

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.  
Facultad de Ciencias Médicas  
UNAN - León**

---



**Informe final de investigación para optar al título de:  
Doctor en medicina y cirugía**

***Diagnóstico situacional en la cobertura en los servicios de salud del Hospital Escuela "Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello". León 2007-2009.***

**Autor:**

Br. César Alejandro Alemán Zapata

**Tutor:**

Dr. Juan Almendárez Peralta

***Septiembre 2010***



## Índice:

---

<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
Introducción	1
Antecedentes	3
Planteamiento del problema	7
Justificación	8
Objetivos	9
Marco teórico	10
Diseño Metodológico	35
Resultados	37
Discusión de los resultados	56
Conclusiones	58
Recomendaciones	59
Bibliografía	60
Anexos	64

---



## Introducción

La calidad es una propiedad que la atención médica posee en grado variable. Calidad se refiere a la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado que es hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión<sup>37</sup>

La búsqueda de “la calidad del servicio” representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud, particularmente en los servicios públicos en donde el compromiso personal para mejorar los estándares de atención a la población esta muchas veces supeditada a las políticas, carencia de recursos, bajos salarios y cultura personal e institucional<sup>36</sup>.

La sociedad debe garantizar que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud. Ello significa que las personas deben de tener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en su país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo de ese acceso. “Los grupos de la sociedad que no pueden hacer uso efectivo de esta garantía constituyen los **excluidos** en salud”<sup>1</sup>.

La dimensión social del derecho a la salud requiere que el Estado brinde los medios y provea los elementos necesarios para satisfacer cualquier nivel de acceso. Para cumplir con esta demanda se requiere que el sistema de salud cuente con los recursos necesarios para hacerlo efectivo. Contar con esos recursos va a depender, en primer lugar, del presupuesto que el estado tenga y/o pueda o decida asignar y del compromiso o reconocimiento que las sociedades hagan de la salud como un bien público, es decir, como un bien del que el Estado es garante.



En los últimos años se ha reconocido que un elemento también importante es que los países del mundo “establezcan un orden social local, nacional e internacional adecuado”,<sup>2</sup>.

La disponibilidad adecuada de los servicios de salud siempre ha constituido una forma efectiva de mostrar el rostro humano del gobierno y una sensación de tristeza cuando los servicios son inexistentes, insuficientes o de mala calidad.

En el mundo existen diferentes regímenes de asistencia sanitaria, regímenes universales, regímenes de seguridad social y sistemas públicos o privados. Cada sociedad debe elegir cuál es la mejor forma de garantizar la seguridad de ingresos y el acceso a la asistencia médica. Esta elección reflejará sus valores sociales y culturales, su historia, sus instituciones y su nivel de desarrollo económico.

Todos los sistemas deberían ajustarse a ciertos principios básicos y en especial, las prestaciones deberían ser seguras y no discriminatorias; los regímenes deberían administrarse de forma sana y transparente, con costos administrativos tan bajos como sea factible...”<sup>3</sup>

Al evaluar los sistemas de salud de América Latina encontramos algunos rasgos que son comunes como: Baja cobertura, Fragmentación del financiamiento, Inequidad en aseguramiento y acceso, Enfoque curativo, Imagen institucional comprometida: expectativas versus satisfacción, Falta de articulación en las funciones de modulación (rectoría y supervisión)<sup>4</sup>.

El MINSA y los donantes han venido promoviendo un proceso de ajustes en las políticas y estrategias relacionadas principalmente con la organización de los servicios de salud, con el objetivo de garantizar una atención de calidad a la población con

---

*\* Artículo 28 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.*



énfasis en los grupos poblacionales más desprotegidos y vulnerables, que permita aumentar la cobertura en la atención, optimizar los recursos humanos, materiales y financieros. Introduciendo nuevos enfoques en los modelos de atención, promoviendo y facilitando la participación comunitaria y la educación a los distintos actores involucrados<sup>37</sup>.

Nicaragua no escapa de esas realidades, encontrando situaciones que hacen difícil la atención de los usuarios con un nivel aceptable de calidad, tanto de unidades de atención primaria como en los hospitales. Esto nos obliga a orientar el interés alrededor del análisis de las coberturas de estos servicios y especialmente hacia los hospitales debido a que el costo es más alto y además que representa el nivel más alto de resolución disponible para nuestras poblaciones. Centraremos nuestro estudio en aportar a la comprensión conceptual y práctica de coberturas en el hospital de León, esperando que el mismo sea el inicio de una serie de enfoques y abordajes de la responsabilidad institucional con las necesidades y demandas de las poblaciones de occidente de Nicaragua.



## **Antecedentes**

Existen muchos conceptos y enfoques de cobertura, para los efectos de nuestro estudio hemos definido como cobertura en salud al conjunto de actividades integradas orientadas hacia la promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se desarrollan bajo la responsabilidad y financiamiento de una institución, la cual se vincula con las personas en forma genérica o nominativa<sup>5</sup>.

El Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello” fue puesto a funcionar en 1980 como un reconocimiento a la población que la Revolución Sandinista hacía a sus demandas. Inicialmente fue concebido como hospital de referencia para atender a las personas aseguradas.

Su construcción vertical de 4 pisos y un sótano con tecnología avanzada en la provisión de servicios y ambientes presurizados lo hacía comfortable para la clase media y los asegurados que tuvieron acceso a sus servicios.

En el cuarto de siglo de funcionamiento el hospital a aumentado la cantidad de servicios en respuesta a las demandas modificando la estructura inicial y restando espacio y belleza a algunos sitios de paso y recreo de pacientes y visitantes.

El deterioro es evidente, en el daño a sus ascensores, sistema de acondicionamiento de aire, ventanas, piso y aunque se ha aumentado el número de camas su relación cama/habitantes ha disminuido por efecto del crecimiento acelerado de la región.

Los cambios introducidos en los últimos decenios por el nuevo modelo de desarrollo global generan grandes cuestionamientos en relación con la posición de los individuos frente a los sistemas de salud.



La situación se hace más compleja al existir una intensa competitividad entre actores y crearse escenarios altamente fragmentados en términos económicos, culturales, sociales, geográficos, de etnia, raza, género, edad, de determinadas condiciones jurídicas (ciudadanos, habitantes, migrantes y demás)<sup>6</sup>.

En un principio los estudios de cobertura estuvieron ligados a los programas de salud preventivos y a la epidemiología, actualmente su interés se ha orientado a la comprensión de la eficiencia de los modelos y sistemas de salud y costes de la atención médica<sup>7, 8</sup>.

La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia puesto que si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible. La medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una tarea de complejidad intrínseca ya que a la medición de conceptos abstractos se añade la variedad de intereses que pueden influir en las evaluaciones subsecuentes. Calidad y eficiencia son nociones abstractas, la necesidad de medirlas es obvia pero es siempre un desafío debido en parte a que los indicadores deben separar la parte de ellos que se debe a las características de los pacientes, de la que se relaciona con la atención prestada. La atención hospitalaria juega un papel preponderante en la atención sanitaria; tiene un alto significado social, pues los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios y son los centros más costosos del sistema de salud por la atención especializada y tecnológicamente avanzada que deben brindar, además del servicio hotelero que lógicamente ofrecen. La evaluación continua de la calidad y la eficiencia de la atención hospitalaria con sus implicaciones sociales y económicas es un imperativo para el sector de la salud<sup>9</sup>.



## **Planteamiento del problema**

Para realizar un diagnóstico situacional en la cobertura en los servicios de salud del Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello”, nos hemos planteado las siguientes interrogantes:

- 1) ¿Cuál es la capacidad productiva del Hospital Escuela?
- 2) ¿Qué actividades desarrolla el hospital para promover los servicios de salud que tiene capacidad de producir?
- 3) ¿Cuál es el compromiso social del hospital en la protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de los pobladores bajo su jurisdicción?
- 4) ¿Cómo se encuentra la cobertura actual de servicios de salud?
- 5) ¿Cómo valoran los ciudadanos que son atendidos los servicios prestados por el hospital?



## **Justificación**

La importancia de realizar esta investigación la cual en un futuro se puede completar para definir las necesidades de los usuarios (evaluaciones objetivas hacia usuarios, alta conformidad en la atención), Establecer objetivos y metas alcanzables (llevar a la institución como referencia de un centro excelente, prestigiado y cooperativo), Desarrollar estándares de calidad (solucionar problemas reales, identificar las oportunidades de mejorar los procesos de salud, basarse en una mejor practica), Hacerse mas competitivos como institución y mejorar practicas de servicios con calidad<sup>14</sup>.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez mas común, a través de ello es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la institución otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Este método representa una de las formas más rápida para evaluar aspectos de calidad de los servicios de salud y a un bajo costo

Asimismo, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención



## **Objetivos**

### **Objetivo general:**

Establecer un diagnóstico situacional en la cobertura en los servicios de salud del Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello”.

### **Objetivos específicos:**

- 1) Describir la capacidad productiva que tiene el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello.
- 2) Valorar la tendencia en la producción de servicios de salud en el HEODRA.
- 3) Valorar la percepción que tienen los gerentes y proveedores de servicios sobre los alcances y limitaciones de la cobertura
- 4) Valorar la percepción de los usuarios y sus representantes sobre la calidad de los servicios producidos por el hospital.
- 5) Describir algunos factores relacionados con la calidad al momento de la atención de los usuarios.



## **Marco Teórico**

### **Calidad en la atención de la salud:**

La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. La dificultad estriba principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción, pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional, entre otros factores.<sup>38</sup>

El concepto de calidad es un término que se origina de la gerencia empresarial donde los productos son tangibles, es decir que se pueden medir o tocar.

En las instituciones se pueden identificar dos tipos de calidad:

“Es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos. Es la atención mediante la cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y más completo bienestar, logrando un equilibrio más favorable de riesgo y beneficio”.

“Es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de la institución”.

Entonces la calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios. Relaciona la entrega amable y respetuosa de los servicios con un contenido técnico óptimo

**“Calidad de las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas”<sup>15</sup>**



**Calidad de atención médica:**

Es el tratamiento que proporciona un médico o cualquier otro profesional individual a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado.

La calidad tiene dos aspectos:

- 1) La atención técnica que es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud de manejo de un problema personal de salud.
- 2) La atención percibida, que se acompaña de la interacción social y económica entre el usuario y el facultativo.

La atención técnica no necesariamente implica menos cuidado que el manejo del proceso interpersonal.

Existe un tercer elemento que le podríamos llamar “amenidades” el cual puede describir características tales como una sala de espera agradable, y cómoda , un cuarto de exploración con buena temperatura, sabanas limpias, una cama cómoda, un teléfono a mano, buena alimentación etc., estos elementos son parte de los aspectos mas íntimos de los lugares en que se presta la atención y forman parte del manejo de la relación interpersonal independientemente que sean brindados por el médico o la institución.

La calidad de la atención médica entonces consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología medica de una manera que rinda el máximo de beneficio para la salud sin alimentar con ello sus riesgos.

El grado de calidad es por lo tanto, la media en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.



El manejo de la relación interpersonal debe llenar valores, y normas socialmente definidos y que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares, estas normas están reforzadas por los dictados éticos de cada profesión y por las expectativas y aspiraciones individuales de los pacientes, en la medida que el proceso interpersonal contribuya al éxito o de fracaso de la atención técnica, ayuda al equilibrio de los beneficios o riesgos que demanda esta atención.

Cuando se dice que la atención es del todo innecesaria, o hasta cierto grado excesiva, se está emitiendo el juicio de la atención en conjunto o en alguna de sus partes, probablemente no contribuirá a la salud o al bienestar del usuario.

La atención innecesaria puede ser también perjudicial o defectuosa en calidad, pero puede haber atención innecesaria pero inofensiva. El proporcionar atención excesiva a algunas personas, les resta posibilidades a otras que lo necesitan más.

La atención redundante, aunque no cause daño, indica descuido, falta de juicio, ignorancia por parte del profesional responsable.

La calidad de la atención y su costo se interrelacionan de diversas maneras obviamente la calidad cuesta dinero, puesto, que presupone más cantidad adecuada de atención y a menudo significa más cuidado.

La calidad de la atención debe estar concentrada en la satisfacción del enfermo como ser humano enfermo. La calidad es en toda empresa la base sobre la cual se construye el éxito ante la sociedad, es virtualmente imposible permanecer dentro de un mercado de alta competitividad si no se hace con calidad.

En todos los tiempos, los parámetros de calidad se han unido en cualquiera de los diversos campos profesionales al éxito o por lo menos al reconocimiento por parte de la comunidad hacia el profesional virtuoso, desde el punto de vista de sus conocimientos y

---



su capacidad de aplicar los mismos, cuando se requiere el uso de diversos aparatos en la consecución de los fines de la medicina.

### **Accesibilidad, continuidad y coordinación**

Accesibilidad: Se puede decir que la atención es accesible cuando es fácil de iniciarse y mantenerse, por supuesto, la accesibilidad depende de las propiedades de los proveedores ya sean instituciones o individuos, que lo hacen más o menos fácil de alcanzar y usar. Pero también depende de la habilidad de los clientes potenciales para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que se interponen entre ellas y la recepción de la atención. Por lo tanto la accesibilidad implica una adaptación entre los proveedores y los clientes que facilitan su unión y esto a su vez influye sobre la calidad de la atención.

La accesibilidad y la calidad están estrechamente relacionadas, pero esto no quiere decir que sean la misma cosa. La accesibilidad de la atención es como la facilidad con la que se inicia y se mantiene la calidad del cuidado como la capacidad esperada de lograr el más alto beneficio neto posible de acuerdo con las valoraciones de los individuos y la sociedad.

Coordinación: puede verse como el proceso mediante el cual los elementos y relaciones de la atención médica, durante cualquier secuencia de atención se acoplan entre sí dentro de un propósito general.

Continuidad: significa falta de interrupción de la atención necesaria y mantenimiento de una relación entre las secuencias sucesivas de la atención médica. Un rango fundamental en la continuidad es la preservación de toda la información acerca de los hallazgos, las evaluaciones y las decisiones pasadas y el ejemplo de estos datos para el manejo presente de una manera que indique estabilidad de los objetivos y métodos de tratamiento o su evolución ordenada y razonable



La coordinación implica el compartir dicha información entre un número de proveedores para lograr un esquema coherente de tratamiento.

Se considera que la continuidad y la coordinación son mejores si la responsabilidad esta centralizada, tanto sea posible en las manos de un profesional.

La accesibilidad, la continuidad y la coordinación son atributos de la atención que influyen sobre la calidad pero permanecen separadas de ellas <sup>16</sup>

***Son problemas de la calidad de la atención en Salud:***

a) Maltrato del personal de salud hacia la población: La población que acude a los centros, puestos de salud y hospitales se queja de recibir maltrato de parte de la mayoría del personal de salud. Se debe señalar, que el maltrato se da en todas las áreas de atención en salud, desde el personal encargado de la seguridad de las instalaciones físicas, recepción y admisión, hasta el personal auxiliar y medico, así como responsables de farmacia.

Por lo general el personal del sector salud, carece de actitudes afables para atender a la población que acude a estos centros.

El maltrato a las personas que demandan atención en salud, es una realidad cotidiana en los centros, puestos de salud y hospitales. Sin embargo, hay situaciones en las que este se agudiza, por ejemplo, cuando debido al lenguaje técnico que los médicos utilizan con los pacientes y sus familiares, estos tienen dificultad para comprender las orientaciones y al pedir se les aclare un asunto, son ultrajados.

b) Negligencia Médica: La población identifica la negligencia médica como otro de los principales problemas que enfrenta el sistema de salud. Son muchas las denuncias presentadas ante la Procuraduría de Derechos Humanos, Centre Nicaragüense de Derechos Humanos y las presentadas en los medios de comunicación sobre casos



en los que por negligencia medica, se ha ocasionado discapacidades, danos orgánicos irreversibles a personas que son sometidas a tratamientos quirúrgicos y aun la muerte.

### **Alcance del derecho a la salud**

Respecto al alcance del derecho a la salud, resulta de suma importancia saber y señalar que el comité de derechos económicos, sociales y culturales, han expresado lo siguiente:

1. El derecho a la salud en todas sus formas y niveles, abarca un conjunto de elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación depende, de las prevalecientes en cada estado

Los elementos que integran el derecho a la salud son los siguientes:

- Disponibilidad: La disponibilidad supone, que los estados deben contar con un número suficiente de centros de atención a la salud, a fin de garantizar la cobertura a toda la población.

La disponibilidad esta relacionada, con la existencia de condiciones sanitarias adecuadas, puesto, centros de salud, hospitales, personal medico, así como medicamentos esenciales

- Accesibilidad: La accesibilidad se refiere a que todas las personas puedan recibir atención en salud, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- No discriminación: es decir, que todas las personas, independientemente de su condición tienen derecho a ser atendidos



- **Accesibilidad física:** El acceso físico se refiere, a que en los centros de atención en salud, deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población. En especial de los grupos que enfrentan condiciones de pobreza

La accesibilidad, también implica que los servicios médicos y los factores básicos determinantes de la salud, como el agua potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas de difícil acceso

- **Accesibilidad económica:** es decir, que la atención en salud deberán estar al alcance de todos

El acceso económico significa, que sobre los hogares más pobres, no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a gastos de salud

- **Acceso a la información:** El acceso a la información, comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar, el derecho de que los datos personales relativos a la salud, sean tratados con confidencialidad
  - o **Aceptabilidad:** La aceptabilidad esta relacionada, a que la atención en salud deberá corresponderse con la ética y además debe ser culturalmente apropiado, es decir, respetuosa de la cultura de la persona
  - o **Calidad:** Además de aceptables, desde la perspectiva de los derechos humanos, la atención en salud deber ser también apropiada, desde el punto de vista científico y medico y de buena calidad



**Principios básicos. Son principios de la ley<sup>10</sup>**

1. Gratuidad. Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, priorizando el cumplimiento de los programas materno infantil, personas de la tercera edad y discapacitados
2. Universalidad: se garantiza la cobertura del servicio de la salud a toda la población, conforme a los términos previstos en los regimenes que se establecen en la presente ley.
3. Solidaridad: se garantiza el acceso de los servicios esenciales de salud, a través de la distribución y contribución de los recursos y conforme a las reglas propias de las diferentes regimenes que se establecen en la presente ley
4. Integralidad: Se garantiza un conjunto de acciones integradas en las diferentes fases de la prevención, promoción, tratamiento o recuperación y rehabilitación de la salud, así como contribuir a la protección del medio ambiente, con el objeto de lograr una atención integral a la personas, su núcleo familiar y la comunidad, de acuerdo de los diferentes planes de salud
5. Participación social: se garantiza la participación activa de la sociedad civil en las propuestas para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de salud en sus distintos niveles, así como su seguimiento y evaluación
6. Eficiencia: optimizar los recursos del sector social a fin de brindar los servicios esenciales que requiere la población
7. Calidad: se garantiza un mejoramiento continuo de la situación de la salud en la población en sus diferentes fases y niveles de atención conforme a la



disponibilidad de recursos y tecnología existente para brindar el máximo beneficio y satisfacción con el menor costo y riesgo posible

8. Equidad: oportunidad que tiene la población que acceder a los servicios esenciales de salud, privilegiando a los sectores vulnerables para resolver sus problemas de salud
9. Sostenibilidad: Se garantiza la viabilidad del sector, a través de la continuidad de acciones y procesos dirigidos a preservar la salud, de manera que no decaiga o se extraiga por factores políticos, culturales, sociales, financieros, organizacionales o de otra naturaleza, considerando las limitaciones propias en materia de recursos disponibles
10. Responsabilidad de los ciudadanos: todos los habitantes de la república están obligados a velar, mejorar y conservar su salud personal, familiar y comunitaria, así como las condiciones de salubridad del medio ambiente en que viven y desarrollan sus actividades
11. Configuración de beneficios: El estado, a través del ministerio de salud, para hacer efectivos los derechos sobre la salud, establecidos en la constitución política y las leyes respectivas, regulará y establecerá los distintos regímenes establecidos en la presente ley.

**Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud:**

El proceso de atención médica, se concibe primordialmente como dos cadenas de actividades y sucesos en los que participan (en forma paralela pero no inconexa) el otorgante de la atención médica, por una parte, y el cliente, por la otra. Las actividades que constituyen el proceso de atención médica surgen como respuesta a una necesidad que generalmente se percibe como una alteración de la salud o del



bienestar. En algunos casos el profesional de la salud puede ser el primero en detectarla y esto puede desencadenar el proceso que lleva a la atención médica<sup>11</sup>.

El proceso de búsqueda de la atención lleva a establecer contacto directo con el médico. En algunos casos el camino que lleva hacia el médico es tortuoso o intervienen en él amigos y pacientes; lo que Freidson llama "sistema no profesional de referencias". Una vez establecido el contacto con el médico, éste fija una serie de actividades que están representadas en la segunda cadena del modelo. Estas actividades son el proceso de diagnóstico y toma de decisiones, y el proceso terapéutico, en el cual interviene un "sistema profesional de referencias".

Los dos ejes principales del proceso de atención médica, el comportamiento del cliente y el comportamiento del otorgante, convergen en la utilización de los servicios, que a su vez debería aliviar un poco la necesidad que desencadena originalmente el proceso. Por ello se puede decir, además, que el proceso de atención médica tiene la propiedad de ser circular: comienza con la necesidad y termina con una modificación de ésta, ya sea aliviándola parcialmente o neutralizándola en una forma más completa; también es posible que no se logre aliviar la necesidad y, si se aplica mal la terapia, que se vuelva más intensa, o incluso que se cree una nueva.

De esta forma, se puede concluir que la utilización de los servicios de salud puede concebirse como la interfase de un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada.

En un enfoque ampliado, la utilización y sus determinantes tienen mucho que ver con el estudio de la accesibilidad; es más, algunos autores afirman que bajo este enfoque "el estudio de la accesibilidad se hace idéntico al de los determinantes de la utilización de los servicios"<sup>12</sup>. Este enfoque ampliado comprende diversos aspectos, considerando la



utilización como una sucesión esquemática de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención médica hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de servicios médicos.

A lo largo de este proceso se identifican como determinantes del deseo de atención aspectos que incluyen creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica, y la tolerancia al dolor y a la incapacidad.

Esta sucesión esquemática de acontecimientos es precisamente lo que ha permitido el estudio de la utilización desde diferentes enfoques, lo que a su vez ha dado lugar al diseño de diversos modelos que han intentado explicar el motivo por el cual la población hace uso o no de los servicios. De esta manera, encontramos un modelo epidemiológico que intenta abordar el problema enfocándolo hacia el estudio de las necesidades de salud; un modelo psicosocial y otro social que intentan abordarlo en la etapa de deseo y búsqueda de la atención, y, finalmente, un modelo económico que lo aborda en la etapa de inicio y continuación de la atención; esta última etapa además es motivo de estudio de los modelos psicosociales y sociales mencionados anteriormente.

### **Modelo Epidemiológico**

Este modelo se basa en el estudio de las necesidades de salud de la población, entendidas como "cualquier alteración en la salud y el bienestar" que requiere de servicios y recursos para su atención<sup>13</sup>.

De esta manera, los daños a la salud (morbilidad, mortalidad) constituyen necesidades que motivan o inducen a la población a utilizar los servicios una vez que son expresadas<sup>14</sup>.

La utilización de los servicios también dependerá de la exposición de esa población a los factores de riesgo, los cuales están asociados con la probabilidad de que un



individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones. Estos factores pueden ser iniciadores, promotores y pronósticos.

Los riesgos iniciadores o predisponentes ocurren antes de que la enfermedad se torne irreversible. Los riesgos promotores o precipitantes ocurren cuando la enfermedad ya es irreversible. Los riesgos pronósticos actúan en el punto de irreversibilidad y de alguna manera permiten afirmar si un individuo avanzará hacia la mejoría o la muerte. La utilización de los servicios, por consiguiente, estará determinada en mayor o menor grado por el tipo de riesgo al cual se exponga la población, por lo que se requiere de un tipo de servicio específico según el caso.

Así, los riesgos iniciadores motivarán a la población a utilizar en primera instancia los servicios de prevención, en segunda instancia los servicios de diagnóstico y tratamiento (diagnóstico personal) y, en última instancia, los servicios de mantenimiento y rehabilitación.

Los riesgos pronósticos tendrán una relación más estrecha con los servicios de mantenimiento y en menor grado con los de diagnóstico y tratamiento.

La exposición al riesgo también tiene otra connotación, que implica un efecto protector en el grupo que se expone al mismo. Este es el caso de los servicios de salud; dicho de otra manera, el "exponerse" a la utilización de un servicio específico de salud o de todos los servicios en su conjunto, "protege" a la población "expuesta" en relación con la que no lo está.

Por consiguiente, la población "expuesta" en alto grado a la utilización de los servicios gozará de un efecto protector mayor, pero a su vez se expondrá a otro efecto que ya no es protector sino de riesgo propiamente dicho, que es la iatrogenia. Lo anterior dependerá de otra determinante muy importante: la calidad de los servicios.



Dependiendo de la calidad, el efecto protector puede aumentar considerablemente, disminuyendo a su vez el efecto de riesgo, o sea la iatrogenia, aumentando por consiguiente el grado de utilización entre la población "expuesta".

Con respecto a la población que no se "expone" a la utilización de los servicios o que lo hace de manera muy eventual, su grado de utilización es muy bajo, el efecto protector es mínimo y la iatrogenia como factor de riesgo es mucho mayor si consideramos que esta población se "expone" a la utilización de otros servicios no institucionales, como pueden ser el curandero, el partero, el brujo, etcétera.

Finalmente, consideremos la accesibilidad, la disponibilidad y las características de los servicios como determinantes de la utilización.

#### **Modelo Psicosocial:**

Este modelo fue propuesto por Irwon M. Rosenstock y se basa en el concepto de "health behavior", o sea la actividad que realiza una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad.

Considera que la decisión de "buscar salud" es un proceso en el cual el individuo se mueve a través de una serie de estadios o bases; por consiguiente, este modelo no intenta proporcionar una explicación exhaustiva de todas las acciones de salud, sino que intenta la especificación de algunas variables que parecen contribuir significativamente a entender el comportamiento de los actores en el área de la salud.

La mayoría de las variables usadas en el modelo son tomadas y adaptadas de la teoría psicosocial, especialmente del trabajo de Lewin. Específicamente incluye dos clases de variables:



- 1) El estado psicológico de alerta o aprehensión para tomar una acción específica en función de la susceptibilidad percibida, y la seriedad o gravedad percibida de la enfermedad.
- 2) Las creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar estos servicios preventivos.

La susceptibilidad percibida se refiere a los riesgos subjetivos de ajustarse a una condición. La seriedad percibida puede incluir amplias y complejas implicaciones como los efectos de la enfermedad sobre el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales.

Con respecto a las creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar los servicios, se considera que la dirección que la acción ha de tomar es influenciada por las creencias con respecto a la efectividad de conocer alternativas disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad a la cual el individuo se siente sujeto; un individuo puede pensar que una acción dada será efectiva para reducir la amenaza de la enfermedad, pero al mismo tiempo ve los inconvenientes, como el costo, lo desagradable, el dolor, etcétera.

También deben considerarse los factores precipitantes o "detonantes"; a este respecto se menciona que el nivel de alerta o aprehensión provee la energía o fuerza para actuar, la percepción de beneficios proporciona un patrón preferente de acción. En el área de la salud estos factores detonantes pueden ser: internos (percepción del estado corporal) o externos (interacción interpersonal, impacto de medios de comunicación, etc.).

La utilidad del modelo dependerá de la manera en la cual las creencias con respecto a la salud puedan ser modificadas en forma planificada: "cambiar a la gente es más difícil que cambiar su ambiente"<sup>15</sup>.



El efecto de la comunicación de masas tiende a reforzar la opinión del auditorio, más que a cambiarla; la gente se expone a los medios de comunicación por propia iniciativa y de una manera muy selectiva (selección propia).

La combinación de la comunicación de masas y de técnicas de influencia personal, utilizando el concepto de "simpatía emocional" en subgrupos específicos de población, puede dar mayores resultados en modificar las creencias con respecto a la salud y el comportamiento que el uso aislado de cada una de ellas.

En conclusión, este modelo sugiere que una decisión para obtener una prueba de prevención o detección en ausencia de síntomas no deberá ser hecha a menos que se cumplan las siguientes condiciones:

- 1) Que el individuo esté psicológicamente atento a realizar una acción con respecto a una condición particular de salud.
- 2) Que el individuo crea que la prevención es factible o apropiada para que él la use, reduciendo tanto su susceptibilidad percibida como la severidad percibida de la condición de salud, y que no existan barreras psicológicas a la acción propuesta.
- 3) La presencia de un "detonante" o predisponente para generar la respuesta<sup>16</sup>.

### **Modelo Sociológico:**

Existen varios modelos sociológicos para explicar la utilización de los servicios, mismos que a continuación se desglosan:

El modelo de Suchman<sup>16</sup>, desarrollado entre 1964-1966, los aspectos socioculturales y ambientales sobre los determinantes de la utilización de los servicios.

En este modelo se trabaja con lo que se ha dado en llamar "red de relaciones sociales"; de acuerdo a esto los determinantes fundamentales de la utilización de los servicios de salud están dados por redes sociales (individuo, familia, amigos).

---



Cada quien tiene una red central social para resolver su vida, entrando en contacto con individuos; de esta forma las características de las redes sociales de cada individuo determinan el hecho de utilizar los servicios.

Por lo tanto, los niveles de conocimiento que tenga el individuo, su red de relaciones sociales sobre el proceso salud-enfermedad y la disponibilidad de servicios, las actitudes a tomar sobre la enfermedad y su tratamiento, así como la red de relación social que se activará.

Cabe señalar que las críticas que ha tenido este modelo giran en torno a que la dimensión sociológica tiende a diluirse en el proceso de planeación de los servicios, dado que las redes de relación social son constantes e individuales.

En 1968, Anderson revisó los modelos teóricos de utilización de los servicios de atención médica: conductuales, sociopsicológicos y económicos; posteriormente desarrolló un modelo conductual que ha guiado su investigación y que subsecuentemente ha sido usado por muchos otros<sup>17</sup>. Su modelo considera que la utilización de los servicios de salud es una función de:

a) La necesidad misma de atención, donde se engloban todos los factores asociados al proceso salud-enfermedad y en este sentido la necesidad vista desde dos perspectivas:

✓ Necesidad percibida por el paciente, en función de número de días de incapacidad o de la anti-percepción del estado general de salud;

✓ Necesidad evaluada por el personal de salud en función de sus conocimientos.

b) Los factores predisponentes: incluye en esta dimensión variables sociodemográficas asociadas con las actitudes y creencias en torno a salud y la enfermedad, tales



como composición familiar, edad, sexo, estado civil, clase social, ocupación, etcétera.

c) Los factores capacitantes: aquí engloba a todos los aspectos que tienen que ver con la condición socio-económica dividiéndolos en:

✓ recursos familiares: ingreso, ahorro, seguros, etcétera;

✓ recursos comunitarios: servicios disponibles, fuerza de trabajo en salud, etcétera.

Una de las grandes aportaciones de este modelo es que permite distinguir la utilización de los servicios en un sentido curativo (necesidades) y en un sentido preventivo (factores predisponentes y capacitantes).

Seis años después, Aday y Andersen<sup>18</sup> desarrollaron un modelo de utilización de los servicios a manera de un marco de accesibilidad, donde las relaciones del sistema al nivel macro permitían entender el uso de los servicios. De esta manera proponen que para ver el acceso real a los servicios hay que considerar varios aspectos; es decir la política de salud que se dé en un sistema determinará las características de los servicios y la utilización de los mismos así como las características de la población y satisfacción de los usuarios. En este sentido el modelo desarrollado comprende dos dimensiones:

1. **Variables de proceso:** política de salud características de los servicios y características de la población;
2. **Variables de resultado:** utilización real de los servicios y satisfacción de los servicios.



Dichas variables se encuentran en constante relación e interacción.

En 1976 Mechanic desarrolló un modelo basado sobre la premisa de que la conducta del enfermo es una respuesta aprendida cultural y socialmente<sup>19</sup>.

Así sugiere que la búsqueda de atención médica está basada en 10 determinantes:

- 1) Visibilidad y reconocimiento de los signos y síntomas;
- 2) El grado en el cual los síntomas son percibidos como peligrosos;
- 3) El grado en el cual los síntomas interfieren en la familia, el trabajo y otras actividades sociales;
- 4) La frecuencia y persistencia de los síntomas;
- 5) El umbral de tolerancia para los síntomas;
- 6) La disponibilidad de información y conocimiento;
- 7) Las necesidades básicas que llevan a tomar una decisión;
- 8) Otras necesidades que compiten con la respuesta a la enfermedad;
- 9) Interpretaciones que pueden ser dadas por los síntomas una vez que se han reconocido, y
- 10) Disponibilidad de tratamiento, recursos, distancia al médico y el costo psicológico y financiero de las acciones tomadas.

Hay una considerable sobre-posición entre estas variables; no obstante, estos determinantes operan en dos distintos niveles de definición:

✓ **Definición dada por otros:** donde pensamos que otros ayudan a definir los síntomas del individuo como enfermedad;

✓ **Definición dada por el propio enfermo** (de los síntomas).

---



Así, los 10 determinantes y los dos niveles de definición supuestamente interactúan para influir en que una persona busque o no ayuda para un problema de salud.

En sí la teoría de Mechanic asume que la gente responde a los síntomas sobre la base de sus definiciones de la situación.

Esta definición puede ser influenciada por la definición de otros, pero es ampliamente compartida por aprendizajes, socialización y experiencias pasadas medidas por un marco cultural de la persona enferma.

Brehil y Granda<sup>20</sup>, por otra parte, consideran que el análisis de la demanda de los servicios de salud se puede situar en tres niveles:

- a) **Nivel general:** relacionado con la reproducción social;
- b) **Nivel particular:** relacionado con la reproducción de la fuerza de trabajo, y
- c) **Nivel específico:** relacionado con la producción del individuo.

Estos autores consideran que para que se utilice un servicio de salud debe producir en el sujeto un proceso escalonado de transformaciones que lo llevarían a:

- a) La sensopercepción de un problema;
- b) el registro racional de la existencia del problema;
- c) El planteamiento racional de la necesidad de solucionar el problema;
- d) La selección de los medios de solución, y
- e) La ejecución de las actividades para la solución (demanda efectiva).

La sensopercepción aparece como un producto individual pero socialmente determinada, tanto por la vía de la historia precedente, como por la vía de actividad que desarrolla el hombre. El paso de la sensopercepción al registro racional de la existencia



del problema es igualmente histórico y determinado socialmente. Cada grupo social registra aquellos problemas que son prioritarios para la reproducción social, la fuerza de trabajo y del individuo mismo.

Por su parte, la aparición de la necesidad es la interpretación de la comunidad de la existencia de un vacío o solución de continuidad que impide la reproducción social; la producción de la necesidad no constituye sino la respuesta ante el desgaste del campo social o la visualización del requerimiento de producción. Finalmente, la selección de los medios de solución y la ejecución de las actividades para la solución del problema de salud, están determinadas por la interpretación que el individuo da a la producción de la necesidad y al hecho de ejercitar la demanda, misma que es modulada por la oferta que constituye una entrega tecnológico-instrumental determinada por las leyes de la distribución<sup>21</sup>.

### **Modelo Económico:**

Existen varios modelos económicos para explicar la utilización de los servicios de salud, los cuales se pueden englobar en dos grandes rubros:

- 1) Modelos basados en el análisis de la demanda: En la teoría económica, los primeros modelos para analizar los servicios de salud se basaban en ecuaciones de demanda derivados de la maximización de una función de utilidad sujeta a una restricción presupuestal simple, donde se supone que el ingreso monetario se gasta en dos grupos de bienes que se usan: el de los servicios médicos y el otro formado por todos los demás bienes<sup>22</sup>. La utilidad se expresa como  $U = (x, y)$ , donde la utilidad depende de la cantidad de los bienes "x" y "y" que se consuma, que correspondería a los dos grupos de bienes. Para consumir estos bienes se necesita que la persona tenga cierto ingreso, pero lo que puede adquirir depende de los precios de los bienes. La hipótesis que trataban de probar estos modelos era que la demanda de servicios dependía de su propio precio, de otros precios, del ingreso



y de los gustos de las personas, mientras que el propósito principal era estimar las elasticidades como medida de respuesta de la cantidad demandada de un bien a los cambios en el precio (elasticidad de precios), en el ingreso (elasticidad del ingreso) y en los precios de otros bienes (elasticidad cruzada); de esta manera querían probar que:

- **Elasticidad de la demanda de servicios de salud negativa:** Incremento en el precio -> baja demanda;
- **Elasticidad cruzada positiva:** incremento en el precio de otro bien -> en la demanda de servicios de salud;
- **Elasticidad de ingreso positiva:** incremento del ingreso -> incremento en la demanda de servicios de salud.

Así, se encontró en casi todos los estudios que estas elasticidades eran bajas y con los signos que se esperaba.

El que la elasticidad de la demanda de los servicios de salud fuera baja significó que la gente es poco sensitiva a los cambios en los precios de servicios médicos y se dice que la demanda es inelástica<sup>23</sup>.

Otros autores utilizan el mismo tipo de modelos pero incorporan el argumento de Becker, sobre la existencia de costos de tiempo asociados con las actividades de consumo. Dentro de éstos está el modelo de Acton<sup>24</sup>, el cual incorpora al tiempo como limitante del consumo de la distribución presupuestal, por lo que la elasticidad de la demanda para ese autor tiene dos componentes:

- 1) La elasticidad del precio con respecto al tiempo, y respuesta de la cantidad demandada de servicios de salud, con respecto al costo del tiempo;
- 2) La elasticidad del precio con respecto al precio en efectivo, y la respuesta de la cantidad demandada con respecto al cambio en el precio.



Concluyendo si la elasticidad costo del tiempo es mayor que la del costo en dinero significa que la demanda es más sensible a los costos del tiempo.

**Modelos basados en la teoría del capital humano:**

Estos modelos plantean una visión racionalista del ser humano; consideran que la utilización de los servicios está en relación a la demanda de salud, considerándola como una forma de capital humano en la que se puede invertir, por lo que las personas pueden aumentar sus capacidades como productores y como consumidores, invirtiendo en ellos mismos<sup>25</sup>.

En los últimos años se ha aceptado la idea de que la inversión en capital humano incrementa la productividad en el mercado y fuera del mercado; Grossman retoma estos aspectos y señala que el acervo de capital salud afecta el tiempo de vida para dedicarlo a producir ingresos y bienes<sup>26</sup>.

Para este autor, el costo de la inversión en salud incluye gastos en efectivo y el costo de oportunidad del tiempo, por lo que la cantidad óptima de inversión depende de estos dos aspectos. Basado en que la demanda de los servicios de salud es una derivación de la salud misma, construye los siguientes supuestos:

- 1) los individuos heredan un acervo inicial de salud que se deprecia en el tiempo a una tasa creciente;
- 2) la salud se puede incrementar a través de la inversión de los servicios de salud;
- 3) la muerte ocurre cuando el acervo del capital salud cae abajo de cierto nivel.

En conclusión la edad afecta la tasa de depreciación del acervo de capital salud, mientras que los cambios en el ingreso tienen tres efectos, a saber: al incrementarse el salario, el costo de los días se incrementa, y, dado que la producción de salud implica el



uso del tiempo del individuo, el incremento del ingreso incrementa el costo de producir salud.

Phelps y Newhouse retoman el modelo de Grossman, pero suprimen el supuesto de que los servicios de salud son homogéneos y añaden variables que reflejan el efecto de la existencia de seguros de gastos médicos en la demanda de servicios de salud. Estos autores también introducen los efectos de calidad proponiendo que los diferentes servicios tienen diferente productividad<sup>27</sup>.

Por otra parte, a diferencia de los modelos anteriores toman como unidad de análisis al individuo, Miners propone a la familia como la unidad de análisis fundamental; así, la interdependencia del nivel de salud de los miembros de la familia se establece mediante:

- 1) El contagio de enfermedades en la familia;
- 2) Las características genéticas, y
- 3) La higiene ambiental del hogar.

De esta forma, Miners incluye en su función de utilidad no sólo los servicios de salud y el conjunto de otros bienes, sino también el cuidado para cada miembro de la familia<sup>28</sup>.

Leibowitz y Friedman<sup>29</sup> han desarrollado un modelo en que la función de utilidad, para el caso del análisis de la demanda de sistemas de salud pediátricos, depende del consumo de los padres y de la inversión en salud que éstos hacen en sus hijos. Al respecto, la maximización de la función de utilidad se hace en dos periodos:

- 1) Los hijos viven con los padres y reciben inversiones en salud de sus padres, y
- 2) Los hijos crecen y los padres reciben utilidad de la inversión que hicieron en sus hijos.



Por último, cabe señalar el modelo desarrollado por Peter Heller, quien define la atención necesaria y la preventiva como dos bienes diferentes. Algunos tipos de cuidado como la consulta externa, se perciben como más necesarios que los preventivos; tal es el caso de las vacunas. De acuerdo con este modelo, si el precio monetario o el costo en tiempo de los servicios aumentan, la demanda de esos servicios cae.

**En busca de un modelo integrado:**

Existen modelos "híbridos" con respecto a la utilización; uno de estos modelos es el de Tapani Puroola<sup>30</sup> quien combina varios elementos de los modelos epidemiológicos, psico-social y sociales. considera el hecho de que cada individuo es un elemento único en los sistema social y natural y define dos subsistemas a nivel individual: un sistema psico-biológico interno del hombre y su sistema externo de conexiones sociales. La enfermedad en sentido medico la definió como un desorden en el primer sistema.

Con una orientación más amplia, la enfermedad es un desequilibrio entre los dos sistemas. La percepción que tiene el hombre de este desequilibrio define el concepto de enfermedad percibida. En el macro nivel pueden ser utilizados los términos correspondientes: morbilidad médica y morbilidad percibida.

La receptividad y la percepción del hombre constituyen el elemento regulador que recibe e integra la información proveniente de dentro y fuera, y permite que el individuo reaccione al desequilibrio entre el estado del sistema psicobiológico interno y el estado del sistema externo de conexiones sociales.

Estas reacciones y adaptación y ajuste pueden ser dirigidas hacia la administración y tratamiento del sistema interno o del sistema externo de conexiones sociales. Las reacciones consideradas en primer término se refieren al concepto tradicional de tratamiento médico y utilización de los servicios médicos. Las otras reacciones tienden



a definir los conceptos de enfermedad y morbilidad como cambio en la participación social. Se refieren también a las actividades de salud empleando técnicas sociales tales como pensiones por incapacidad, cambios de ocupación y a otros tratamientos dependientes de las conexiones sociales.

En los problemas de etiología, epidemiología y tratamiento, la discusión no se limita solamente al estado médico de salud del hombre, sino que se extiende a desequilibrio existente ante ese estado y las conexiones sociales del hombre.



## Diseño metodológico

**Tipo de estudio:** Gerencial orientado a la evaluación.

Para desarrollar el presente estudio hemos asumido el modelo propuesto por Abedis Donabedian, en el que se estructuraron dos dimensiones y tres etapas del desarrollo del servicio desde un enfoque sistémico.

<i>Dimensiones</i>	<i>Elementos del sistema de salud</i>		
	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultados</b>
<b>Dimensión técnica</b>	DT-E	DT-P	DT-R
<b>Dimensión interpersonal</b>	DI-E	DI-P	DI-R

Cada uno de los cuadrantes resultantes representan aspectos que han sido definidos en los objetivos y ayudarán a diseñar la información a recabar, las fuentes y las formas de recolección de los datos.

- 1) Para describir la capacidad productiva que tiene el Hospital Escuela (DT-E) se solicitó información a las autoridades generales, recursos humanos, directores de los distintos departamentos de los servicios clínicos y servicios de apoyo. (DI-E).
- 2) Se hizo una revisión de los informes técnicos, se entrevistará a informantes claves sobre aspectos vinculados al quehacer de cada uno de los servicios (DT-P) y de los mecanismos que facilitan estos procesos (DI-P).



- 3) Se hizo una revisión de las estadísticas hospitalarias de cara a estimar medidas de cobertura (DT-R) y a valorar la calidad de las mismas mediante percepción de calidad de algunos usuarios de los servicios de hospitalización y consulta externa y de personas que tienen alguna representatividad de los usuarios (DI-R).

**Procedimientos de recolección de datos:**

- 1) Una vez aceptada la presente propuesta se procederá a contar con la autorización y apoyo de las autoridades hospitalarias.
- 2) Buscaremos la información necesaria en cada una de las instancias, contando siempre con el apoyo institucional.
- 3) Aplicaremos la encuesta de percepción de usuarios respetando la disponibilidad de tiempo y el respeto a su libre decisión de participar en el estudio o no.
- 4) Los autores se comprometen a cuidar la información brindada y no usarla para fines ajenos a la investigación.

**Plan de análisis:**

Se trata de una investigación de servicios de la que parte de información estadística ya registrada y proveídas por el hospital y analizadas mediante análisis documental. Se hará análisis de contenido de las entrevistas realizadas identificando los aspectos positivos que aportan al papel del servicio en las coberturas y las dificultades en el mismo aspecto. Las encuestas de percepción de la calidad se procesará y analizará en el paquete estadístico Epi-Info en su versión 3.3.2 para Windows. Los resultados se plasmarán en cuadros o gráficos.



## **Resultados**

### **Organización administrativa del hospital<sup>31</sup>.**

La unidad está conformada por: la Dirección del Hospital, tres Subdirecciones, cinco Departamentos de Apoyo, Oficinas y Unidades Administrativas. Todas estas dependencias del hospital reúnen a un total de 949 trabajadores de los cuales; en cargos propios existen 322 Enfermeras, 218 Médicos en diferentes niveles y el resto como cargos comunes (personal administrativo y de apoyo) para un total de 932 trabajadores activos y 17 inactivos. Su monto nominal pagado por fondos presupuestario es de C\$ 1,605,622.30, mas el bono de productividad de C\$173,475.00

Actualmente se tiene un déficit de recursos humanos que impide mantener la plantilla básica sobre todo en áreas muy sensibles como es el servicio de anestesiología.

De acuerdo a los indicadores básicos para cálculos de recursos de enfermería, tomando en cuenta la estructura del hospital en el cual contamos con cuatro pisos y la complejidad de los servicios ubicados por ambiente, necesitamos 128 enfermeras para cubrir la demanda de pacientes (1)

En cuanto al resto de equipamiento del HEODRA dado a su complejidad de servicios, aglutina gran variedad de electromédico y de equipos industriales, domésticos, de refrigeración, aires acondicionados, computadoras, etc. Siendo necesario un fuerte presupuesto para su mantenimiento correctivo, además de una política de concientización y de mantenimiento preventivo por parte de los operarios de estos equipos, tampoco se puede obviar que se debe de tener una plantilla de técnicos especialistas con electromedicina que garanticen su funcionalidad (2)

### **Principales escenarios de la atención hospitalaria:**

#### **Sala de emergencia:**



Se encuentra ubicada en el sótano, costado sur del Hospital Escuela. La parte interna del servicio de emergencia ha sido transformada con el objeto de crear divisiones en las áreas para dar lugar a la creación de ambientes para los servicios privados, lo que ha traído como consecuencia una reducción de los espacios para la atención de los pacientes en un 30% aproximadamente.

Estos cambios han mantenido inalterable el diseño estructural original, pero han creado un problema para la circulación dentro del servicio al momento de una emergencia. Actualmente los servicios de cirugía y ortopedia están localizados en la parte sur, donde se encuentra la entrada de emergencia; el servicio de pediatría en su extremo oeste, y en la parte norte de esta área los servicios de medicina y gineco-obstetricia; además existen áreas de estación de enfermería, sala de pacientes privados y asegurados, bodega y una oficina para la sala de emergencia **(ver anexo No.6)**.

Por lo antes expuesto la actual distribución del servicio de emergencia no es funcional, por tener divisiones muy pequeñas e inadecuadas y además por el congestionamiento de pacientes y familiares, los que impiden un libre tránsito para una rápida movilización a la hora de una emergencia.

### **Cuidados Intensivos.**

Este servicio se encuentra ubicado en el tercer piso del hospital, muy cerca de la sala de operaciones y de la sala de cirugía general, con las cuales tiene estrecha relación. Cuenta con ocho camas de las cuales se tienen dos en el área de cuidados coronario, una en el área de aislamiento séptico y cinco en el área de atención multidisciplinaria. Tiene un índice ocupacional de 62.3 % (1999).

El abastecimiento de material médico es limitado (ventiladores, monitores cardiacos, oxímetros de pulso, electrocardiógrafos), situación común en todo el hospital. El equipo de trabajo del servicio de cuidados intensivos esta integrado por quince enfermeras



profesionales distribuidas en diferentes turnos, un médico residente de medicina permanente y los médicos especialistas de cada área del hospital que atienden a los pacientes según su patología.

En cuanto al sistema eléctrico, existen riesgos de cortos circuitos por la falta de protección del panel de distribución y tomas de corrientes que se encuentran en mal estado.

### **Salas de Operaciones.**

Se encuentran ubicadas en el segundo y tercer piso, teniendo un total de ocho quirófanos en su conjunto, los cuales funcionan con las mismas limitantes de materiales que el resto del hospital y con falta de equipos médicos completos o en buen estado para su funcionamiento.

La infraestructura ha sido reparada parcialmente gracias a la ayuda internacional, hecho que ha mejorado su capacidad de funcionamiento.

No existe un sistema de audio dentro de los pasillos de quirófanos, limitante real para la información en un momento de emergencia por desastres y así garantizar la rápida movilización del personal.

Esta área tiene riesgo de incendio por explosión de tanques de gases y problemas eléctricos, existiendo solo un extintor cercano a éste servicio, además no hay capacitación para el manejo de éstos.

### **Servicio de hospitalización de Cirugía General.**

Este servicio está ubicado en el tercer piso, cuenta con 64 camas y 13 del servicio privado, aquí se encuentran muchos pacientes internados en situación post-quirúrgica.



### **Servicio de hospitalización de Ortopedia.**

Este se encuentra ubicado en la parte oeste del hospital, específicamente en el cuarto piso, cuenta con 42 camas, se encuentra muy cerca de medicina interna y pediatría.

El servicio se encuentra mal iluminado en su interior y pasillos, frecuentemente el agua potable no llega con suficiente presión por problemas de bombeo y/o obstrucción en las tuberías

### **Servicio de hospitalización de Medicina.**

Este se encuentra también ubicado en el cuarto piso del hospital, cuenta con 42 camas y constantemente se encuentra saturado con pacientes en los pasillos

### **Servicio de hospitalización Materno-Infantil.**

Esta es un área ubicada en el segundo y cuarto piso, posee mujeres embarazadas y niños. Gineco-obstetricia tiene 100 camas y Pediatría 92 camas, siendo su porcentaje de ocupación de Ginecología con el 65.9 %, Obstetricia con 74.3 %, Neonatología con 47.7 % y Pediatría con 41.8 %.

En el segundo piso se encuentran ubicadas las salas de parto, maternidad, ginecología, cuidados intensivos pediátricos y la farmacia de abastecimiento para los pacientes hospitalizados, mientras que en el cuarto piso se localizan las salas de medicina y cirugía pediátrica

### **Departamento de Radiología.**

Este se encuentra ubicado en el primer piso, muy cerca de la dirección del hospital, del comedor de los trabajadores y de las oficinas administrativas. Las dimensiones del departamento son estrechas en relación con los equipos que posee y a las áreas utilizadas para la toma de radiografías a los pacientes



Este Departamento no cuenta con una planta eléctrica propia, sino que es abastecido, cuando falla la energía comercial, por la planta central del hospital, no siendo la carga de energía suficiente para suplir a todos los equipos.

Las instalaciones eléctricas están deterioradas por cables antiguos y paneles de distribución en mal estado, además no existen suficientes estabilizadores de corriente para proteger los aparatos y evitar cortos circuitos

#### **La consulta externa.**

Se encuentra en la parte noreste del hospital, donde se encuentran un conglomerado de oficinas como admisión, contabilidad y rehabilitación. Este presenta espacios muy pequeños con poca ventilación y no existe señalización de las rutas de salida, las puertas son inseguras compuestas de aluminio y vidrio las cuales brindan salida hacia la calle norte del edificio, vía que se encuentra cerrada por portones de malla metálica y además es una vía amenazada por construcciones vecinas muy antiguas

#### **El Laboratorio Clínico.**

Este se encuentra en el primer piso en la parte sur-este del hospital, actualmente se le han realizado varias divisiones internas por áreas de trabajo que reduce el espacio disponible al momento de una salida rápida. Sin embargo este se encuentra con tecnología de punta para los exámenes básicos y especializados.

#### **Sistema de Atención de Emergencias del Hospital<sup>32</sup>.**

Al llegar a emergencia el paciente es recibido y valorado, en la mayoría de los casos, por el médico interno, el cual inicia las medidas de reposición de líquidos mientras llegan los residentes de la especialidad los cuales definen las medidas diagnosticas a realizar para una evaluación más completa. De acuerdo al estado de gravedad del paciente se llama al médico de base.



En cuanto a la funcionalidad del servicio de emergencia, este atiende en un 80% de sus consultas a pacientes con enfermedades crónicas, enfermedades que no representan verdaderas emergencias; esto provoca como es lógico un uso inadecuado del área de emergencia.

**Instalaciones Anexas:**

En la parte este de la emergencia se encuentran: el Departamento de Patología, la morgue, las bodegas para el abastecimiento de materiales médicos y el cuarto de maquinas del hospital, donde se encuentran las plantas eléctricas, las calderas, las bombas de agua, los tanques de almacenamiento de búnker y Diesel, estos últimos necesitan mayor ventilación en sus espacios.

En la parte oeste del servicio de emergencia se encuentra ubicada una pequeña farmacia para la venta de medicamentos.

En el hospital tenemos:

- Escasez de recursos materiales, por ende hace que nuestros médicos y enfermeras desarrollen nuevas habilidades en busca de mejorar la atención que se les brinda a los pacientes
- Ampliaciones y remodelaciones realizadas en el diseño original del hospital, lo cual crea inconvenientes en pacientes al momento del manejo de la ruta crítica
- Falta de señalización al momento de la entrada y salida de los pacientes en su atención y al momento de un desastre también
- Poco mantenimiento preventivo y correctivo en forma permanente del equipamiento médico, por lo que no siempre esta en buen estado y hace también dificultarles a los pacientes su grata atención



- Los servicios de agua, electricidad y comunicaciones presentan limitaciones
- No hay buena ubicación de ciertos servicios como por ejemplo ortopedia, el cual debería ubicarse en un nivel diferente del hospital para mejorar el acceso de sus pacientes referidos de emergencia y también por su cercanía a rehabilitación
- Sistema de audio limitado en áreas del hospital para realizar alertas, llamados e información a los pacientes
- Servicios de información limitados a los pacientes en su ingreso y estadía

Por estas razones y otras he decidido realizar un diagnóstico en la disponibilidad de los servicios de salud que actualmente tenemos en el hospital de León, para que así pacientes y personal tanto administrativo como docente y estudiantil sea de su conocimiento y así se cree un sentido crítico al momento de abordar al paciente.

**Tendencia en la producción de servicios hospitalarios:**

De acuerdo a los datos obtenidos del último informe del 2006 y el primero del 2007 encontramos que los ingresos de este último año superaron al igual que los egresos con los del último nonestre del 2006, Por lo tanto incrementaron las cirugías como el número de partos en una relación significativa alta y así se pudo contar con un mayor número de giro cama en el nonestre del 2007 (Ver cuadro 1).

De acuerdo al informe administrativo del hospital se pudo conocer que en el nonestre del 2007 el 100% de los servicios estuvo más saturado y lleno por el incremento en las recetas extendidas en cada uno de sus servicios, dando así un mayor gasto económico para el hospital en este año 2007 (Ver cuadro 2).

De acuerdo al total de gastos que tiene el centro hospitalario podemos mencionar que los servicios más vulnerables a costos y tienen el mayor dependencia económica son



medicina interna, anestesiología y emergencia, relativo a otros servicios los cuales no sobrepasan el millón de córdobas como lo hacen estos últimos tres para que se llene el total de gastos con casi diez millones y medio para el nonestre del 2007, dato que es producto de trabajo acumulado e las huelgas médicas el año anterior (Ver cuadro 3).

De acuerdo al censo nacional obtenido en el año 2005, el municipio de León tiene el 51.8% de la población. De acuerdo a las encuestas administradas a los pacientes que asisten a la consultan externa en sus diferentes servicios sobre municipio de procedencia encontramos que un 79 % de estos son de origen del municipio de León, lo cual revela poca cobertura de estos servicios a los demás municipios.

El numero de pacientes según otras ciudades esta presente con un 6%. Dicho dato refleja la posibilidad de ser bien atendido por algún laxo existente entre el personal de salud del hospital y el paciente., dato que es más bajo que el del los pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales y manifiesta una menor cobertura en los servicios de salud para los otros municipios. (Ver cuadro 4). Cabe mencionar que el número de pacientes procedentes de otro departamento incremento en un 2% este año en relación con las primeras encuestas del 2007.

**Percepción que tienen los gerentes y proveedores de servicios sobre los alcances y limitaciones de la cobertura:**

Las instalaciones físicas se encuentran obsoletas y presentan graves riesgos para la población que es atendida en los mismos. Los equipos médicos se encuentran deteriorados y muchos de ellos en desuso por la antigüedad de los mismos.



En términos reales, el número de camas disponibles no se corresponden con la demanda de ingreso de pacientes y además las existentes, se encuentran deterioradas debido a que no han sido renovadas desde hace muchos años.

La escasez de camas ocasiona que en muchos casos, que las personas que requieren hospitalización no sean ingresadas, si no que se les atiende a través de la consulta ambulatoria, o bien, personas que deberían continuar hospitalizadas, se les remita a sus casas, para satisfacer la demanda.

Otro de los problemas es la gratuidad de la atención, aunque se ha dicho que los servicios son gratuitos, el hospital no cuenta con todos los medios y en las cantidades necesarias para satisfacer las necesidades crecientes de la población. Las personas deben pagar desde la realización de algunos exámenes diagnósticos o seriados que no son cubiertos por el MINSA, quien remite su realización a laboratorios clínicos privados, donde el costo es más elevado

Esta situación se agudiza mas cuando se trata de la realización de exámenes diagnósticos especializados, tales como: tomografía computarizada, endoscopias, ultrasonidos, electrocardiogramas, encefalogramas, etc.

Estos exámenes solo pueden ser realizados en laboratorios clínicos privados que cuentan con medios de alta tecnología y en consecuencia tienen costos sumamente elevados, que no están al alcance de una gran mayoría de la población

Otro aspecto relevante en relación a la gratuidad de la atención en salud es que el régimen de seguridad social no cubre a todas enfermedades ni los tratamientos de las mismas. Esto significa que las personas aseguradas, pese a que pagan por la atención en salud, no tienen garantía de recibir atención a todos sus problemas de salud.



- **Gratuidad de los medicamentos:** A través de investigaciones con personas consultadas en los grupos focales y talleres participativos, identificaron la falta de medicamentos como el principal problema que enfrenta la atención hospitalaria. Ante esta situación los familiares de los pacientes deben comprar los medicamentos en las farmacias privadas, donde tienen un alto valor. El MINSA de esta forma, evade su responsabilidad de garantizar la salud de las personas trasladándoselas a ella mismas

No obstante, se debe señalar que la falta de medicamentos en los centros, puestos y unidades de salud, no es una responsabilidad exclusiva del MINSA, sino también del ministerio de hacienda y crédito público que no destina los recursos financieros necesarios para la compra de medicamentos en el presupuesto general de la república y de la asamblea nacional que, ante la omisión del ejecutivo, puede hacer las modificaciones presupuestarias con relación a este rubro

- **Acceso a la atención en salud:**

**Lejanía de los centros, puestos de salud y hospitales:** En la mayoría de los casos, las personas que viven en zonas rurales y en las regiones autónomas del atlántico norte y atlántico sur del país tienen que caminar grandes distancias para poder recibir la atención médica. La no atención inmediata en casos de emergencia, genera complicaciones médicas y hasta la muerte.

Además la lejanía de las unidades y centros de salud, trae como consecuencia inmediata una afectación económica para las familias, quienes en muchas ocasiones, gastan el dinero que tenían destinado para su alimentación en gastos de movilización



Los casos mas dramáticos de inaccesibilidad en la atención en salud, lo vivencian los familiares de las personas, que son transferidas desde sus comunidades a los hospitales de referencia nacional o regional. No existe un programa que facilite el alojamiento y alimentación de estas, durante el periodo de ingreso de su familiar

Pero además, la situación se agudiza cuando el paciente ha sido dado de alta o ha fallecido y no cuentan con los recursos económicos para trasladarse a su lugar de origen.

**Percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de los servicios que han recibido:**

Un 56% de los usuarios se sintieron bien atendidos, el resto refiere diferentes problemas en cuanto a la atención y En relación al estudio en el 2007 este dato descendió en un 27% (Ver gráfico 1).

En cuanto a la satisfacción con diferentes aspectos de la atención los pacientes reflejan que es accesible el llegar al hospital en una mayoría del 48 % ya que son los que viven mas cercanos al municipio donde esta localizado el hospital los que logran ser atendidos y por ende hay un poco alcance de todos los municipios a este centro. En relación al dato obtenido en el 2007 se ha mejorado en un 21% la accesibilidad para llegar al centro hospitalario. (Cuadro 5)

Un 20% si existe un vínculo entre ellos y su centro de salud para ser atendidos en la consulta y por lo tanto no es difícil ser remitido al hospital escuela Oscar Danilo Rosales Arguello. Este dato era superior al 33% en la anterior encuesta realizada.

De acuerdo a la encuesta realizada a los pacientes de la consulta externa expresan y nos demuestran en un 14% en su mayoría que les hace difícil el obtener una cita en el hospital, así si ellos pierden la oportunidad de esa cita existe demora en el tiempo para



reponerla, al igual para programar cirugías, por lo cual se aprecia un 31% de mejoría en relación a la encuesta realizada en el 2007. Esto manifiesta ahora no dificultad para ser citado al hospital escuela Oscar Danilo Rosales Arguello pero sin embargo demandan más calidad en los servicios de salud

De acuerdo a la encuesta obtenida de los pacientes que asisten a la consulta externa del hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello obtenemos una frecuencia de 46% 56% en su mayoría la cual como pacientes si es accesible ser atendido por el medico que le brindó servicio en su última consulta, por lo cual solo el 10% es la diferencia de descenso del dato en relación a la encuesta del 2007. Se refleja que los especialistas siempre están en su mayoría en el mismo lugar atendiendo a la población, cuando seria más provechoso que se brindará servicio en los municipios que tienen poco acceso al centro por las distancias

De acuerdo a la encuesta obtenida de los pacientes que asisten a la consulta externa del hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello encontramos una frecuencia de 71% de los pacientes usuarios que mencionan están satisfechos con la atención brindada por el médico que les atendió y esto también refleja que siempre quisieran seguir siendo atendidos por el mismo médico del centro hospitalario (Ver cuadro 5). Dato que no sufrió mucha variación con respecto a la encuesta del 2007 que reflejaba en un 76% sentirse satisfechos con la atención

El 81.6% de los usuarios refirieron que se debía de cambiar algo para mejorar la atención, mientras que un 71.4% lo refieren en la última encuesta realizada manteniendo así una diferencia de un 10% aproximadamente (Ver gráfico 2).



Cuadro 1. Indicadores de producción comparativos entre el nonestre del 2006 y 2007, del hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, según informe técnico administrativo durante enero a julio del 2007.

<b>Indicadores de producción</b>	<b>Años que se comparan</b>	
	<b><u>2006</u></b>	<b><u>2007</u></b>
Nº de Ingresos	13172	15912
Nº de Egresos	13107	15777
Índice ocupacional	57,4	73,5
Giro Cama	39	47
Camas Censables	336	336
Camas no Censables	78	78
Promedio Estancia	5	4,3
Intervalo sustitucional	4	1,5
Nº de Partos	2493	2506
Nacidos (vivos)	3944	4219
Cirugías	1751	7274



Cuadro 2. Número de recetas extendidas en cada uno de los servicios que brinda el hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, según informe técnico administrativo durante enero a septiembre del 2007 comparado con el último nonestre del 2006

Especialidad	Años	
	2006	2007
Medicina		
Pediatría	34428	39832
Cirugía	30667	46053
Gineco-obstetricia	90231	160217
Trauma y ortopedia	15141	20182
Critica	338377	431066
Ambulatorio	1279	44426
<b>Total</b>	<b>564699</b>	<b>805628</b>



*Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. León*

Cuadro 3. Costo por servicio que brinda el hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, según informe técnico administrativo durante enero a septiembre del 2007 .

<b>Servicio</b>	<b>Costos</b>
Medicina general	337,5291.99
Cirugía	775,323.24
Trauma y ortopedia	643,643.11
Gineco-osbtetricia	737,439.47
Pediatría	584,890.75
Consulta Externa	321,439.73
Emergencia	1281,989.42
odontología	17,868.93
UCI	498,911.64
CIN	25,251.10
Quirófanos	208,852.55
Labor y parto	11,6074.70
Laboratorio	23,922.38
Ingresos por donaciones	441,504.33
Anestesia	1,442,483.39
Radiologia	¿?
<b>Total</b>	<b>10,494,886.73</b>



**Cuadro 4.** Habitantes y pacientes según municipio de procedencia al asistir a la consulta externa del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, según encuesta aplicadas a los mismos, durante los meses octubre y noviembre del 2007.

Municipio	Población		En consulta	
	Cantidad	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
Achuapa	13,797	3.9	0	0.0
El Sauce	27,900	7.8	0	0.0
Santa Rosa del peñon	9,529	2,7	1	1,0
El Jicaral	10,326	2.9	1	1,0
Larreynaga	27,898	7.8	3	3.0
Telica	23,266	6.5	2	2,0
Quezalguaque	8,591	2.4	0	0.0
León	174,051	48.9	78	79,6
La Paz centro	28,118	7.9	3	3,1
Nagarote	32,303	9,1	0	0.0
Otros departamentos	0	0.0	<b>10</b>	<b>10.0</b>
<b>Total</b>	<b>355,779</b>	<b>100,0</b>	<b>98</b>	<b>100.0</b>

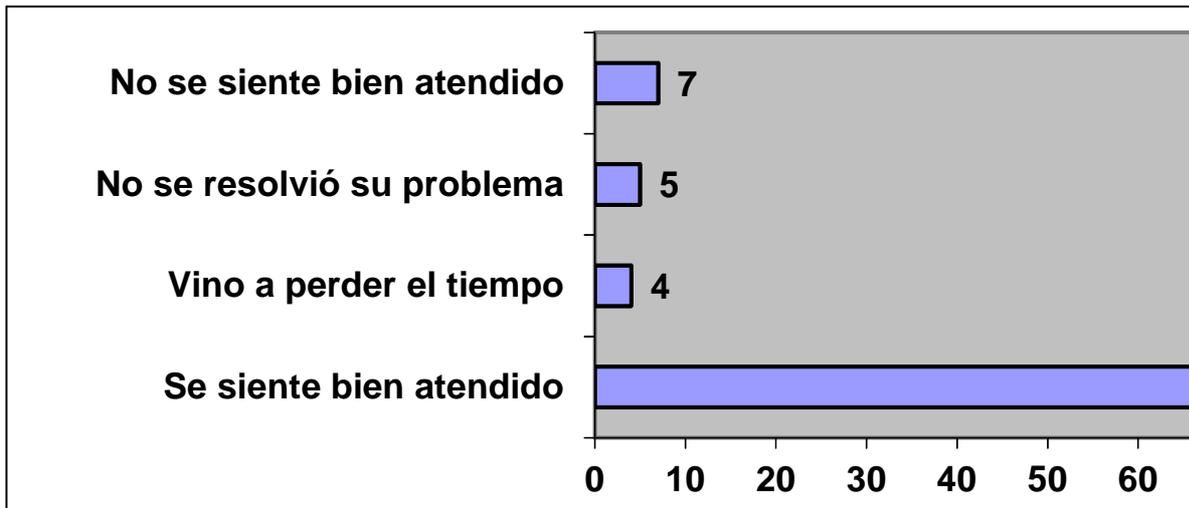


**Cuadro 4.1** Habitantes y pacientes según municipio de procedencia al asistir a la consulta externa del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, según encuesta aplicadas a los mismos, Julio 2009.

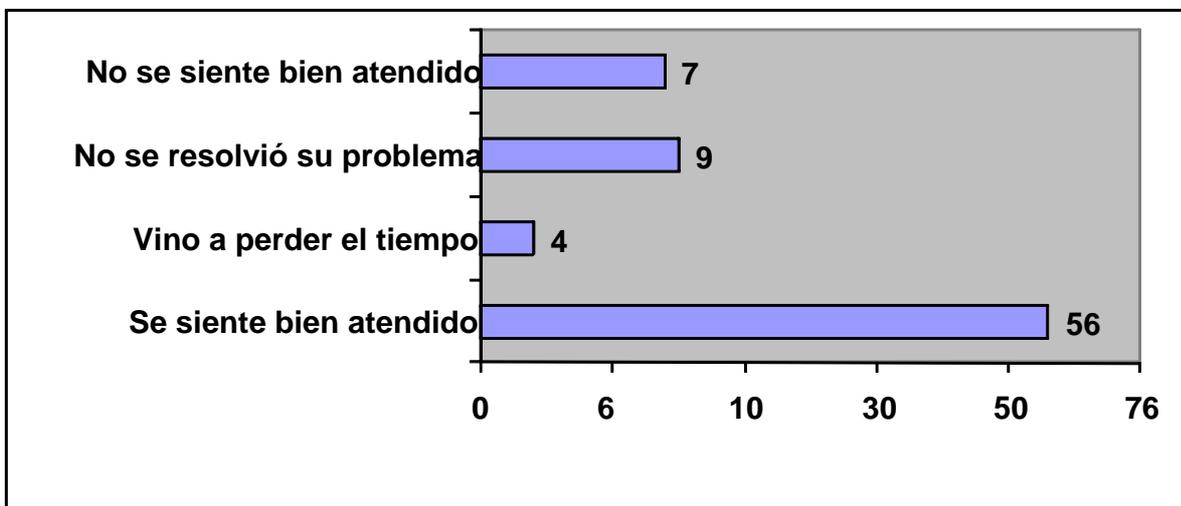
Municipio	Población		En consulta	
	Cantidad	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
Achuapa	13,797	3.9	7	9.2
El Sauce	27,900	7.8	5	6.5
Santa Rosa del peñon	9,529	2,7	1	1.3
El Jicaral	10,326	2.9	2	2.6
Larreynaga	27,898	7.8	0	0.0
Telica	23,266	6.5	4	5.2
Quezalguaque	8,591	2.4	3	3.9
León	174,051	48.9	42	55.2
La Paz centro	28,118	7.9	2	2.63
Nagarote	32,303	9,1	5	6.57
Otros departamentos	0	0.0	<b>5</b>	<b>6.57</b>
<b>Total</b>	<b>355,779</b>	<b>100,0</b>	<b>76</b>	<b>100.0</b>



**Gráfico 1.** Cumplimiento de las expectativas con la atención recibida en el hospital escuela desde la percepción de los usuarios. Octubre y noviembre del 2007.



**Gráfico 1.1** Cumplimiento de las expectativas con la atención recibida en el hospital escuela desde la percepción de los usuarios. Julio 2009





**Cuadro 5.** Percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de los servicios brindados por el hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello. Octubre y noviembre del 2007.

Aseveraciones	Porcentaje de respuestas				
	1	2	3	4	5
¿Que tan largo siente usted la distancia entre su casa al hospital?	27.6%	13.3%	16.3%	15.3%	27.6%
¿Qué tan difícil ha sido para usted venir hoy a la consulta?	17.3%	23.5%	14.3%	24.5%	20.4%
¿Qué tanto le han apoyado las autoridades de su municipio para llegar a la consulta?	20.4%	14.3%	16.3%	15.3%	33.7%
¿Qué tan difícil le ha sido para usted tener una cita hoy aquí?	9.2%	7.1%	14.3%	24.5%	44.9%
¿Qué tan fácil ha sido para usted ser atendido por el médico hoy aquí?	8.2%	7.1%	13.3%	15.3%	56.1%
¿Qué tanto le ha satisfecho los resultados de la atención que le ha dado el médico en la consulta?	0.0%	3.1%	9.2%	11.2%	76.5%

1=Muy mal; 2=mal; 3=Regular; 4=Bien; 5=Muy bien



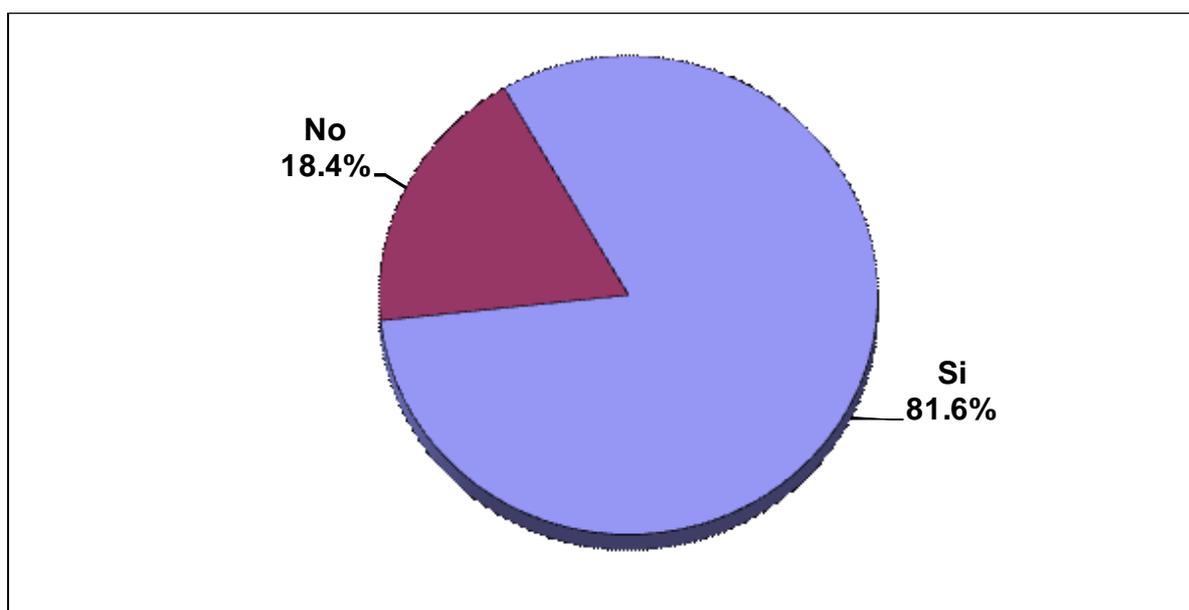
**Cuadro 5.** Percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de los servicios brindados por el hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello. Julio 2009

Aseveraciones	Porcentaje de respuestas				
	1	2	3	4	5
¿Que tan largo siente usted la distancia entre su casa al hospital?	15.7%	14.4%	11.8%	48.6%	9.2%
¿Qué tan difícil ha sido para usted venir hoy a la consulta?	7.6%	19.7%	52.6%	7.8%	6.5%
¿Qué tanto le han apoyado las autoridades de su municipio para llegar a la consulta?	62.9%	5.7%	2.9%	20.0%	8.6%
¿Qué tan difícil le ha sido para usted tener una cita hoy aquí?	10.2%	6.1%	11.3%	27.5%	44.9%
¿Qué tan fácil ha sido para usted ser atendido por el médico hoy aquí?	7.2%	10.1%	17.3%	11.3%	54.1%
¿Qué tanto le ha satisfecho los resultados de la atención que le ha dado el médico en la consulta?	6.0%	1.1%	11.2%	11.2%	70.5%

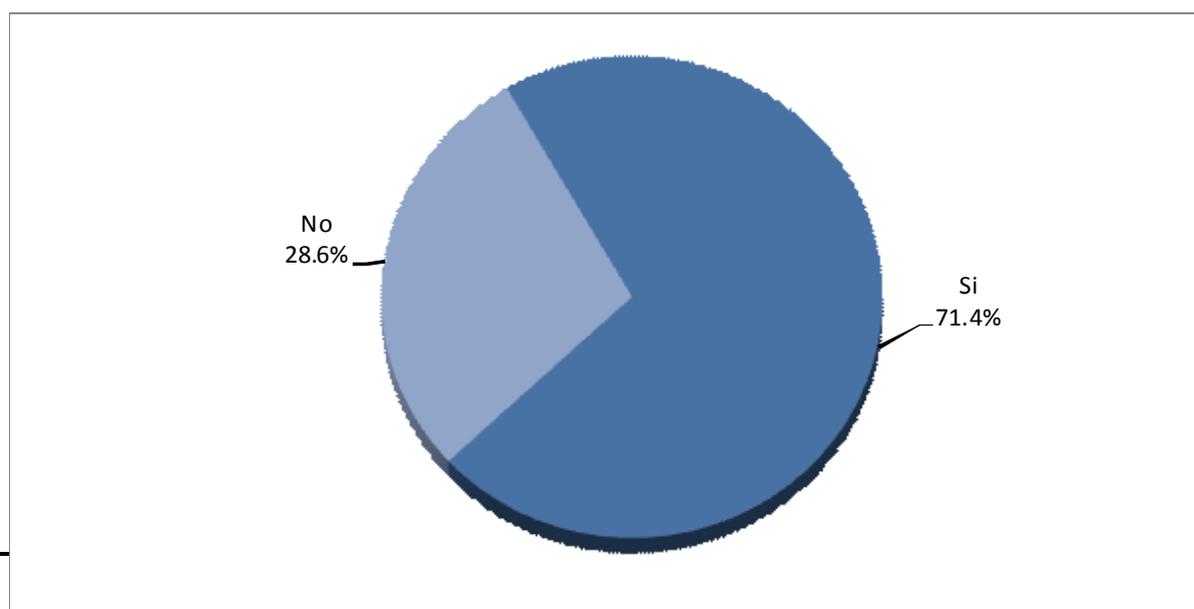
1=Muy mal; 2=mal; 3=Regular; 4=Bien; 5=Muy bien



**Gráfico 2.** Opinión sobre ¿"si la atención por el hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello debería mejorar"?. Octubre y noviembre del 2007.



**Gráfico 2.** Opinión sobre ¿"si la atención por el hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello debería mejorar"?. Julio 2009





## **Discusión de los resultados**

Al valorar la capacidad productiva del hospital escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales A.”, encontramos que se están realizando grandes esfuerzos por brindar una atención hospitalaria de gran calidad, personalizada y humanizada. A este esfuerzo contribuyen las autoridades hospitalarias y del ministerio de salud en los aspectos organizativos, el estado en su financiamiento y los donantes. Sin embargo es bueno hacer notar que esta atención es extremadamente cara y consume grandes cantidades de recursos. Con la política del gobierno de gratuidad, estos recursos tienen una mayor presión. Sin embargo siempre hay un límite que se impone cuando los recursos se consumen y no hay capacidad de reponerlo.

Un aspecto relevante es que no existen condiciones reales o no se están realizando ajustes a la demanda con el fin de contener el gasto tanto del servicio como de los usuarios. La demanda es, en gran medida, espontánea, algunas veces referidas desde las unidades periféricas de salud tanto de León como de sus municipios. Los casos graves son transferidos y el transporte en ambulancia desde los municipios se dan cuando el caso ha sido definido como grave por la unidad de salud y hay recursos o en casos de epidemias donde el MINSA central aporta mayores recursos. Esto hace que la población tome sus decisiones para asistir de acuerdo a sus posibilidades económicas encontrando de esta manera que los habitantes del municipio de León y sobre todo los del área urbana consumen mayor cantidad de recursos proporcional al tamaño de la población, mientras que los municipios más alejados tienen menor acceso.

Esto es importante destacarlo debido a que existen condiciones desfavorables a ciertos grupos poblacionales del departamento de León y pocos esfuerzos institucionales de parte del hospital para facilitarles cobertura.



Por otro lado aunque las personas valoran positivamente la calidad de la atención recibida, también consideran que se debe mejorar aspectos de la atención, lo que refleja un nivel de insatisfacción. Sobre todo de personas que vienen de lejos.

Aquí encontramos barreras geográficas, económicas y culturales en las formas de atención, en la información que se brinda a las personas que vienen a la consulta. Por otro lado no se brindan preferencias a personas por las distancias, ni facilidades para obtener una cita en menor tiempo.

**En relación a la última encuesta realizada en el 2009 se encuentran algunos datos importantes como:**

- Un leve descenso del 10% en la satisfacción del usuario. Esto también tiene que ver lo heterogéneo del origen de los pacientes en la que en esta medición una buena parte de ellos provenían de otros lugares.
- Muchos de los pacientes que venían de áreas rurales asociaban su insatisfacción con el contacto primario que habían tenido con el sistema de salud
- Disminución en el apoyo de sus autoridades municipales en 13% con respecto al informe del 2007, lo que contribuye a pacientes con insatisfacción del sistema de salud
- Poca dificultad para lograr ser atendido por el médico. Este dato no tuvo variación sustancial entre 2007 y 2009
- No hay dificultad para reprogramación de sus citas



- Hay mejor coordinación y trato con el médico que las atiende
- El número de pacientes provenientes de otro departamento incrementó en un 2%

## • **Conclusiones**

En base a los resultados del presente trabajo puedo concluir:

- A pesar de la accesibilidad a los servicios de salud que ofrece el Heodra se observa que una buena parte de las consultas y atención en general es recibida por pobladores de la ciudad de León en relación a otros municipios y áreas rurales
- La capacidad productiva del Heodra es alta y ha venido incrementándose en los últimos años, reflejándose en el 2007 un incremento de casi el 100% en relación al 2006.
- La percepción de los usuarios en cuanto a calidad de la atención se ha mantenido en valores satisfactorios en los últimos dos años
- De acuerdo a los proveedores y gerentes de salud la infraestructura y capacidad física del Heodra no está en correspondencia a las expectativas de demanda de la población y a la política de gratuidad de los servicios por parte del gobierno
- Existe una alta productividad de los servicios del hospital en el 2007 (incluyendo consulta externa), generando incremento en el gasto del hospital Escuela. Hecho que se acentuó posiblemente por la huelga médica del año 2006 y las elecciones nacionales que invitaron a la población a demandar los servicios de salud



- Los problemas que son abordados en la consulta externa del hospital Escuela son en su mayoría de poca complejidad y se observa muchas consultas subsecuentes del mismo paciente
- Existe una demanda en la calidad y calidez de los servicios de salud por parte de los usuarios los cuales recomiendan citas más cortas, mejorar las relaciones humanas entre el trabajador de la salud y el mantenimiento de la institución
- En general la cobertura de los servicios de salud del hospital escuela es amplia, diversificada y de acceso universal. Teniendo el año 2007 una mayor apertura que los años anteriores. A pesar de la mayor apertura de consultas la calidad se mantiene con buenos índices y con buena percepción en la satisfacción
- El Heodra cuenta con 102 especialistas en ocho especialidades y 12 subespecialidades. Hay más de 300 enfermeras y auxiliares, 123 médicos residentes y 34 médicos internos

Algunos comentarios encontrados en las encuestas de parte de los pacientes:

1. Algunos trabajadores de la salud de este hospital tratan mal a los pacientes cuando se les acerca a pedirles ayuda o hacerles alguna pregunta
2. A los que ayudan en la comunidad solo son a los del partido de gobierno
3. No dan ganas de venir al hospital porque se mantiene sucio
4. El especialista nunca está. Siempre que quiero verlo él manda a otro médico más joven
5. Tenemos derecho a ser respetados y tratados con dignidad
6. El presidente de la republica está haciendo un gran esfuerzo para la Salud, ya que antes no teníamos ni para hacernos los exámenes.





## **Recomendaciones**

- Diseñar un programa de cobertura amplia en la que se contemple la atención de los usuarios por parte de los especialistas en unidades primarias de salud
- Reorganizar la capacidad asistencial del Heodra habilitando consultas externas por parte de especialistas en horarios de la tarde y de la noche inclusive, contribuyendo en la reducción del tiempo de espera y racionalizando mejor la planta física.
- Habilitar e incrementar la capacidad física y tecnológica de los diferentes servicios en el hospital
- Mejorar la capacidad diagnóstica de los recursos humanos, así como la implementación de medidas que mejoren la calidez de la atención
- Procurar habilitar una consulta externa con acceso universal pero con equidad social, tratando de priorizar a pacientes con lejanía geográfica y con dificultades de accesibilidad
- Crear un sistema informático que permita una administración racional de las consultas, haciéndose estas más ágiles, controlables, proporcionadas y que permita dar un seguimiento personalizado a cada paciente.
- Implementar un sistema de evaluación a todos los niveles que permita reorientar y redimensionar la organización de los servicios de salud



## Bibliografía

- <sup>1</sup> OPS y la OIT "Protección social en salud" (OIT/OPS). 26° Conferencia Sanitaria Panamericana. Iniciativa Conjunta de la -CSP26/12-, 16 de julio del 2002.
- <sup>2</sup> Gross Espiel, Los derechos económicos, sociales y culturales. Su reconocimiento, promoción y protección internacionales con especial referencia al Sistema Interamericano. Manuscrito preparado en 1985.
- <sup>3</sup> OIT. No existe un modelo idóneo único de seguridad social. Conclusión 4. Modelo de seguridad social y papel del Estado. Conferencia Internacional del Trabajo. 89 Reunión 2001.
- <sup>4</sup> Durán Valverde Fabio. Oficina Internacional del Trabajo. Nuevas estrategias para extender la protección social en salud en el contexto de las reformas de salud en Latinoamérica y el Caribe. AISS – Conferencia Regional Americana 2006. - Belice, mayo de 2006.
- <sup>5</sup> Marracino Camilo. Coberturas de salud. Fundación A. Donabedian y CLAS SALUD & Asoc. Buenos Aires. Argentina.
- <sup>6</sup> Acuña, C. Elementos para la discusión en torno a la protección social y el derecho a la salud. Documento inédito preparado para la Unidad de Políticas y Sistemas de salud, OPS/OMS, septiembre, 2004.
- <sup>7</sup> Mera J. y Col. "Los Servicios de Salud en la Argentina". Fundación Universidad a distancia Hernandarias. De docencia. Buenos Aires. Argentina. 1995.



- <sup>8</sup> C. Marracino. "Tendencias en la Atención Médica y Cambios en la Concepción de la Calidad". Medicina y Sociedad. Mayo de 1998.
- <sup>9</sup> Jiménez Paneque Rosa E.. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública 2004;30(1).
- <sup>10</sup> Ley 423: Ley General de Salud y su reglamento. La Gaceta, diario oficial. Managua 17 de mayo de 2,002. Impreso por Copy Fast, S.A. Abril del 2,006.
- <sup>11</sup> Donabedian A., "Aspectos de la administración de la Atención Médica". Fondo de Cultura Económica, 1<sup>a</sup> edición en español, México, 1987. pp. 34-38.
- <sup>12</sup> Frenk J. "El concepto y la medición de la accesibilidad" en Salud Pública de México, 1985. sep-oct., Vol 27 No 5, pp. 438-456.
- <sup>13</sup> Donabedian A., "Aspectos de la Administración de La Atención Médica". Fondo de Cultura Económica, 1a. edición en español, México, 1987. pp. 34-38.
- <sup>14</sup> Canales M, Almada B y Navarro R. "La mortalidad en una población rural en México y su relación con el uso de los servicios médicos antes de la muerte" en Salud Pública de México, 1984. Vol. 26 No 4, pp. 404-414.
- <sup>15</sup> Rosenstock JM. "Why people use health services" (part two) en The Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966. Vol. 44 No 3, pp. 385-393.
- <sup>16</sup> Alun Joseph. et al. "Accessibility and utilization". First published, Tavistock publications. London 1984. pp. 3-77.
- <sup>17</sup> Hulka B, Wheat J. "Patterns of utilization. Patient perspective" en Medical Care, 1985. Vol. 23 No 5, pp. 438- 460.
- <sup>18</sup> Fielder Hohn L. "Areview of the Literature on access and utilization of medical care" en Soc Sci and Med, 1981. Vol 21 No 15, pp. 129-142.
- <sup>19</sup> Tanner L, et al. "Predicting physician utilization in medical care" en Health Services Research, 1983. Vol. 20 No 3, pp. 263-269.



- <sup>20</sup> Granda E. "Lineamientos teóricos sobre demanda de los servicios de salud". Mim. Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Quito, Ecuador, 1986.
- <sup>21</sup> Centro de Estudios y Asesoría en Salud. "Demanda y utilización de servicios" en Salud y Trabajo. Anuales de La Universidad de Cuenca, 1984. Tomo VII, pp. 87-99.
- <sup>22</sup> Parker G, Robert L. "Health care expenditures in a rural india community" en Soc Sci and Med, 1986. Vol 21 No 5, 23-27.
- <sup>23</sup> Feldstein Paul. "Hospital costs and utilization" en Health Care Economics, Ed. Wiley Medical, New York, USA, 1983. pp.193-151.
- <sup>24</sup> Acton Jan Paul. "Nonmonetary factors in the demand for medical services. Some empirical evidence" en Journal of Political Economy. 1975 No 83, pp. 595-613.
- <sup>25</sup> Schultz T. "Reflections on investment in man" en Journal of Political Economy 1962. No 70, pp. 101-109.
- <sup>26</sup> Grossman M. "On the concept of health capital and the demand for health" en Journal of Political Economy, 1972. No.80 pp.223-225.
- <sup>27</sup> Phelps Ch, Newhouse J. "Coinsurance and the demand for medical care services" Paper No R-964, OEO/NYC, Santa Mónica, USA, Rand. Corp. 1973.
- <sup>28</sup> Miners L. "The family's demand for health a rural investigation. Ph. D. dissertation, University of North Carolina at Chapel Hill. 1979. Citado en Akin et al, "The demand for primary health services in the third world". Rowman and Allanheld ed. New Jersey, 1985.
- <sup>29</sup> Leibowitz A, Friedman B. "Family requests and the derived demand for health care" en Economic Inquiry, No 17, pp. 133- 139. 1979. Citado en Akin et al, 1985, op. cit.
- <sup>30</sup> Purola Tapani. "A systems approach to health and health policy" en Medical Care, 1972. Vol. 10 No 5, pp 201-207.
- <sup>31</sup> Ministerio de Salud de Nicaragua. Plan estratégico 2004-2008. HEODRA. León. Diciembre 2003. Documento oficial.



- <sup>32</sup> Barrios Róger, Castro Néstor. Vulnerabilidad administrativa y organizativa del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en situaciones de desastres..
- <sup>33</sup> Carrada Bravo Teodoro. Benchmarking y los grupos relacionados con el diagnóstico hospitalario
- <sup>34</sup> Ministerio de salud Nicaragua. Gerencia de calidad promoviendo una cultura de calidad en las instituciones de salud del primer nivel de atención. 2001
- <sup>35</sup> Ministerio de salud Nicaragua. Normas de prevención y atención de cáncer cervicouterino. 2000
- <sup>36</sup> Muñoz, Lorenzo. Compilador. Modulo calidad de atención en salud. Centro de investigaciones y estudios en salud. Managua 2002
- <sup>37</sup> MINSA – Banco Mundial – FUNSALUD. Estudio de satisfacción de usuarias. 1996
- <sup>38</sup> Donabedian A. Approaches to assessment: what to assess in evaluating the quality of medical care? Milbank Mem Fund Quart 1986; 44:167-70



## Anexos

.Estamos haciendo un estudio con los pacientes que vienen a este hospital a solicitar servicio medico, para conocer mejor sus necesidades y su opinión sobre el servicio que se ofrece aquí. Sus respuestas son confidenciales, así que le vamos agradecer su sinceridad y también el tiempo que nos dedical.- **Datos generales:**

Edad: /__/__/	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Municipio de procedencia: _____ <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural
---------------	--	--

### II.- Motivos de asistir a este hospital:

Servicio al que asistió hoy: <input type="checkbox"/> Medicina Interna <input type="checkbox"/> Cirugía general <input type="checkbox"/> Cirugía plástica <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología <input type="checkbox"/> Oftalmología <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Pediatría <input type="checkbox"/> Gineco-obstetricia <input type="checkbox"/> Oncología <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Otros	Motivo que lo llevaron a venir a consulta:
	Número de veces que ha venido: /__/__/
	Qué le hicieron hoy en la consulta: <input type="checkbox"/> Cita de control <input type="checkbox"/> Valoración médica y contrarreferencia <input type="checkbox"/> Envío de exámenes y nueva cita <input type="checkbox"/> Tratamiento y nueva cita <input type="checkbox"/> Cita para ingresar a sala <input type="checkbox"/> Cita para ver si se puede ingresar <input type="checkbox"/> Cita para examen especial <input type="checkbox"/> Otro _____



Qué tanto siente que se cumplieron con sus expectativas:					
<input type="checkbox"/> Me parece bien, considero que es importante haber venido					
<input type="checkbox"/> Siento que es importante pero no me siento bien atendido					
<input type="checkbox"/> Me siento mal, porque considero que no me han resuelto el problema					
<input type="checkbox"/> Me han hecho venir en balde					
<b>III.- Qué tan satisfecho se encuentra usted con el servicio:</b>					
Las siguientes aseveraciones responda según usted considere 1=Muy mal; 2=mal; 3=Regular; 4=Bien; 5=Muy bien					
¿Que tan largo siente usted la distancia entre su casa al hospital?	1	2	3	4	5
¿Qué tan difícil ha sido para usted venir hoy a la consulta	1	2	3	4	5
¿Qué tanto le han apoyado las autoridades de su municipio para llegar a la consulta	1	2	3	4	5
¿Qué tan difícil le ha sido para usted tener una cita hoy aquí	1	2	3	4	5
¿Qué tan fácil ha sido para usted ser atendido por el médico hoy aquí	1	2	3	4	5
Qué tanto le ha satisfecho los resultados de la atención que le ha dado el médico en la consulta	1	2	3	4	5
Está interesado(a) en seguir viniendo a la consulta cuando sea necesario	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		
Le gustaría ser atendido por el mismo médico en la consulta	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		
Considera que hay cosas que se deberían mejorar	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		
Qué recomendaciones haría al hospital para mejorar la atención					

**Gracias por su tiempo.!**