

En la pregunta cerrada sobre expectativas relativas a cambios en la calidad de atención con la implementación del MAIS, 54.1% espera que la calidad mejore algo o mucho, mientras 45% esperan que será igual o inferior. (cuadro 2)

Cuadro 2: Distribución del personal de salud según sus valoraciones sobre los cambios en la calidad de atención inducidos por el MAIS, en comparación con el modelo anterior. Managua, 2007.

Valoración	Porcentaje (n=109)
Muy superior	27.5
Un poco superior	26.6
Es igual	24.8
Un poco inferior	11.9
Muy inferior	8.3
No opina	0.9
Total	100.0

Con el mismo fin de conocer más sobre la valoración que hace el personal de salud sobre los cambios en la calidad de atención derivados de la implementación del MAIS se les preguntó: “En el modelo anterior, el personal tenía cierta especialización en el programa en que trabajaba. Ahora atiende de una manera más amplia, a personas en una mayor variedad de situaciones. ¿Considera que este último tipo de atención beneficia o perjudica a los pacientes?” Casi el 60% respondió que el cambio beneficia algo o mucho a la población, mientras 40% piensa que no hay beneficio adicional, o que significa más bien perjuicio para la población. (cuadro 3)

Cuadro 3: Distribución del personal de salud según sus valoraciones sobre el hecho de pasar de una situación en que médicos y enfermeras estaban relativamente especializados en un programa, a otra en que les toca que atender una mayor variedad de condiciones. Managua, 2007.

Valoración	Porcentaje (n=109)
Beneficia mucho	35.8
Beneficia un poco	23.9
Es igual	15.6
Perjudica un poco	16.5
Perjudica mucho	8.2
Total	100.0

C.1.2 Tiempo de espera

Aproximadamente tres de cada diez trabajadores mencionaron la disminución del tiempo de espera como una ventaja del MAIS. Muchos asocian esta disminución a la implementación del horario escalonado. Algunas expresiones textuales fueron: *“El paciente citado no espera mucho”, “menor tiempo de espera por horario escalonado” y “pacientes citados minimizan su estancia en la unidad de salud”*.

Por el contrario, una parte de los trabajadores, aproximadamente uno de cada seis, señaló que más bien el tiempo de espera se incrementa: *“demasiado tiempo de espera”, “el paciente no citado, aunque venga primero, espera más”, “larga espera” “las embarazadas esperan mucho cuando es su ingreso al programa” “no funciona el horario escalonado”*.

En las respuestas cerradas sobre este tema específico, la mitad de los trabajadores perciben que con el MAIS los pacientes tienen que esperar más tiempo, mientras la otra mitad nota que esperan igual o menos tiempo para ser atendidos. (cuadro 4)

Cuadro 4: Distribución del personal de salud según sus apreciaciones sobre el cambio en el tiempo que esperan los pacientes para recibir atención. Managua, 2007.

Valoración	Porcentaje (n=109)
Mucho mayor	26.6
Un poco mayor	22.9
Es igual	17.4
Un poco menor	21.1
Mucho menor	10.1
No opina	1.8
Total	100.0

C1.3 Otras ventajas y desventajas para la población

Otras ventajas mencionadas fueron: *“seguimiento del paciente”, “más medicamentos”, “permite identificar mayor población de riesgo”, “más énfasis en charlas a pacientes” “menor numero de consultas”; “recibir satisfacción a sus necesidades”, “mayor respuesta a sus necesidades...” “satisfacción de la población”.*

La desventaja mencionada con mayor frecuencia fue la insuficiente disponibilidad de recursos humanos y materiales, señalada por cerca de cuatro de cada diez entrevistados: *“Mala distribución de recursos humanos y económicos...” “faltan recursos de enfermería”, “no hay suficiente personal para atender en la comunidad” “...”un solo médico para demasiada gente”.* Con respecto a los recursos materiales las expresiones fueron; *“no hay materiales para darle buena atención a la gente”, “falta medicamentos”, “falta equipamiento”.* Incluso advierten: *“el trabajador no recibe los medios necesarios para realizar su trabajo”, “hay infraestructura inadecuada...” “...las clínicas son muy pequeñas” “no hay privacidad” y mencionan “riesgo de infecciones cruzadas”*

Unos pocos señalaron como desventajas: *“tropiezo en la apertura de expediente por falta de cédula”, “falta educación a la población” “...la población puede desinteresarse, pues lo llegan a buscar cuando inasiste”, “exámenes tardan más por la demanda”, “no se priorizan grupos de edad”*. Aunque también fueron muy pocos los que muestran preocupación ante la posibilidad de que su situación laboral con el modelo MAIS se convierta en desventaja para la población, vale mencionar sus inquietudes.: *“médicos no quieren atender a subsecuentes”, “el modelo se centraliza en el médico” y “el personal de enfermería se ve limitado en sus funciones” “el personal no gana viáticos”*.

Aproximadamente uno de cada diez trabajadores indicaron que no encontraban que el MAIS tuviera ventajas para la población, mientras que cerca de uno de cada doce trabajadores dijeron que no representa ninguna desventaja para la población.

C2 Ventajas y desventajas para los trabajadores de la salud

El 22.7% de los trabajadores de la salud no mencionó ninguna ventaja del MAIS para sí, a los que se agregan un 29.7% que señalaron expresamente que el modelo no representa ventajas para el trabajador. En cambio sólo dos trabajadores de la salud expresaron que el modelo no les trae desventajas. Es decir que señalaron más desventajas que ventajas en el modelo como se expone a continuación.

C2.1 Capacitación

Algunos perciben como ventaja la capacitación y la posibilidad de atender una variedad más amplia de pacientes: *“...la actualización” “práctica general”, “manejo de varios programas”, manejo más amplio de enfermedades” “aplicación de todos los conocimientos”*.

En contraste hay quienes sienten deficiencia en la capacitación que reciben: *“no se capacita al personal”, “por exceso de trabajo no se logra capacitar a todo el personal adecuadamente”*.

En las preguntas cerradas, al personal médico y de enfermería se le solicitó su valoración sobre su grado de capacitación para algunas funciones del EBA en una escala de puntuación del 1 al 10, en donde 1 es el mínimo y 10 el máximo.

El valor promedio más alto obtenido en las funciones evaluadas, es de 5.71, que traduce una necesidad de capacitación sobre el modelo y sus funciones, pues la tendencia muestra que se hacen valoraciones bajas a la capacitación disponible para el personal, para su buen desempeño. (cuadro 5)

Cuadro 5: Valoración que el personal de salud tiene sobre su propio grado de capacitación para cumplir funciones del Equipo Básico de Atención, definidas en el MAIS, expresado en puntaje. Managua, 2007.

Funciones	Promedio (escala 1 a 10)
Ofrece servicios de salud en los hogares.	4.19
Ofrece servicios de salud en la comunidad.	5.71
Identificar factores de riesgos biosicosociales y ambientales en al comunidad.	5.23
Coordinar con la familia comunidad y actores el desarrollo de acciones de promoción prevención y autocuidado de la salud.	5.08
Participar en las actividades que se convocan a nivel municipal.	4.28
Garantiza el abastecimiento de insumos médicos y no médicos promoviendo uso racional del EBA.	5.00
La participación en actividades de capacitación, educación continua e investigación.	5.37
Participar en el desarrollo de investigaciones clínicas, epidemiológicas, operativas y organizacionales a nivel del sector.	5.01

C2.2 Carga laboral

La mitad de los entrevistados señalaron que el establecimiento del MAIS les significa una mayor carga de trabajo como desventaja: “*es más lo que uno trabaja*”, “*recarga de trabajo con igual paga*”, “*más trabajo y responsabilidad*”, “*se recarga de trabajo al médico por lo*

que termina atrasándose”, “más cansancio menos plata”, “funciones que no competen con el trabajo contratado” “mucho presión para cumplir metas”, y este último comentario sorprende mucho “...explotación al trabajador...” .

Los médicos y enfermeras comparten la opinión que el MAIS define más tareas sin incrementar el salario, lo que consideran una desventaja; *“el mismo salario”, “no pagan lo suficiente”, “menor o igual remuneración salarial”, “no hay viáticos”, “no se paga transporte”, “más funciones con igual paga”.*

Cerca de uno de cada ocho entrevistados perciben que con el MAIS deben de invertir más tiempo; *“mucho tiempo para atender a los pacientes”, “se extiende el horario de atención”, “solo el llenado de la papelería quita mucho tiempo”, “se pierde tiempo”, “aumento en los tiempos de espera por la variedad de pacientes a atender”.*

A manera de resumen presentamos las respuestas de los trabajadores de la salud sobre su grado de acuerdo con algunas funciones del EBA con una escala de puntuación del 1 al 10, en donde 1 es el mínimo y 10 el máximo. Con la función relacionada con la oferta de servicios en los hogares, la mayoría no está de acuerdo, aunque el promedio más bajo obtenido 2.72 corresponde a la participación en actividades convocadas por el nivel municipal. En cambio para las otras funciones osciló entre 6.49 y 6.91, lo que significa que el personal no está por completo en acuerdo.

La participación en actividades de capacitación, educación continua e investigación es la función con la que más está de acuerdo el personal de salud. (cuadro 6)

Cuadro 6: Grado de acuerdo del personal de salud con algunas funciones del equipo Básico de atención (EBA) definido en el MAIS, expresado en puntaje promedio. Managua, 2007.

Funciones	Promedio (escala 1 a 10)
Ofrece servicios de salud en los hogares.	4.78
Ofrece servicios de salud en la comunidad.	6.56
Identificar factores de riesgos biopsicosociales y ambientales en al comunidad.	6.72
Coordinar con la familia comunidad y actores el desarrollo de acciones de promoción prevención y autocuido de la salud.	6.91
Participar en las actividades que se convocan a nivel municipal.	2.72
Garantiza el abastecimiento de insumos médicos y no médicos promoviendo uso racional del EBA.	6.49
La participación en actividades de capacitación, educación continua e investigación.	7.55
Participar en el desarrollo de investigaciones clínicas, epidemiológicas, operativas y organizacionales a nivel del sector.	6.75

Aproximadamente uno de cada ocho de los trabajadores de la salud mostraba descontento con las funciones que deben de desempeñar en el EBA: *“al médico no se le define su perfil”, “los médicos realizan más trabajo administrativo”, “la auxiliar y la enfermera se están tornando secretarias clínicas”, “el personal de enfermería esta subutilizado”*.

Por otro lado, se nota en las respuestas que existen mutuas valoraciones adversas entre médicos y enfermeras sobre el papel que están jugando en el modelo: *“la auxiliar de enfermería no da atención a los pacientes” “...disminuye la productividad de la enfermera”, “...médicos no realizan la atención integral”, “toda la responsabilidad recae en la enfermera”, “el médico no asume su función” “los médicos mandan al paciente donde la enfermera”*. Respecto a esto, es importante anotar un comentario realizado por una enfermera, en voz muy baja; *“con esta nueva manera de atender hay que consultarle al*

doctor el diagnóstico y tratamiento del paciente que uno está atendiendo, a algunos médicos no les gusta y no nos ayudan”.

Y esto es lo que contestaron los médicos sobre su propia participación en las diferentes funciones del EBA en las preguntas cerradas:

El médico en cargo administrativo está participando más en las funciones relacionadas a la oferta de servicios e identificación de factores de riesgo en la comunidad, abastecimiento de insumos y actividades de educación continua y capacitación. El médico especialista muestra poca participación en la mayoría de las funciones señaladas, llamando la atención que no haya sido integrado en las actividades de capacitación y desarrollo de investigaciones.

El médico general en atención directa a pacientes tiene su mayor participación en las tareas de servicios en la comunidad y actividades de educación continua, y es el segundo menos participativo en la oferta de servicio en los hogares. (cuadro 7)

Cuadro 7: Porcentaje del personal médico que participa en las diferentes funciones del Equipo Básico de Atención. Managua 2007.

Actividades	Porcentaje			
	Administrativo n=6	Especialista n=10	General n=24	Total n=40
1. Ofrece servicios de salud en los hogares.	17	40	25	28
2. Ofrece servicios de salud en la comunidad.	67	40	58	55
3. Identificar factores de riesgos biopsicosociales y ambientales en la comunidad.	67	30	46	45
4. Coordinar con la familia comunidad y actores el desarrollo de acciones de promoción prevención y autocuido de la salud.	50	40	42	43
5. Participar en las actividades que se convocan a nivel municipal.	33	30	30	30
6. Garantiza el abastecimiento de insumos médicos y no médicos promoviendo uso racional del EBA.	67	30	42	43
7. La participación en actividades de capacitación, educación continua e investigación.	67	30	63	55
8. Participar en el desarrollo de investigaciones clínicas, epidemiológicas, operativas y organizacionales a nivel del sector.	50	30	50	45

Las enfermeras por su parte se distribuyeron porcentualmente según su participación activa en las mismas funciones del EBA de la siguiente manera; la enfermera en jefa tiene una participación alta para las funciones relacionadas a la oferta de servicios de salud en los hogares y la comunidad, el desarrollo de acciones de promoción y prevención así como la participación en actividades convocadas por el nivel municipal.

Es bastante alto el porcentaje de participación de las enfermeras en atención directa a pacientes y la auxiliar, en general destacándose en las funciones de oferta de servicios en la comunidad y coordinación de actividades de promoción y prevención en salud con las familias, y la atención en los hogares y el abastecimiento de insumos médicos y no médicos, respectivamente. (Cuadro 8)

Cuadro 8: Porcentaje del personal de enfermería que participa en las diferentes funciones del Equipo Básico de Atención. Managua 2007.

Actividades	Porcentajes			
	Jefas n=5	Atención pacientes n=37	Auxiliares n=27.	Total n=69
1. Ofrece servicios de salud en los hogares.	60	68	66	67
2. Ofrece servicios de salud en la comunidad.	60	78	57	68
3. Identificar factores de riesgos biopsicosociales y ambientales en la comunidad.	60	57	57	57
4. Coordinar con la familia comunidad y actores el desarrollo de acciones de promoción prevención y autocuido de la salud.	60	70	40	58
5. Participar en las actividades que se convocan a nivel municipal.	60	32	30	33
6. Garantiza el abastecimiento de insumos médicos y no médicos promoviendo uso racional del EBA.	40	57	48	52
7. La participación en actividades de capacitación, educación continua e investigación.	20	62	63	59
8. Participar en el desarrollo de investigaciones clínicas, epidemiológicas, operativas y organizacionales a nivel del sector.	13	49	55	49

C2.3 Otras ventajas y desventajas

Alrededor de uno de cada seis entrevistados señalaron que una ventaja del modelo es establecer un vínculo más estrecho y agradable con la comunidad: *“mejor conocimiento de la población”, “apoyo al paciente en su comunidad”, “más comunicación”, “relación bonita con la comunidad” “mejor conocimiento del terreno y la morbilidad de los pacientes”*

Siempre sobre ventajas del modelo para sí, unos cuantos contestaron en realidad beneficios para la Institución o para los pacientes, lo que de alguna manera les resulta gratificante: *“establecer prioridades” “atención centralizada” “racionalizar recursos” “calidad a un grupo reducido de pacientes”, “da la posibilidad de mejor atención”, “brindar atención de calidad”, “buena atención al paciente”, “atención integral, “mejor organización”, “...uno tiene que actualizarse más” “todo el personal de salud atiende a un número igual de paciente”, “trabajo en equipo” “rapidez en la atención”, “atender más rápido, se supone”, “agiliza el trabajo”.*

Así mismo unos pocos citaron como propias, desventajas del modelo para los pacientes, lo que quizás les cause insatisfacción: *“disminuye la calidad de la atención brindada”, “el MINSA pide productividad y no calidad”, “...falta calidad homogénea para todos los pacientes”.*

En general médicos y enfermeras, comparten un cierto sentimiento de impotencia o desamparo; *“Hay agresión al personal de salud por parte de los pacientes”, “el personal de salud no tiene derechos”, “...que el paciente tiene todos los derechos”, “...el trabajador esta desprotegido ante la ley”, “la atención en la comunidad te expone a mayor riesgo delincriminal, en esta semana asaltaron a dos compañeras” “uno expone la vida por el acceso...” “no hay vigilancia en puestos médicos”.* Un médico en cargo administrativo comentaba *“no existe un seguro que lo cubra a uno si me ocurriera algo en una zona como La Chureca, que está en este territorio, ¿y a mis hijos quién?”*

Aproximadamente uno de cada cinco entrevistados se siente mal por la insuficiente disponibilidad de recursos: *“puestos médicos no equipados, un solo médico para demasiada población”, “no hay personal suficiente para atender la demanda de la población”, “...no se cuenta con la totalidad de equipos para la atención”, “...se trabaja con lo que se puede en la unidad”, “falta de recursos humanos”, “falta de recursos y medios”.*

Otras desventajas citadas fueron: *“difícil asimilación”, “despidos”, “la productividad sigue siendo la misma; no ha aumentado con el MAIS”, “los pacientes espera más de nosotros en la atención integral, que se le resuelvan todos los problemas”, “zonas especiales es difícil atenderla”, “paciente crítico ya no es derivado”, y una respuesta con sentido de indignación obtenida fue: “y muchas más que no vale la pena mencionar”.*

C3 Condiciones para la implementación de MAIS

De los comentarios y/o sugerencias sobre las condiciones para la implementación del MAIS, cuatro de cada diez trabajadores de la salud manifestaron opiniones negativas al respecto: *“se está implementando por imposición”, “...no mucha gente está de acuerdo” “la exigencias de productividad no se pueden cumplir” “no se le entiende al modelo” “que se cambie este modelo, ya que no funciona” “el MAIS no permite hacer una rápida consolidación de la información o productividad” “el MAIS no está cumpliendo con las oportunidades para mejorar conocimientos y habilidades” “no es igual consulta integral que consulta, la primera requiere más tiempo”, “la falta de presupuesto condiciona la infuncionalidad del modelo”.*

Cerca de un tercio del personal hizo ver la carencia de condiciones materiales: *“falta material e instrumentos” “falta medicamentos” “hay que mejorar infraestructura y seguridad del local para atención comunitaria” “falta equipos para atender en los puestos y en las sedes de sector” “no hay condiciones para laborar”.*

Tres de cada diez entrevistado señalaron la necesidad de más capacitación: *“falta capacitación al personal de salud sobre el MAIS”, “personal no capacitado para trabajo en*

la comunidad". Además, hay inquietudes sobre la inequidad ante las capacitaciones: *"no hay suficiente capacitación al personal de salud activo"* *"que las oportunidades de capacitación sean equitativas entre todos los trabajadores"* *"sería satisfactorio si se capacitara a todo el personal pues por las consultas no nos capacitaron"* *"deberían capacitarnos a todos por igual"*.

La necesidad de aumentar los recursos humanos fue mencionada por uno de cada seis trabajadores: *"se debe cubrir la brecha de recursos humanos para mejorar la implementación"* *"aumentar el número de recursos humanos"* *"el EBA debe tener una enfermera comunitaria, y no hay recursos de enfermería comunitaria formados"*.

Unos pocos mencionaron la necesidad de promover la participación de la comunidad: *"falta integrar a la población"* *"la población subestima la atención en los hogares"* *"la población no está educada para hacer uso adecuado de este modelo"* *"estamos lejos de la integración de la comunidad a los planes de salud"*.

También en relación al trabajo con la comunidad se hicieron notar las dificultades institucionales: *"no hay condiciones en los centros de salud a nivel nacional para atención comunitaria por la situación económica"*, *"el MINSA no tiene la capacidad de ofrecer servicios en el hogar y la comunidad"* *"se necesita llevar todo a la comunidad, y los puestos no esta habilitados"*.

Uno de cada diez, aproximadamente, comentó positivamente: *"me gusta el modelo por ser integral"*, *"sólo hay que estructurar mejor el modelo"*. Sin embargo, algunos dejan ver que lo positivo del MAIS se ha quedado en teoría: *"es bueno ponerlo en práctica, pero bien"* *"el MAIS tiene buenas ideas pero no se han puesto en práctica"* *"planifican bonito, pero nos tiene trabajando con las uñas"*.

Se dieron sugerencias orientadas a las prestaciones: *"remuneración justa del trabajo"* *"garantizar viáticos de transporte"* *"no hay incentivos"*; otras fueron: *"estamos*

desprotegidos ante la ley y no tenemos ni para un abogado” “modificar la ley para proteger al trabajador”.

Algunos comentarios sobre condiciones para la implementación del MAIS tuvieron que ver con política y con la actitud del personal: “*existen luchas de clases políticas que no lo permiten*” “*el MINSA no tiene políticas estables: cuando cambia el gobierno, cambia el modelo*”, “*No es una estrategia la que determina la calidad, sino la actitud del personal*”.

Por otro lado, 50% de los entrevistados señaló que el MAIS contempla la oportunidad para mejorar conocimientos y habilidades, y 34% dijo que les facilitan los recursos y herramientas que necesitan para su trabajo.

D. Grado de satisfacción con la implementación del MAIS

La mitad del personal se siente satisfecho o muy satisfecho en relación a la implementación del MAIS, mientras que la otra mitad la componen los que lo consideran igual que el modelo anterior y los que se sienten insatisfechos o muy insatisfechos (cuadro 9).

Cuadro 9: Distribución porcentual de los trabajadores según el grado de satisfacción con el cambio hacia el nuevo modelo de atención. Managua, 2007.

Grado de satisfacción	Porcentajes(n=109)
Muy satisfecho	21
Algo satisfecho	29
Igual con el modelo anterior	20
Algo insatisfecho	18
Muy insatisfecho	10
No responde	2
Total	100%

Para facilitar la comparación entre segmentos del personal en relación al cambio de modelo, sus valoraciones se transformaron en puntajes, en una escala entre (-2) y (+2), según se explica en material y método. Así, se encuentra que el personal del centro de salud de Altagracia es el que se encuentra más satisfecho con el cambio, mientras que en el “Sócrates Flores” es donde están menos satisfechos (cuadro 10 y anexo V).

Cuadro 10: Grado de satisfacción con el cambio hacia el nuevo modelo de atención, según centros de salud. El grado de satisfacción se expresa en puntaje promedio, en una escala entre (-2) y (+2). Managua, 2007.

Centros de salud	Puntaje Promedio
Altagracia	0.75
Edgard Lang	0.32
Francisco Morazán	0.27
Sócrates Flores	0.13

En cuanto a condición laboral de los entrevistados, se vio que los médicos en cargos administrativos son los que muestran mayor satisfacción, mientras que los médicos generales, en atención directa a los pacientes son los que están menos satisfechos (cuadro 11 y anexo VI)

Cuadro 11: Grado de satisfacción con el cambio hacia el nuevo modelo de atención, según la condición laboral de los entrevistados. El grado de satisfacción se expresa en puntaje promedio, en una escala entre (-2) y (+2). Managua, 2007.

Condición laboral	Puntaje Promedio
Médico en cargo administrativo	1.17
Médico especialista	0.25
Médico general	-0.04
Enfermera jefa	0.60
Enfermera en atención directa	0.62
Enfermera auxiliar	0.18

No hay claridad en la relación entre el grado de antigüedad en el trabajo y el grado de satisfacción con el establecimiento del MAIS. El grupo con menor antigüedad de trabajo es el que mostró mayor grado de satisfacción (cuadro 12)

Cuadro 12: Grado de satisfacción con el cambio hacia el nuevo modelo de atención, según antigüedad del personal. El grado de satisfacción se expresa en puntaje promedio, en una escala entre (-2) y (+2). Managua, 2007.

Años de antigüedad	Puntaje Promedio
1 – 10	0.62
10 - 21	0.18
21 - 30	0.54
≥ 30	0.30

VII. DISCUSIÓN

1. Concepto del MAIS

Una clara mayoría de los trabajadores de la salud concibe al MAIS como una forma de atender a los pacientes que acuden a las unidades de salud. Pocos piensan el MAIS como referido a la comunidad. Prácticamente no hubo referencias a las acciones sobre el ambiente y sobre la calidad de vida de la población.

De tal manera, perciben la integralidad como resolverle a cada paciente que reciben en las unidades de salud todos sus problemas y necesidades en una sola consulta, y aprovechar para atender a la mujer que lleva a su hijo, o viceversa.

A lo anterior se agrega el problema de que casi un quinto de las personas entrevistadas expresó no comprender en realidad en qué consistía el MAIS.

Consideramos que la falta de una adecuada concepción del MAIS tiende a dificultar su apropiada implementación y desarrollo.

2. Valoración del personal de salud sobre beneficios y desventajas del MAIS para la población

Distaba de haber consenso en las valoraciones que hace el personal sobre las ventajas y desventajas que tiene el MAIS para la población. Más bien hay opiniones divergentes. Por otro lado, se observa alguna diferencia entre la información obtenida a partir de las preguntas abiertas que la derivada de las preguntas estructuradas. Así, cuando se les pidió que expresaran ventajas y desventajas derivadas de la implementación del MAIS, una franca minoría mencionó que la calidad de la atención era ahora mejor, mientras se recogieron serias preocupaciones al respecto, que principalmente tenían que ver con el hecho de que con el nuevo modelo se pierde la ventaja que significaba la relativa especialización del personal en determinado programa.

La ventaja del MAIS en cuanto a reducción del tiempo de espera, mencionada por cerca de un tercio del personal médico y de enfermería, parece estar referida fundamentalmente a los pacientes citados, mientras que las personas que llegan por primera vez podrían estar consumiendo igual o más tiempo que antes. Cabe resaltar que los datos obtenidos con preguntas cerradas reflejaron que más de la mitad del personal de salud cree que con el MAIS los tiempos de espera serán mayores o mucho mayores.

Un estudio costarricense presentado en una revista del mismo país, que en su parte medular dice: *“Este nuevo modelo de atención integral ha disminuido los cupos que tradicionalmente se han dado con carácter preferencial a la atención de morbilidad. La atención integral demanda más tiempo del profesional en salud, para cada paciente, por lo que las áreas de salud se ven en la necesidad de disminuir las citas enfocadas únicamente a la morbilidad”*.²⁶

De la información obtenida podemos deducir que en Nicaragua la atención a programas tenía contemplado el seguimiento a pacientes a través de citas, y siendo que de alguna manera el nuevo modelo mantiene priorizada la atención a grupos vulnerables o de riesgo, los pacientes de morbilidad general están siendo postergados y tienen que esperar más tiempo para ser atendidos.

El problema de insuficiente disponibilidad de recursos humanos y materiales, así como de infraestructura inadecuada, es encontrada también en el contexto costarricense, donde un estudio sobre la integración de la APS con otros niveles de atención describe: *“Existen limitaciones en la dotación del recurso humano y deterioro en la planta física de establecimientos ubicados en las zonas urbanas marginales y rurales del país, que atentan contra el desempeño de los servicios de salud”*²⁷. Por otro lado, al compararnos con Brasil²⁸, nos damos cuenta que ese país destinan mayor cantidad de personal de salud al EBA, para la atención de poblaciones más pequeñas que la prevista en nuestro modelo, de manera que en nuestro país tendremos mayores dificultades para conseguir los mismos resultados...

3. Beneficios y desventajas para los trabajadores de la salud:

Los trabajadores de la salud perciben que el cambio al modelo MAIS les trae más desventajas que beneficios. Más de la mitad de ellos dijeron que el modelo no representa o no mencionaron ninguna ventaja para ellos y, para quienes sí expresaron alguna, fue el hecho de establecer un vínculo más estrecho con la comunidad, otro aspecto positivo que llama la atención es que el personal de salud reconoce la importancia de trabajar en equipo esto último se asemeja a la opinión de un 84.2% de los médicos familiares y el 84% del total del personal de salud mexicano que participaron en un estudio del modelo de atención integral para el paciente obeso, hipertenso y diabético²⁹ que expresó la conveniencia del modelo de la siguiente manera: “*mejorar el resultado en salud*” “*mayor apoyo al médico familiar*” y “*fomenta la atención por un equipo multidisciplinario*”. A pesar de esto se debe decir que más que ventajas para el trabajador, estos son beneficios para la Institución, que resultan un tanto agradables al personal de salud.

Ahora bien, la principal desventaja, mencionada por un poco menos de la mitad del personal, fue la mayor carga de trabajo con igual salario. Esta situación tiende a producir insatisfacción en los trabajadores de la salud³⁰.

El principal motivo de grado con respecto a su desempeño en el EBA lo constituyó la participación en actividades de capacitación, educación continua e investigación, aunque sin alcanzar la puntuación máxima de diez. Llama la atención que, a pesar de esta participación amplia en estas actividades de información y capacitación, existan limitaciones en la comprensión del MAIS.

Sentirse parte de un equipo de trabajo es considerado un beneficio y fuente de satisfacción.

Condiciones para su implementación:

Como se vio, un alto porcentaje de los trabajadores manifestó que el MAIS no les facilita los recursos y las herramientas necesarias para desempeñar sus funciones. La insuficiente disponibilidad de recursos humanos les obliga a atender un volumen de pacientes mayor de lo conveniente. Una parte considera que la deficiente capacitación es un problema.

La percepción de que no son adecuadas las condiciones para la implementación del MAIS causa algún grado de descontento con su implementación, que puede encontrar sustento también en la resistencia al cambio, frecuente en estos procesos. Esta resistencia al cambio ya ha sido documentada en informes de la OMS-OPS sobre el modelo de atención integral en salud, tanto en Honduras como en el Perú, donde encuentran que puede deberse a factores individuales, como el hábito, seguridad (trabajo), factores económicos (ingreso), miedo a lo desconocido y procesamiento selectivo de la información; o bien, a por factores actuando a nivel organizacional, como inercia estructural, foco limitado del cambio, inercia de grupo, amenaza a las relaciones de poder establecidas y amenaza a las asignaciones de recursos establecidas³¹

En Honduras, por otro lado los obstáculos para la implementación del modelo en el departamento de Lempira fueron: desmotivación de los recursos humanos, bajo rendimiento del recurso y la no rendición de cuentas.³²

El personal de salud se desmotiva con evaluaciones que caen sobre sus hombros resultados insatisfactorios del trabajo, sin tomar en cuenta la dotación de los recursos necesarios para desarrollar los procesos, como también ocurre en el ministerio de salud costarricense.³³

Sólo un pequeño grupo de trabajadores expresó la necesidad de integrar más a la población al modelo, lo que es de gran trascendencia del MAIS. En efecto, uno de sus pilares fundamentales es la participación social.³⁴

Grado de satisfacción del personal de salud:

La mitad del personal se siente algo satisfecho, de mayor porcentaje, o muy satisfecho en relación a la implementación del MAIS, esto en parte se puede explicar por la variedad de perfiles, los que determinan los roles en el nuevo modelo, como podemos ver que es el médico con cargo administrativo el más satisfecho que prácticamente sigue desempeñando las mismas funciones que con el anterior modelo; el médico general, por su parte es el más insatisfecho y hasta sobra decir que es el trabajador al que se le ha asignado mayor carga laboral.

De las unidades de salud fue en el c/s Sócrates Flores en donde los trabajadores están más insatisfechos. Esto podría deberse a que es la unidad con infraestructura más antigua y no diseñada para la atención en salud. Este problema también se ha presentado en Costa Rica, donde muchas de las edificaciones en las que se establecen las áreas de salud, no han sido construidas para funcionar como tales, lo que dificulta la prestación de los servicios³⁵; condicionando esto al personal al hacinamiento y al paciente a la no privacidad, no acorde a la distribución espacial propuesta en el este nuevo modelo. En cambio, tenemos el centro de salud de Altagracia, en donde el personal se siente más satisfecho. Aquí, además de contar con instalaciones nuevas, les toca atender una población más pequeña, en barrios más accesibles y de menores riesgos delincuenciales.

VIII. CONCLUSIONES

De manera general, los trabajadores de la salud tienen una valoración débilmente positiva sobre el establecimiento del MAIS, aunque en realidad, la mayoría de ellos no tiene un concepto suficientemente claro del mismo.

En efecto, predomina una visión del MAIS como esencialmente referido a la forma de atención a los pacientes, principalmente de los que acuden a las unidades de salud. Una franca minoría lo asocia a trabajo con la comunidad, para ayudarle a superar su calidad de vida. En las expresiones del personal no se refleja la conciencia sobre la necesidad de desarrollar acciones sobre el ambiente. Agregado a lo anterior, casi uno de cada cinco trabajadores no comprende el significado del MAIS.

Hay importantes diferencias en las valoraciones que hace el personal de salud sobre el impacto que tiene en la población el establecimiento del MAIS. Así, mientras una parte considera que la calidad de atención mejora, otro tanto piensa que es igual o peor que con el sistema anterior. En cuanto al tiempo que esperan los pacientes para ser atendidos, de nuevo unos perciben que con este modelo los pacientes esperan menos tiempo, pero otros perciben que ahora tiene que esperar más. Parece que quienes ven reducido su tiempo de espera son los pacientes citados, pero que quienes llegan por primera vez tienen que esperar más.

Por otra parte, la mayoría del personal de salud considera que para ellos la implementación del MAIS les trae más desventajas que ventajas. Perciben que se les aumenta el trabajo, que deben movilizarse a otros lugares de atención, lo que les implica gastos y a veces riesgos. Sienten que el modelo les demanda la prestación de servicios para los cuales no están bien capacitados.

En general el personal considera que no se disponen de recursos para un buen desarrollo de MAIS. Se mencionan deficiencias en infraestructura, en equipamiento, en el número de recursos humanos, y en su propia capacitación.

Globalmente, predomina ligeramente el sentimiento de satisfacción con el cambio hacia este modelo, sobre los sentimientos de insatisfacción. Sin embargo, es preocupante el hecho de

que quienes muestran menos satisfacción son los médicos y enfermeras en atención directa a pacientes, que son la cara de la Institución. El personal en cargos de dirección es el que muestra mayor grado de satisfacción.

IX. RECOMENDACIONES

Es de primer orden de importancia que el MINSA garantice la capacitación de su personal reforzando el aspecto integrador del modelo del que aun no se apropian adecuadamente. La institución debe de asegurar que el personal adquiera las competencias requeridas para cumplir a cabalidad con las diferentes tareas que implica la implementación del MAIS.

Sería muy oportuna la realización de un estudio en el que se incluyan medidas objetivas de la calidad en los programas, incluyendo la medición del tiempo de espera de los pacientes para ser atendidos. Es importante también que se estudie la opinión y grado de satisfacción de la población paciente acerca del nuevo modelo. Es conveniente que las Facultades de Medicina se involucraran en estos estudios evaluativos del MAIS, por su imparcialidad al respecto.

Se debe acelerar el proceso de acondicionamiento de la infraestructura existente, sobre todo en aquellas unidades de salud con planta física deteriorada, así como la identificación de puestos cuya infraestructura tenga las características de funcionalidad, integralidad, flexibilidad y adaptabilidad para la organización del MAIS.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Ministerio de Salud (MINSA). Documento preliminar: Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) Managua, Nicaragua. Abril 2004. p 3, 6,12, 16-23
- 2) MINSA. Plan de los pequeños pasos. Propuesta para mejorar la calidad de Atención en los centros de salud del SILAIS Managua. 1ªedic. FORSIMA.- Comisión de las Comunidades Europeas. Managua, Nicaragua. 2006. p.8-11, 23-30.
- 3) MINSA y OPS. Política Nacional de Salud 2004-2015. Managua, Nicaragua. Mayo, 2004. p 3-21.
- 4) Ministerio de Salud de Costa Rica. La Evolución de la Acreditación de Servicios de Salud. Formato de archivo: Microsoft PowerPoint. Versión en HTML. Disponible en <http://www.insp.mx/Portal/eventos/ponencias/Aula-2-3/Viernes/LA%evoluci%F3n.%202ppt.ppt>
- 5) Ministerio de Salud, Costa Rica. La integración de la APS con otros niveles de atención: Puerta de entrada Costa Rica 2007. Formato de archivo: Microsoft PowerPoint. Versión HTML. Disponible en http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_91119918.ppt
- 6) Revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social. San José. 2003. Modelo de atención integral en salud: la problemática de la falta de cupo por morbilidad. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?Script=sci_serial&pid=1409-1259&lng=es&nrm=iso
- 7) Centeno, Rigoberto Modelo de Atención Integral de la Salud en el Perú. OMS-OPS. Formato de archivo: Microsoft PowerPoint. Versión en HTML. Disponible en <http://www.praes.ogr/eventos/11/1108.ppt>

- 8) Implementación de un modelo de atención integral e integrado en salud. Región Sanitaria Departamental de Lempira, Honduras. Tercer curso internacional de desarrollo de salud en América latina sede Managua, Nicaragua. Septiembre, 2007.
- 9) Díaz Rodríguez, Gustavo. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Modelo de atención integral a pacientes con sobrepeso- obesidad, diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial con la participación de enfermeras de atención primaria y resultados preliminares. 2006. . Formato de archivo: Microsoft PowerPoint. Versión en HTML. Disponible en http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/BB556DE4-7D08-4E77-95C3-93FA7939A439/0/Gustavi_Diaz_Modelo.ppt
- 10) Chorny, Adolfo. Investigación y Sistemas locales de salud. Los sistemas locales de salud: Conceptos, métodos, experiencias. Publicación científica N° .519 OPS/OMS. Editores Paganini, José y Capote MIR. Roberto. Washington, EUA. 1990. p.450-454.
- 11) Abanade Herranz, I. C. Ileras Muñoz. Evaluación de los Programas de salud. Unidad I. Maestría en salud Pública. Centro de investigaciones de la salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 1994. p. 251-259.
- 12) Pavón Lasso, Hipólito. Evaluación de los servicios de salud. Conceptos, indicadores, ejemplos de análisis cuantitativos. Segunda edición, Colombia, Universidad del Valle. 1987. p.11, 180.
- 13) OPS/OMS. Programa de adiestramiento en salud de Centroamérica y Panamá. Análisis del desempeño del equipo local de salud: Compromiso con un proceso estratégico. Vol. I, parte II.1994. p.19.
- 14) Guerra de Macedo, Carlyle. Políticas de recursos humanos en salud educación médica en salud. Vol. XX, parte 4. 1986. p. 415-423

- 15) Haddad Q. Jorge, Clasen Roschke Maria Cristina. Educación permanente del personal de salud serie drh N° 100.1994. p. 82-84.
- 16) Diccionario Microsoft® Encarta® 2006. © 1993-2005 Microsoft Corporation.
- 17) Diccionario Pequeño Larousse Ilustrado. Talleres Gráficos de Printer Colombiana S.A. Santa Fe de Bogota, Colombia. 1993 .p. Percepción 787.
- 18) Gestión Estratégica de Calidad en los Servicios Sanitarios. Un Modelo de Gestión Hospitalaria. Ed. Díaz Santos S.A. Madrid, España 1994. 568 P.
- 19) Sáenz, B. Julio Alberto. Calidad total en las organizaciones del sector salud. Salud y gerencia. Boletín N° 9 enero-abril 1992. p 1,10, 16.
- 20) OPS/MINSA. Política Nacional de salud 2004-2015. Ver referencia 3
- 21) MINSA, PROSIM- GTZ. Gerencia de la Calidad. Promoviendo una Cultura de Calidad en las Sedes SILAIS. Guía del facilitador. Editado con la colaboración de PROSIM, GTZ, UNFPA y LUX DEVELOPMENT S.A. Managua, Nicaragua. p 2, 46, 50.
- 22) Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación Nacional. Plan De implementación del MAIS. Guía para la sectorización y determinación de brechas. MINSA: Managua.2007.
- 23) Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación Nacional. Marco Conceptual del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS): Rol del sistema local de atención integral en salud (SILAIS)/ MINSA: Managua -2ed. Marzo 2007. (Serie No.1 MAIS).

- 24) Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación Nacional. Plan de implementación del MAIS. Ver referencia 22
- 25) Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación Nacional. Marco Conceptual del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). 2007. Ver Referencia 23
- 26) Revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social. V.11 n.1 San José. 2003. Modelo de atención integral en salud: la problemática de la falta de cupo por morbilidad. Ver referencia 6
- 27) Ministerio de Salud de Costa Rica. La integración de la APS con otros niveles de atención: Puerta de entrada Costa Rica 2007. Ver referencia 5
- 28) Centeno Rigoberto. Modelo de Atención Integral de la Salud en el Perú. OMS-OPS.. Ver referencia 7
- 29) Díaz Rodríguez, Gustavo. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Modelo de atención integral a pacientes con sobrepeso- obesidad, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial con la participación de enfermeras de atención primaria y resultados preliminares. Ver referencia 9
- 30) Sáenz, B. Julio Alberto. Calidad total en las organizaciones del sector salud. Salud y gerencia. Ver referencia 19
- 31) Centeno, Rigoberto Modelo de Atención Integral de la Salud en el Perú. OMS-OPS. Ver referencia 7
- 32) Implementación de un modelo de atención integral e integrado en salud. Región Sanitaria Departamental de Lempira, Honduras. Ver referencia 8

- 33) Costa Rica. Ministerio de Salud. La Evolución de la Acreditación de Servicios de Salud.
Ver referencia 4
- 34) Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación Nacional. Marco
Conceptual del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) Ver Referencia 23
- 35) Revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad socia San José. 2003.
Ver referencia 6
- 36) Sistema Vancouver 2000. [http:// www.icmje.org/](http://www.icmje.org/)

ANEXOS

Anexo I:

CUESTIONARIO

Somos egresadas de la carrera de Medicina. Estamos realizando el presente estudio como nuestro trabajo de tesis y, tiene como objetivo conocer la valoración que tiene el personal de salud sobre el MAIS y su implementación, así como el grado de satisfacción con los cambios observados. Solicitamos su colaboración, dándonos sus opiniones y haciéndonos saber cómo se siente con el MAIS. ¿Está en disposición de colaborar con nosotras?

1. En pocas palabras, ¿qué es para usted el MAIS?

2. En general, ¿cómo se siente con el cambio hacia el nuevo modelo de atención?

Muy satisfecho__ (1) Algo satisfecho__ (2) Igual que con el anterior?__ (3)

Algo insatisfecho__ (4) Muy insatisfecho__ (5)

3. Según usted, ¿qué ventajas y desventajas tiene el MAIS para la población?

4. ¿Con el MAIS, qué cambios espera usted que se den en cuanto a calidad de atención?

Muy superior__ (1) Un poco superior__ (2) Igual__ (3)

Un poco inferior__ (4) Muy inferior__ (5)

5. En el modelo anterior, el personal tenía cierta especialización en el programa en que trabajaba. Ahora atiende de una manera más amplia, a personas en una mayor variedad de situaciones. ¿Considera que este último tipo de atención beneficia o perjudica a los pacientes?

Los beneficia mucho__ (1) Los beneficia un poco__ (2) Es igual__ (3)

Los perjudica un poco__ (4) Los perjudica mucho__ (5)

6. ¿Con el MAIS el tiempo de espera de la gente para recibir atención es mayor o menor?

Es mucho mayor__ (1) Un poco mayor__ (2) Tarda igual__ (3)

Un poco menor__ (4) Mucho menor__ (5)

7. ¿Qué ventajas y desventajas tiene el MAIS para los trabajadores de la salud?

A continuación tiene usted una lista de afirmaciones sobre las funciones del Equipo Básico de Atención seguido de tres casillas que respectivamente contemplan: *¿ESTÁ DE ACUERDO?* *¿ESTÁ CAPACITADO?* y *¿USTED PARTICIPA?* , con una escala de puntuación del 1 al 10, en donde 1 es el mínimo y 10 el máximo para las dos primeras y, con la alternativa de respuesta de SI / NO para la última.

RESPECTO A LOS COMPONENTE DEL MODELO	Está de acuerdo	Qué tan capacitado	Usted participa	
	Puntaje	Puntaje	SI	NO
1. Ofrecer de servicios de salud en los hogares				
2. Ofrecer servicios de salud en la comunidad				
3. Identificación de factores de riesgo biopsicosociales y ambientales en la comunidad				
4. Coordinar con la familia, comunidad y actores sociales el desarrollo de acciones de promoción y prevención en salud, y autocuidado				
5. Participar en las actividades que convoque el nivel municipal para la evaluación y garantía de la calidad de los servicios.				
6. Garantizar el abastecimiento de insumos médicos y no médicos promoviendo el uso racional y la entrega adecuada a los usuarios				
7. Participar en las actividades de capacitación, educación continua e investigación que se programen para el Equipo Básico de Atención.				
8. Participación en el desarrollo de investigaciones clínicas, epidemiológicas, operativas y organizacionales a nivel del sector.				
9. En el MAIS se contemplan oportunidades para mejorar mis conocimientos y habilidades.				
10. El MAIS me facilita los recursos y herramientas necesarias para mi trabajo.				

Comentarios y sugerencias acerca de la implementación del MAIS:

Datos generales:

Fecha: _____ Sexo: _____ Edad: _____ U/S _____

Años de servicio: _____

¿Cuál es su condición laboral?

Médico gral.en atención directa de Px.

Médico en cargo administrativo

Médico especialista

Enfermera jefa

Enfermera en atención directa Px.

Auxiliar de Enfermería.

Anexos II: FUNCIONES GENERALES DEL EQUIPO BÁSICO DE ATENCIÓN

1. Establecer y garantizar la oferta de servicios de salud a nivel del hogar, la comunidad y el establecimiento de salud, los cuales deben responder a las necesidades y prioridades de los usuarios con énfasis en la niñez, la mujer, los adolescentes, los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas y las personas de la tercera edad con una atención integral e integrada.
2. Contribuir al fortalecimiento de los comités de desarrollo comunitario y su vinculación con las instancias de participación ciudadana. (comunidad).
3. Concertar con la comunidad y los actores sociales la elaboración del Plan de Salud del sector, tomando como base las prioridades definidas en el Análisis de Situación de Salud.
4. Promover y facilitar la participación de la comunidad en las actividades de ejecución y evaluación del plan de desarrollo local.
5. Facilitar actividades de desarrollo de competencias para los miembros de las estructuras comunitarias.
6. Identificar de forma temprana y oportuna los factores de riesgos de tipo biológico, sociales, culturales, ambientales y psicológicos que están incidiendo en salud y calidad de vida de la población de las comunidades.
7. Aplicar de forma conjunta con la familia y la comunidad las intervenciones pertinentes para el control de los factores de riesgo.
8. Fortalecer en coordinación con la comunidad los mecanismos establecidos para referencia y contrarreferencia comunitaria.
9. Coordinar en conjunto con la familia, comunidad y actores sociales del sector las acciones permanentes promoción y prevención de la salud, fomentando el autocuidado individual y colectivo de la salud.
10. Conocer las políticas, programas, planes y proyectos de todas las instancias que inciden en el sector y en el municipio.

11. Garantizar la aplicación de biológicos a todos los niños menores de 5 años; las mujeres en edad fértil y embarazada de su comunidad, así como otros grupos que sean priorizados.
12. Garantizar los insumos para la inmunizaciones de todos los niños menores de 5 años; mujeres en edad fértil y embarazada de su comunidad.
13. Garantizar el abastecimiento de insumos médicos y no médicos promoviendo el uso racional y la entrega adecuada a los usuarios.
14. Realizar los informes oportunamente de los diferentes servicios y la entrega de los mismos en el tiempo estipulado, utilizando el sistema de información establecido por el Ministerio de Salud.
15. Garantizar la permanencia y uso de los diferentes equipos de bioseguridad del personal de salud.
16. Contribuir al cumplimiento de los Convenios de Gestión del Municipio, estableciendo acuerdos internos.
17. Cumplir con las notificaciones obligatorias establecidas por el sistema de Vigilancia Epidemiológica. (Manual de Vigilancia Epidemiológica).
18. Participar en las actividades que convoque el nivel municipal para la evaluación y garantía de la calidad de los servicios que prestan.
19. Garantizar en conjunto con la comunidad el cuidado del patrimonio institucional y comunitario de la sede del Equipo Básico de Atención.
20. Monitorear, y evaluar el mejoramiento continuo de la atención en salud de los usuarios y su impacto, a través de encuestas de satisfacción del usuario externo y seguimiento a la ficha familiar.
21. Participar en las actividades de capacitación, educación continua e investigación que se programen para el Equipo Básico de Atención.
21. Promover y participar el desarrollo de investigaciones clínicas, epidemiológicas, operativas y organizacionales a nivel del sector.

Anexo III: FUNCIONES ESPECÍFICAS DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO BÁSICO DE ACUERDO AL MANUAL DE CARGOS Y FUNCIONES DEL MINSA:

Médico General

1. Brinda servicios de fomento y promoción de la salud, atención médica preventiva curativa y de rehabilitación, así como los casos de emergencia que se presenten y puedan resolverse en el establecimiento.
2. Brinda a quien lo demande atenciones de salud acordes con su formación profesional y apoyo tecnológico disponibles.
3. Atiende oportunamente los casos referidos por los agentes comunitarios u otro personal de salud; así como las contrarreferencias de otros niveles de atención.
4. Realiza visitas domiciliarias a las familias clasificadas como de alto riesgo.
5. Elabora el Plan Local de Salud con la participación de los otros actores sociales claves (comités comarcales, comité de barrios, comité de salud comunitarios, ONG's y otros presentes en el territorio.
6. Dirige y orienta el análisis de situación de salud del sector con la participación activa y comprometida de todos los actores del territorio.
7. Participa en los procesos de capacitación y adiestramiento que se establezcan para el Equipo Básico.
8. Participa en levantamiento y actualización de los censos generales y especiales y el registro nacimientos y defunciones del sector.
9. Monitorea y evalúa las actividades contempladas en el Plan de salud local de con participación de los actores sociales claves.
10. Promueve el desarrollo y consolidación de la participación social en las comunidades: comités comarcales, comités de barrio, comités de salud y red comunitaria.
11. Orienta al personal de salud sobre las normas, procedimientos, disposiciones y nuevas líneas de trabajo emanadas por la dirección municipal.

12. Monitoriza y evalúa el desempeño de las actividades y tareas desarrolladas por cada uno de los miembros del equipo básico.
13. Identifica las necesidades de capacitación, adiestramiento y actualización del personal de salud, en aspectos que se consideren prioritarios para mejorar la calidad de la atención.
14. Mantiene informado al director municipal de las situaciones de riesgo para la salud pública.
15. Actualiza sus conocimientos científicos y perfeccionar sus destrezas y habilidades para el mejor desempeño de sus funciones.
16. Elabora un informe mensual de las sesiones de trabajo realizadas con comités comarcales, comité de salud y los agentes comunitarios (Col-Vol.).
17. Elabora informes mensuales de la producción de servicios y de todas las actividades realizadas a nivel del sector. La información debe ser revisada y analizada por el equipo básico de atención y todos los informes deben llevar el visto bueno y la firma del responsable del sector y en su defecto de la enfermera.
18. Programa sesiones de trabajo del equipo de forma semanal con el propósito de dar seguimiento a los cronogramas de actividades a desarrollar.
19. Envía los pedidos mensuales de medicamentos y materiales de reposición periódica conforme las necesidades y la lista básica de los medicamentos normados.
20. Verifica que el pedido de medicamentos y material de reposición periódica entregado esta conforme a lo solicitado.
21. Orienta a los miembros del equipo básico en la elaboración de su programación mensual de trabajo.
22. Responde por el uso de los medicamentos, material de reposición periódica y mobiliario asignado bajo su responsabilidad.
23. Garantiza a todos los integrantes del Equipo Básico de Atención los medios de protección personal cuando efectúan labores de limpieza y otros procedimientos de riesgo (toma de muestras de fluidos).

24. Vela por el cumplimiento de los horarios de atención definidos para la sede del sector.
25. Apoya las acciones dirigidas a organizar el trabajo comunitario en función de disminuir la presencia de focos de infección o criaderos de vectores que transmiten enfermedades en la comunidad.
26. Apoya la organización y ejecución de talleres de capacitación y evaluación de los agentes comunitarios y otros actores sociales claves.
27. Refiere los casos que ameriten una atención de mayor complejidad.
28. Proporciona los cuadros de mando y otra información requerida por la dirección municipal, para el seguimiento y evaluación de los acuerdo interno de gestión.

Anexo IV: FUNCIONES OPERATIVIZADAS DE LOS MIEMBROS DEL EBA PROPUESTO EN PLAN DE LOS PEQUEÑOS PASOS, CITAREMOS POR EJEMPLO LAS FUNCIONES DEL MÉDICO EN LA ATENCIÓN PRENATAL:

- **El médico** atiende la primera consulta en CPN, VPCD, puerperio, planificación familiar y el ARO potencial. En estas consultas se identifican los problemas de salud de los usuarios así como aquellos usuarios que deben ser objeto de un control y seguimiento, en conformidad con las normas y procedimientos descritos en los programas de salud, incluida las enfermedades crónicas. Atiende igualmente la demanda de morbilidad general.
- Al realizar el proceso asistencial por morbilidad, el médico deberá llevar a cabo actividades de promoción y prevención relativas, por ejemplo, en los controles de crecimiento y desarrollo de los niños, a la planificación familiar, a la prevención del carcinoma de cuello de útero, etc.
- Los casos que precisan de un mayor nivel de resolución, como los ARO reales, deberá ser referidos al especialista correspondiente (en este caso al gineco-obstetra) de la Unidad de Atención de Referencia (UAR) del propio C/S o a la consulta externa del establecimiento de salud de referencia.
- Igualmente deberá de solicitar las pruebas de confirmación diagnóstica que considere pertinente, como exámenes de laboratorio u otros.
- Las embarazadas que consultan por primera vez y las que consultan por morbilidad pasan primero por la **Unidad de Admisión y Archivo** para el trámite de su expediente y posteriormente a la **Unidad de Apoyo Clínico** de la UAI que le indica el personal de admisión.
- Las embarazadas de CPN subsecuentes pasan directamente a la UAI que le corresponde, desde cuya **Unidad de Apoyo Clínico** se ordena el paso a la consulta.
- El primero y segundo CPN los atiende el personal médico, así como la morbilidad. A partir del tercer control la atención es realizada por personal de enfermería.
- El personal de enfermería de la **Unidad de Apoyo Clínico** anota el CPN subsiguiente en la agenda de citas de enfermería, según indicación del facultativo,

orienta a la usuaria con relación a la fecha y hora de su próxima consulta y actualiza el tarjetero activo.

- Si la institución oferta atención especializada de Gineco-Obstetricia se utiliza la modalidad de íter consulta para los casos que no son ARO real, debiendo el médico especialista contra referir a la paciente, con las debidas indicaciones, para que continúe su atención con el equipo de la **UAI** que le corresponde.
- El CPN del embarazo de ARO real se refiere a una consulta con el especialista de Gineco-Obstetricia del establecimiento de salud si se oferta este servicio, o a la consulta externa del hospital de referencia.
- Es parte del CPN la toma del PAP, la promoción del auto examen de mamas y la detección y referencia de VIF.

Anexo V: Distribución porcentual de los trabajadores de la salud, según grados de satisfacción con el cambio hacia el nuevo modelo de atención, por centros de salud a la que pertenecen los entrevistados. Managua, 2007.

COMO SE SIENTE CON EL NUEVO MODELO DE ATENCION	UNIDAD DE SALUD							
	Altagracia		Edgard Lang		Morazán		Sócrates Flores	
	n	% n=20	n	%	n	%	n	%
Muy satisfecho	6	30	10	26	5	18	2	9
Algo satisfecho	7	35	8	21	8	29	9	39
Igual con anterior	4	20	9	23	5	18	4	17
Algo insatisfecho	2	10	6	15	5	18	6	26
Muy insatisfecho	1	5	5	13	3	11	2	9
No responde	0	0	0	0	2	7	0	0

Anexo VI: Distribución porcentual de los entrevistados de acuerdo al grado de satisfacción con el cambio hacia el nuevo modelo de atención, según la condición laboral de los entrevistados. Managua, 2007.

COMO SE SIENTE CON EL NUEVO MODELO DE ATENCION	CARGOS											
	Médico en Cargo Administrativo		Médico Especialista		Médico General		Enfermera Jefe		Enfermera en Atención directa		Enfermera Auxiliar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy satisfecho	1	17	0	0	3	13	2	40	10	27	7	26
Algo satisfecho	5	83	3	30	5	20	1	20	13	35	5	19
Igual con anterior	0	0	3	30	8	33	0	0	7	19	4	14
Algo insatisfecho	0	0	1	10	4	17	2	40	4	11	8	30
Muy insatisfecho	0	0	1	10	4	17	0	0	3	8	3	11
No responde	0	0	2	20	0	0	0	0	0	0	0	0

