

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICIN**



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA.

“Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos que laboran en la red de servicios de salud del área urbana de la ciudad de León en relación al Modelo de Atención Familiar y Comunitario (MOSAFC).”

Autoras:

Bra. Fannia Daniela Mairena López.

Bra. Lilliam Mercedes Martínez.

Tutora y asesora metodológica:

**Msc. Blanca López.
Profesora titular del Dpto. de Salud Pública.**

León, Nicaragua

Marzo de 2012

DEDICATORIA

Esta investigación es el fruto de mucho esfuerzo y de trabajo en grupo, por esta razón lo queremos dedicar a:

Dios: Por ser quien nos ha dado la vida y la inspiración para realizar esta investigación.

Nuestros padres: Por ser pacientes, comprensivos y sobre todo por habernos brindado su apoyo incondicional.

Nuestra tutora MSc. Blanca López: Por estar a la par de nosotras, guiándonos para el éxito de esta investigación.

A Los(as) Médicos: Por ser ellos(as) la razón de ser de este estudio y por su cooperación para la obtención de la información.

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer con especial esmero a:

DIOS: Por que sin su ayuda no hubiéramos logrado culminar con éxito nuestro trabajo.

NUESTRA TUTORA MSc. Blanca López: Por sus consejos, sugerencias y críticas constructivas que llevaron a la mejoría de la investigación y de nuestra persona.

A LOS(AS) MEDICOS: Porque sin su cooperación no habría sido posible finalizar nuestra labor.

Solo nos resta decir gracias a todo los que colaboraron de una u otra manera en la elaboración de esta investigación.

RESUMEN

La última reforma realizada al modelo de salud en Nicaragua se realizó en el año 2007 con la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) que se orienta en función de las necesidades de la población con énfasis en la promoción y prevención, trasciende la atención individual y toma como referencia a la familia y la comunidad que incluye el ambiente, un modelo que se enmarca en la construcción del poder ciudadano y promueve la responsabilidad compartida, el equipo de salud se traslada de las unidades de salud para laborar en la comunidad y garantiza la gratuidad y el acceso universal. Sin embargo este modelo se empezó a implementar a partir de Diciembre del 2008. Por estas razones el objetivo principal de esta investigación es identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los médicos del primer nivel de atención del área urbana de la ciudad de León acerca del MOSAFC en el período Agosto – Octubre del 2009. Esta investigación es descriptiva utilizando encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas, con una población encuestada de 62 médicos que laboran en atención primaria (Centros y puestos de salud). Una vez finalizada la investigación se llegó a la conclusión de que el nivel de conocimientos de los médicos encuestados es bajo, presentan una actitud negativa y entre las acciones (prácticas) que realizan frecuentemente con la ejecución del nuevo modelo se encuentran: Promoción de la salud, información y consejería en visitas domiciliarias, diagnóstico comunitario, capacitación a redes, llenado de historia clínica familiar, utilización de instrumentos para la dispensarización y cumplimiento de las visitas de seguridad familiar mensuales, obteniendo así según el número de acciones globales realizadas unas prácticas regulares en relación al modelo de salud familiar y comunitario (MOSAFC).

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	5
IV. PROBLEMA.....	6
V. OBJETIVOS.....	7
VI. MARCO DE REFERENCIA.....	8
Generalidades	9
Características del MOSAFC	12
Objetivos del MOSAFC	14
Principios del MOSAFC	15
Componentes del modelo.....	19
Dispenzarización	33
Competencias de los miembros de los equipos de salud	37
Definición de conocimientos, actitudes y prácticas	39
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	43
VIII. RESULTADOS.....	51
IX. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	56
X. CONCLUSIONES.....	61
XI. RECOMENDACIONES.....	63
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
XIII. ANEXOS	69
Tablas	70
Gráficos.....	74
Instrumento.....	79

I. INTRODUCCION.

En Nicaragua la atención de salud a la población rectorada por el Ministerio de Salud (MINSAL) ha venido sufriendo con el transcurso de los años reformas en pro del mejoramiento del servicio a la población, siendo la última reforma en nuestro país en el año 2007 con el nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFIC), el cual trasciende la atención individual y toma como referencia a la familia y la comunidad que incluye el ambiente y promueve la responsabilidad compartida entre los ciudadanos y el Ministerio de Salud (MINSAL)¹

En este modelo el dominio del conocimiento sobre sus objetivos, sus principios, sus características y sus aspectos claves para su aplicación por parte del equipo de salud que atiende a la población, permitirá el buen funcionamiento del modelo de salud y el cumplimiento de los objetivos perseguidos. Sin embargo las actitudes del personal hacia este nuevo modelo de atención ya sean negativas y/o positivas, van a influenciar en el resultado que se pretende obtener, ya que las actitudes en el comportamiento organizacional determinan como los trabajadores perciben su ambiente, como se comprometen a distintas acciones en pro de la calidad y la productividad y como se comportarán en relación a su desarrollo².

Otro factor importante a tomar en cuenta es que los equipos de salud aunque tengan los conocimientos por las capacitaciones recibidas acerca del MOSAFIC es de vital importancia que implementen estos conocimientos en la práctica diaria principalmente aquellos que desarrollen un mayor empoderamiento por la población, quienes serán los mas beneficiados con la ejecución correcta por parte de todo el equipo de salud³.

Para asegurar el cumplimiento y el estado de implementación del MOSAFC se han realizado seguimientos y monitoreos a la implementación a través de diarios de alcances, estrategias y desempeños en el personal de los equipos de salud cada 3 meses desde la implementación de este modelo, sin embargo estos resultados aún no están disponibles para la población.

Por las razones expuestas anteriormente y la importancia que tienen para el alcance de los objetivos del modelo de atención decidimos enfocarnos en indagar cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los médicos que laboran en el primer nivel de atención del área urbana de la ciudad de León.

II. ANTECEDENTES

Actualmente en Nicaragua no se han documentado estudios acerca de la evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas de los recursos humanos que laboran en la red de salud, incluyéndose aquí los médicos, en el nuevo modelo de atención en salud de nuestro país (MOSAFIC).

A nivel internacional por la importancia que tienen los cambios organizacionales y los modelos de trabajo institucionales se han realizado en diferentes contextos evaluaciones en relación a las actitudes y conocimientos de los trabajadores en el ámbito laboral, podemos citar por ejemplo trabajos que se han realizado en el área de la educación, la cultura, producción de servicios, entre otros, pero poco de estos estudios se han hecho sobre actitudes, conocimientos y prácticas de los médicos en los servicios de salud, dentro de estos podemos citar los siguientes:

Uno de los pocos estudios acerca de modelos de salud se realizó en Colombia y llevaba por tema **“Evaluación de los modelos de atención en el cuidado primario en salud”** realizada el Dr. Arnoldo Bronner en 1994, este estudio reflejó que la mayoría de los médicos que trabajaban en los centros de Atención básica estudiados, no tenían buenos conocimientos, y una mala práctica sobre el modelo de salud que regía en ese período a su país⁴.

Otro estudio fue realizado en Panamá en el 2001 a raíz de la implementación de un nuevo modelo de salud, por la Dra. Isabel González, este llevó por título **“Conocimientos, actitudes y prácticas en los equipos de salud que laboran en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social ante la implementación del nuevo modelo de atención de salud en el Distrito de San Miguelito”** Los resultados de este estudio reflejaron que los médicos tenían un nivel de conocimiento regular, una actitud negativa hacia el modelo y una mala práctica de éste⁵.

En la ciudad de León se han realizado dos estudios que abordan esta problemática, los cuales mencionamos a continuación:

El primero fue realizado por Somarriba, M. y Mejicanos, D. en el año 2008 con el título **“Valoración y grado de satisfacción con el Modelo de Atención Integral en Salud, de parte del personal de salud de dos distritos de Managua”** concluyendo que los trabajadores de la salud tenían una valoración débilmente positiva sobre el establecimiento del MAIS y predominó ligeramente el sentimiento de satisfacción con el cambio hacia ese modelo sobre los sentimientos de insatisfacción, mostrando menos satisfacción los médicos y enfermeras en atención directa con pacientes⁶.

La otra investigación realizada por Valladares, B. y Valle, F. en el año 2010 titulada **“Percepción de la población sobre la calidad de la atención brindada en el centro de salud Primero de Mayo posterior a la implementación del MOSAFC”** concluyendo que los pacientes que asisten al puesto de salud sentían alcanzadas sus expectativas con el proceso de atención, los niveles de satisfacción encontrados fueron altos en los adultos jóvenes, mujeres y personas con algún grado de instrucción⁷.

III. JUSTIFICACIÓN

El MOSAFC es un nuevo modelo de atención implementado en el sistema de salud Nicaragüense con el objetivo de mejorar la atención a la población, por tal razón es primordial valorar el nivel de conocimientos de los médicos responsables de cada equipo de salud poblacional, ya que dependiendo de esto podrán implementarlo correctamente, sumado a esto es importante determinar las actitudes del personal de salud en cuanto al MOSAFC, clasificándolas como negativas o positivas ya que pueden influenciar en el desarrollo del modelo.

Además cuando los médicos logren su apropiación y tengan actitudes positivas que repercutan en el proceso de atención a la población existirá mayor participación activa de los ciudadanos para que contribuyan en las comunidades al desarrollo de prácticas saludables mejorando la calidad de vida y al logro de los objetivos institucionales.

Consideramos que los hallazgos encontrados acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas en los médicos son nuestro aporte a los gerentes de los servicios de salud para que puedan analizar y tomar decisiones sobre aquellos aspectos que puedan estar limitando la buena marcha del nuevo modelo MOSAFC y así mismo a nosotros nos permitió apropiarnos del nuevo modelo de atención para aplicarlo en el futuro como profesionales y/o administradores de un servicio de salud.

IV. PROBLEMA

El modelo de atención integral en salud en Nicaragua (MAIS) anterior al MOSAFC se caracterizaba por un enfoque asistencialista e individualizado, intra-muro y con deficiente instrumentación, avances parciales en los niveles locales de algunas iniciativas con apoyo de proyectos, focalizado a las zonas urbanas, diseñado para entregar un paquete básico de servicios de salud y los recursos humanos se concentraban en las unidades de salud sin tener contacto con la comunidad, en cambio el modelo actual de salud Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) contiene un cambio de paradigmas, conceptos de salud y procesos de trabajos en equipos comunitarios ya que se orienta en función de las necesidades de la población con énfasis en la promoción y prevención, trasciende la atención individual y toma como referencia a la familia y la comunidad que incluye el ambiente, este modelo que se enmarca en la construcción del poder ciudadano y promueve la responsabilidad compartida entre los ciudadanos y el Ministerio de Salud, a la vez requiere de nuevos conocimientos fuera del ámbito técnico médico por parte del personal de salud, principalmente de los médicos que no solamente deben de prevenir, diagnosticar y curar enfermedades, sino de realizar educación y promoción de la salud que conlleva a mejorar la calidad de vida de las personas y al empoderamiento comunitario. Por ende se necesitan nuevas actitudes positivas hacia el cambio del modelo y el desempeño laboral que permitan el adecuado funcionamiento de éste, así mismo debe tenerse presente también las prácticas que se están ejecutando en relación a este modelo, por lo que es necesario identificar las necesidades de capacitación a los recursos médicos y sus deficiencias en el desarrollo de las competencias en la aplicación del MOSAFC relacionadas con sus actitudes, prácticas y conocimientos, por ello nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los médicos que laboran en el primer nivel de atención del área urbana de la ciudad de León en relación al Modelo de Atención Familiar y Comunitario (MOSAFC)?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los médicos que laboran en el primer nivel de atención del área urbana de la ciudad de León acerca del nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) Agosto – Octubre del 2009.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir los conocimientos que tienen los médicos que laboran en el primer nivel de atención del área urbana de la ciudad de León acerca de los aspectos teóricos básicos que caracterizan al MOSAFC.
- Determinar las actitudes que tienen los médicos que laboran en el primer nivel de atención del área urbana de la ciudad de León durante el desarrollo del nuevo modelo de atención en salud.
- Identificar las acciones (prácticas) que están realizando los médicos que laboran en el primer nivel de atención en la ejecución del nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).

MARCO DE REFERENCIA

VI. MARCO DE REFERENCIA

GENERALIDADES

A través de nuestra historia se han implementado diversos modelos de atención de salud en Nicaragua, en 1948 se inició con la creación de los Ministerios de Salubridad Pública, en 1955 se formó la Seguridad Social y Juntas Locales de Asistencia y Previsión Social enfocadas en un Modelo de Salud segmentado con tres instituciones, cada una encargada de la rectoría, financiamiento y prestación de los servicios orientados al asistencialismo^{8,9}.

La segunda reforma se realizó en la década de los años 80 con el Sistema Único de Salud enmarcado en la centralización de todas las instituciones y establecimientos públicos de servicio de salud en el MINSa, además centrado en la atención primaria en salud (APS), una cobertura universal y la participación social y comunitaria.

La tercera reforma inicia con el nuevo modelo de atención en salud en la década de los 90s (1995), donde se planteó una mayor apertura en el servicio del sector privado, racionalidad en el uso de los recursos, entrega de servicios con mayor calidad, desarrollo de la capacidad rectora del MINSa, separación de funciones de rectoría, financiamiento y provisión, creación de los Sistemas Locales de Salud (SILAIS), fortalecimiento de la participación social y priorización de la atención integral a la mujer y a la niñez; sin embargo no se desarrolló en otros grupos de población, limitándose a acciones de carácter asistencial únicamente^{1,2}.

La cuarta reforma en el año 2002 implementa el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) para dar cumplimiento al **Reglamento de la Ley 423 Ley General de Salud**³, plantea la organización de un Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) que incluye establecimientos públicos, privados y la red comunitaria. Este modelo se implementó por poco tiempo y según referencias del MINSa mantenía

aún un enfoque asistencialista e individualizado, intra-muro y con deficiente instrumentación por lo que se generó la necesidad de reformar nuevamente el modelo de atención en salud a la población^{10, 11}.

La última reforma se realizó en Nicaragua en el año 2007 con la implementación del Modelo actual de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) que se orienta como referimos anteriormente en función de las necesidades de la población con énfasis en la promoción y prevención, trasciende la atención individual y toma como referencia a la familia y la comunidad que incluye el ambiente, un modelo que se enmarca en la construcción del poder ciudadano y promueve la responsabilidad compartida entre los ciudadanos y el Ministerio de Salud, el equipo de salud se traslada de las unidades de salud para laborar en la comunidad y garantiza la gratuidad y el acceso universal. Este modelo se implementó a nivel de toda la red de servicios de salud del país e inició su ejecución en la ciudad de León en Diciembre del 2008 y a partir del 2010 en el resto del país^{2, 12}.

El Modelo de Atención Integral en Salud familiar y comunitario (MOSAFC) genera iniciativas de cambio en la cultura y estructura del sector salud para satisfacer las necesidades y el ejercicio de los derechos humanos, del pueblo nicaragüense y así mejorar la calidad de vida^{2, 13}.

La nueva estructura del sector salud está organizada de la siguiente manera:

- I Nivel: constituido por equipos de salud familiar y comunitario, Puestos de salud familiar y comunitario y Centros de salud con equipo de apoyo clínico a sectores
- II Nivel: constituido por Hospitales departamentales y regionales
- III Nivel: Servicios Nacionales especializados.

El MOSAFC es el conjunto de normas, procedimientos, instrumentos, manuales y disposiciones que dan las líneas de acción para su implementación. Enfoca la atención a las familias, personas y comunidad como un proceso continuo, con

momentos interrelacionados de promoción y protección de su salud, recuperación y rehabilitación cuando la población o la persona enferman o sufren discapacidades, todo ello con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y al medio ambiente que le rodea^{2,13}.

El modelo tiene un enfoque de prevención continuo a través de educación, promoción y protección de la salud familiar y comunitaria, recuperación y rehabilitación y con acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y al medio ambiente que le rodea.

Las actividades de Educación, Promoción y Prevención en salud aplicables al Primer nivel de atención incluyen:

- Vigilancia epidemiológica comunitaria: se realiza identificando los focos y brotes epidémicos, notificándole al nivel de salud correspondiente, para esto se requiere un proceso de capacitación y de asesoría sistémico.
- Atención a la mujer y niño(a) en áreas de intervención: detección de embarazadas con alto riesgo obstétrico; captación y referencia de embarazadas; captación, vigilancia y control del crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año; captación, vigilancia y control al niño de 1 a 5 años para su control de crecimiento y desarrollo y revisión de tarjetas de vacunas.
- Cuidados ambientales: control de basura, excretas, vigilancia ambiental (protección de fuentes de agua, control de criaderos de vectores), acciones de higiene y mejoramiento del medio ambiente y educación sanitaria.
- Salud Sexual y Reproductiva: Brindar conocimientos necesarios a los adolescentes para minimizar riesgos durante el embarazo y el parto. Informar a población adolescente y adulta sobre la prevención de las ITS y del VIH y SIDA.
- Integración de las personas con discapacidad: Dotar de conocimientos a la población para que se tome en consideración la integración de las personas con capacidades diferentes.

- Vigilancia de la calidad de los Servicios de Salud: Informar a la población acerca de sus derechos y calidad de atención que deben recibir, que se concrete la contraloría social.

La promoción y protección de la salud familiar y comunitaria debe de realizarse a través de^{2,13}:

- Información y consejería en salud a todos los miembros de la familia durante las visitas domiciliarias.
- Charlas educativas en las escuelas que promuevan un medio escolar saludable para el auto cuidado y el mantenimiento de la higiene.
- Educación en salud en el medio laboral para alcanzar la participación activa en actividades de prevención.
- Uso de medios masivos como la radio, el perifoneo, el uso de mantas entre otros.

CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO^{2, 13}:

- Trasciende la atención individual y toma como referencia la familia y la comunidad incluyendo el ambiente.
- Es un modelo que se enmarca en la construcción del poder ciudadano que según el Decreto ejecutivo N°112 – 2007 de la Ley de Participación ciudadana^{14, 10}, son organizaciones del pueblo que participan en el desarrollo integral de la nación de manera activa y directa para apoyar los planes y políticas del presidente de la república, además este modelo promueve la responsabilidad compartida entre los ciudadanos y el Ministerio de Salud.
- El modelo también requiere del involucramiento de todos los Agentes de Desarrollo Local, incluido el Gobierno Local, Instituciones del Estado, ONG, Empresa privada y otros.

- El equipo de salud familiar se traslada de las unidades de salud a laborar en la comunidad a través de la dispensarización y las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- El Modelo de atención está en función de las necesidades de la población, y enfatiza en la Promoción y Prevención, para lo que se requiere de la habilidad de realizar diagnósticos comunitarios donde existe participación de la comunidad y de los equipos de salud familiar y comunitario.
- El Modelo garantiza la Gratuidad y el Acceso universal a los servicios de salud.
- La promoción de la salud en relación con las acciones curativas: a través de éste persigue reorientar las acciones de salud desde una lógica fundamentalmente preventiva con énfasis en la promoción y protección de la salud, actuando en prevención se evitan complicaciones y secuelas de enfermedades en las personas, sus familias y sus comunidades⁴. Un lugar especial lo ocupa el fomento del auto cuidado de las personas y el cuidado de las mismas por su familia, la ayuda mutua entre los miembros de la comunidad fortaleciendo los lazos de solidaridad en el seno de la misma^{4,5}.
- La atención ambulatoria en relación a la atención hospitalaria: en el pasado el sector salud nicaragüense, estaba organizado en redes de servicios por niveles de atención y con establecimientos de salud de complejidades diversas, que requería tener identificación clara de la población a atender, la cual tenía que acudir y acceder a los establecimientos para ser atendida en diversos aspectos de sus necesidades de salud. Con este nuevo modelo la comunidad serán ellas mismas las redes de salud y en conjunto de los prestadores del servicio de salud, y su propia familia los responsables de su salud ya que la nueva estructura establece que se trabajará a través de los equipos de salud familiar, los gabinetes del poder ciudadano y casas bases. Las funciones de cada uno de ellos deberán de estar orientadas al beneficio de la salud de los diferentes sectores de la comunidad⁴.
- Las acciones comunitarias e individuales están dirigidas a mejorar su estado de salud: permitiendo que cada individuo sea capaz de implementar

acciones o de proveer recursos que tengan como fin la salud de su familia y su comunidad.

- Los médicos deben ser capaces de organizar a la población para su participación en las actividades de promoción y prevención, además de realizar diagnósticos comunitarios y tener buenas relaciones interpersonales para mantener mayor comunicación con la comunidad.
- El individuo y su comunidad deben de responsabilizarse por la participación comunitaria activa y el mantenimiento de su salud a través de la vigilancia en salud y el fomento de la higiene.

OBJETIVOS DEL MODELO

Los objetivos del nuevo modelo de salud MOSAFC se mantienen igual al anterior modelo MAIS sin embargo el cambio se refleja en una nueva estrategia de atención y de acuerdo con el Reglamento de la **Ley General de Salud** los objetivos son los siguientes¹³:

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

PRINCIPIOS DEL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIO:

▪ Accesibilidad a los servicios de salud

El ordenamiento de los servicios de salud se basa en criterios de accesibilidad geográfica, cultural, de género, económica, etc. que garanticen una puerta de entrada para favorecer el primer contacto de los usuarios, incluyendo a las comunidades indígenas y grupos étnicos, a fin de fomentar la confianza y credibilidad de los servicios³ a través de la activación de los sectores comunitarios definidos como equipos de salud familiar y comunitarios, casa base y casa materna además visitas domiciliarias durante la dispensarización en cada territorio de los municipios^{2, 13}.

El nuevo modelo de atención en Salud fortalece los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad, participación social, equidad y responsabilidad de los ciudadanos mediante la puesta en práctica de estos principios, por ejemplo en la participación social las redes de servicio de salud están fortalecidas por los líderes comunitarios, brigadistas y gabinetes del poder ciudadano. Asimismo asume el principio de accesibilidad de la Política Nacional de Población, aprobada en el año 1997, que reconoce¹³:

- *“el respeto a los principios legales (Ley de Derechos Humanos, Ley de Protección de Derechos Humanos contra el VIH-SIDA, etc), culturales, morales y religiosos de la población”.*
- *“el papel integrador de la familia con relaciones basadas en el respeto, solidaridad e igualdad absoluta de derechos y responsabilidades entre el hombre y la mujer”.*
- *“el respeto a la diversidad étnica y el derecho que tiene cada comunidad para preservar y desarrollar su propia identidad cultural”.*

- **Integralidad de las acciones en los servicios de salud**

Este nuevo Modelo contempla a la persona como un ser bio-psicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, con deberes y derechos para la toma de decisiones de forma consciente y sistemática respecto a su salud, de los miembros de su familia, de su comunidad así como para la protección y mejora del ambiente que lo rodea a través de las medidas de promoción y prevención antes mencionadas⁵.

Implica la orientación de la atención hacia la solución integral de los problemas de salud, con enfoque de promoción, prevención de enfermedades, protección, atención y rehabilitación de la salud mediante las acciones de liderazgo y organización comunitaria que el médico debe tener para influenciar en la comunidad y así lograr que se involucren en la resolución de sus problemas y el mantenimiento de su salud^{2,13}.

- **La organización comunitaria como parte de la integralidad se define de la siguiente forma:**

La organización comunitaria es el conjunto de actividades a seguir para el desarrollo de una comunidad. Esto se inicia cuando se forma una asociación voluntaria de personas que están dispuestas a realizar estas actividades¹³.

Sus principios básicos son:

- Voluntariedad
- Flexibilidad: no debe ser impuesto sino fomentar la cooperación y participación de toda la comunidad.
- Autogestión: la comunidad busca la resolución de los problemas de salud a través de sus propios medios o de recursos institucionales.
- Cooperación – colaboración
- Coordinación
- Comunicación

- Liderazgo: caracterizado por la habilidad de motivar a otros, compartir el poder e involucrar a los demás miembros en la toma de decisiones, identificación de necesidades y recursos comunitarios, credibilidad y respeto y optimismo.

Los pasos para la organización comunitaria son^{15, 16}:

- Reconocimiento físico y geográfico de la comunidad.
- Identificación de la red comunitaria
- Realización de reuniones con la red comunitaria
- Realización de asamblea comunitaria
- Fijar con claridad las necesidades e intereses comunes
- Establecimiento de estructura organizativa del comité
- Elección de directiva
- Planteamiento de objetivos y metas a alcanzar
- Señalar responsabilidades y funciones a cada persona
- Establecer cuáles son las acciones a implementar
- Trabajo comunitario compartido y organizado.

La integralidad requiere que se identifique de manera adecuada la gama completa de necesidades de salud de los usuarios, que se identifiquen los factores, tanto de riesgo como protectores a la salud, presentes en ellos, sus familias y comunidades, y que se disponga recursos para manejarlas, teniendo en cuenta sus intereses y particularidades culturales.

La integralidad en la atención incorpora tanto el principio de integralidad de la Ley General de Salud, Ley 423 como los de participación social, eficiencia, calidad, sostenibilidad y responsabilidad ciudadana.

Para lograr la integralidad de la atención de acuerdo con los principios del MOSAFC deben tomarse en cuenta las competencias que deben tener los médicos quienes son los principales proveedores de salud^{17,18}.

- **Coordinación entre niveles de atención en salud**

El sector de salud nicaragüense, organizado en redes de servicios por niveles de atención y con establecimientos de salud de complejidades diversas, requiere tener identificación clara de la población a atender, la cual puede acudir y acceder a los establecimientos para ser atendida en diversos aspectos de sus necesidades de salud o puede ser atendida en su misma comunidad por un proveedor de los servicios de salud. Este modelo pretende que en cada casa base asista un médico para dar atención más cercana a la población que en este caso él sería el proveedor de salud o bien pueden acudir a su puesto de salud o centro de salud los cuales son parte de la red de servicios de salud dependiendo del servicio o que la población requiera.

La coordinación constituye un reto para el personal proveedor de servicios de salud, fundamentalmente para aquellos que tienen a su cargo establecer el primer contacto con los usuarios y garantizar la accesibilidad, y continuidad de la atención, tanto por los múltiples motivos de las referencias que se deseen realizar, como por las dificultades técnicas de identificación de la información procedente de lugares distintos¹⁸.

- **Longitudinalidad en el proceso de la atención en salud.**

Es la relación personal a largo plazo que se establece entre el personal proveedor y usuarios del servicio de salud. Esta característica del nuevo modelo de atención implica que existe un lugar, una persona o un equipo de trabajo que le provee atención a los usuarios a lo largo del tiempo, sea para acciones de prevención o de diagnóstico y tratamiento¹³.

La atención longitudinal significa que los usuarios pertenecientes a una población identifiquen como suyo a un establecimiento a un equipo o individuo encargado de proveerle servicios, a medida que establezcan participación activa con las

actividades que cada establecimiento ejecute como las luchas contra las epidemias y jornadas de vacunación, también significa que el personal proveedor (en forma individual o de equipo de trabajo) debe prestar regularmente asistencia a sus usuarios, centrada en la persona (no en la enfermedad) es decir evaluar todo el entorno del paciente que son competencias que el médico o el proveedor de servicios debe tener.

La Longitudinalidad en la atención implica que el equipo de salud al cuidado de los usuarios se preocupe de su atención integral en los diferentes niveles del sector, y esta característica del modelo de atención nicaragüense es uno de los pilares para asegurar la articulación entre los diferentes niveles de atención y para la cohesión de la red de servicios de salud del país, y por tanto, de la referencia y contrarreferencia¹³.

COMPONENTES DEL MODELO.

El Reglamento de la Ley General de Salud¹¹ indica que el Modelo de Salud Familiar y Comunitario tiene tres componentes: **provisión, gestión y financiamiento**^{2,13}.

▪ **Provisión de Servicios**

Es el conjunto de acciones concretas, definidas y organizadas que se brindan a la población y su ambiente, a través de una red de servicios articulados. Incorpora criterios de asignación de la población a ser atendida y los principios relativos al proceso de gestión clínica y gerencia del cuidado, con énfasis en la satisfacción de los usuarios. La provisión de servicios contempla la realización de las acciones de promoción de hábitos y estilos de vida saludable, protección frente a las enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación de discapacidades además incorporando como premisa central la promoción de la salud, proceso mediante el cual las personas y las comunidades se apropian de los medios e instrumentos necesarios para estar en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, y de este modo, mejorar su estado de salud¹³.

Elementos de la provisión

- Población

La población se protegerá de acuerdo a los regímenes de salud establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud 423¹¹, arto 338,339 y 340.

Régimen Contributivo, No Contributivo y Voluntario. La población definida para el Modelo de Atención se identifica por grupos de población según ciclo de vida, siendo estas las siguientes¹³:

- 1 Niñez: Inicia desde que un ser humano es concebido y abarca a los individuos hasta antes de cumplir los 10 años de edad. La niñez es el grupo de población más desvalido que tiene la sociedad ya que es dependiente en diferentes grados. Se debe tener en cuenta que la niñez es el período en que se aprenden y consolidan muchos de los estilos de vida que serán reproducidos en la vida adulta y que serán determinantes en la situación de salud y enfermedad de cada persona y además que el principal vehículo de dicha formación es la familia, teniendo como apoyo importante a la escuela.
- 2 Adolescentes: comprende a las personas de 10 a 19 años y en el se pueden distinguir dos períodos: los de 10 a 14 años que cursan con su etapa puberal y los de 15 a 19 años que están en el inicio de su juventud. La provisión de los servicios debe dirigir sus acciones hacia la prevención de adicciones, el embarazo precoz y no planificado, la promoción de estilos de vida saludable y la salud mental.
- 3 Adultos: comprende a las personas de 20 a 59 años, dividido en dos subgrupos: las personas de 20 a 49 años y las de 50 a 59 años. La provisión de servicios debe dirigirse a la detección oportuna de factores de riesgo de problemas de salud priorizados en este grupo poblacional, así como acciones dirigidas a mejorar su salud sexual y reproductiva. Se trata de un grupo de población en edad productiva y reproductiva cuyos problemas de salud son originados en edades tempranas fundamentalmente por hábitos y estilos de vida poco

saludable, accidentes laborales y exposición a factores ambientales cuyos efectos solo se detectan después de largo período, lo que impone severas exigencias para su atención.

4 Adultos mayores: comprende a las personas de 60 años y más. Como grupo esencial y vulnerable de la sociedad el adulto mayor debe vivir con dignidad y conservar la máxima capacidad funcional posible.

5 Población vulnerable y grupos especiales: Los diferentes regímenes de salud consideran especialmente a la población vulnerable, aquellas personas que no disponen de recursos para satisfacer las necesidades básicas para su desarrollo humano, así como grupos especiales de personas de acuerdo a los factores biopsicosociales, entre otros el binomio madre-niño, personas de la tercera edad y personas con discapacidad. Para su identificación se basa en criterios de riesgo:

- ✓ Accesibilidad geográfica.
- ✓ Acceso a servicios básicos.
- ✓ Comunidades con mínimo nivel de desarrollo.
- ✓ Inequidades de ingreso
- ✓ Disparidades de género.
- ✓ Oportunidades no equiparables entre las personas (discapacidad).

- **Abordaje de la atención en salud a la población.**

Una provisión de servicios efectiva y eficiente debe considerar a la población en términos de la persona, familia y comunidad como sujetos de la atención inmersos en un entorno físico y ecológico que le favorecen o limitan su salud.

1 Atención centrada en las personas: La prestación de servicios se centra en el cuidado y auto cuidado de las personas y no solo en la atención a “enfermedades”, por lo que las acciones se organizan en función al desarrollo sano de las personas según el grupo étnico a que pertenezcan.

- 2 Atención centrada en la familia: El enfoque de atención centrada en la familia lleva al prestador a conocer que factores en los miembros de la familia del usuario están influyendo en sus problemas de salud y también cuáles son los problemas que la familia y sus miembros están recibiendo de parte del usuario. Se identifican factores de riesgo y daños en el seno de la familia, incluyendo condiciones de vida y otros determinantes de su salud, a fin de ayudarles capacitándoles en el auto cuidado de su salud y en el apoyo entre sus miembros y tratar de resolver los problemas de salud de todos como una unidad orgánica.

- 3 Atención centrada en la comunidad: Los servicios de salud orientados a la comunidad deberán contar con el conocimiento actualizado de las necesidades y prioridades en salud valoradas desde la óptica técnica como de la óptica comunitaria. En ellos, el personal de salud, los proveedores, participan en los asuntos de la comunidad y poseen conocimientos específicos sobre los sistemas sociales y de apoyo solidarios existentes, incluyendo los recreativos, religiosos y políticos. la comunidad y sus miembros, participaran tanto en los espacios de gestión en las unidades de salud, como en las acciones que fortalecen su propia salud como las jornadas de salud, las iniciativas de entornos saludables (barrios, escuelas, mercados, espacios o municipios y el entorno laboral), las jornadas programadas con la comunidad para la detección temprana de enfermedades que amenacen la salud de sus miembros, ferias de salud entre otras. Para los grupos étnicos, las comunidades indígenas son la unidad geográfica base de su organización. Constituyen su garantía de sobrevivencia, puesto que a ese nivel los pobladores mantienen y reproducen su visión del mundo, la relación armónica entre los miembros de su comunidad y la naturaleza. A través de esas relaciones se ha transmitido de generación a generación la profunda espiritualidad y sus valores culturales que son ejes dinamizadores de la vida de la comunidad^{13,18}.

- 4 Atención al medio ambiente físico y ecológico: la comunidad participa activamente en la búsqueda de un ambiente saludable y la movilización consciente en la vigilancia de factores de riesgo, para este fin se requiere de la coordinación intersectorial e interinstitucional, así como de la comunidad organizada^{13,18}.

- **Conjunto de Prestaciones de Salud.**

Es un conjunto de beneficios de servicios de salud para toda la población que incluye acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación¹³. Está dirigido a las personas, familia, comunidad y al ambiente, toma en cuenta las particularidades de cada grupo poblacional, el perfil epidemiológico, el riesgo, la disponibilidad de recursos sectoriales y sociales, así como las características étnicas, culturales, ambiente físico y ecológico. Los beneficios del Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud se clasifican de acuerdo a los ámbitos definidos en el Reglamento de la Ley General de Salud, en tres grupos:

- ✓ **Servicios públicos en salud:** Grupo de beneficios y acciones de salud pública, vigilancia, fomento y educación dirigidas a promover hábitos, prácticas y conductas favorables a la salud en la persona, familia y comunidad. Incluye educación higiénica, educación en salud, inmunizaciones, promoción a la salud, promoción y control de las principales enfermedades transmisibles y tropicales, vigilancia y control de agua, alimentos, desechos sólidos y líquidos, medicamentos y otros productos relacionados con la salud, sustancias tóxicas y peligrosas y vigilancia, investigación y control epidemiológico, epizootico y entomológico.
- ✓ **Servicios de protección y prevención en salud:** Son acciones encaminadas a prevenir el daño y mantener el bienestar de la población. Incluye atención prenatal, parto y puerperio, atención inmediata del recién nacido, cuidados de nutrición, detección temprana de cáncer de cérvix y mama,

planificación familiar, promoción de salud bucal, vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo.

- ✓ **Servicios para la atención oportuna del daño:** Son acciones dirigidas a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Incluye atención a personas con discapacidad, enfermedades prevalentes de la infancia, enfermedades médicas y seguimiento, morbilidad ambulatoria, pacientes con enfermedades crónicas, problemas del recién nacido, rehabilitación con base en la comunidad y trastornos psiquiátricos.

- **Modalidades de entrega de los servicios.**

Requieren organización en las Unidades de Salud de atención teniendo en cuenta las necesidades de la población, niveles de pobreza, acceso geográfico y cultural a los servicios de salud, costos a la institución sobre la entrega de servicios de salud en función de mejorar la calidad y cobertura.

- ✓ Acciones en el Establecimiento: Se refiere a las acciones individuales y grupales que se brindaran en los establecimientos de salud de toda la red del sector (público, privado y comunitario)¹³.
- ✓ Acciones en la comunidad y el hogar: Se refiere a las acciones que se brindarán en la comunidad y los hogares por los proveedores de salud de toda la red del sector: Visitas programadas periódicas y sistemáticas a los hogares, brigadas integrales a las comunidades de alta vulnerabilidad, sesiones grupales, Jornadas Populares y Ferias de Salud, Lucha antiepidémica, Prevención de desastres^{2,13}.

Las modalidades de entrega de los servicios de salud, priorizarán la atención a comunidades alejadas, coordinadas con los líderes de la comunidad a fin de garantizar con ellos la mayor cobertura posible. Esta atención deberá brindarse en los locales de referencia ó preferencia del sector en horarios convenientes para la población. La atención a la población de las comunidades pobres y alejadas se garantizará mediante la estrategia de brigadas móviles médicas hacia los grupos priorizados a los que se les apoye en sus gastos operativos e incentivos de acuerdo con su rendimiento en función de la cobertura y calidad de servicios a grupos priorizados.

- **Organización para la provisión de servicios**

Requiere el desarrollo de un Sistema Integrado de Servicios de Salud donde se establece una definición clara de las responsabilidades de los diferentes prestadores de atención y de los diferentes sectores sociales involucrados en el mejoramiento de la salud. La organización de la provisión de servicios contempla como estrategia el **Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios**, proceso por el cual los establecimientos de la red de servicios (públicos, privados y comunitarios) alcanzan en forma ordenada el nivel de cobertura y complejidad establecido para garantizar la atención integral a la población del territorio bajo su responsabilidad (directa e indirecta o de referencia). Dicha estrategia permitirá guiar las necesidades de inversión en salud en el corto, mediano y largo plazo, así mismo guiar la organización y distribución de los recursos existentes a nivel local¹³.

La organización de la red implicará fortalecer la capacidad resolutive de los Establecimientos de Salud para responder de manera integral y oportuna a la demanda de los servicios de salud, esto requiere contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad en las familias, personas y comunidad. Así mismo implicará la organización de los servicios (agenda de citas, horarios de atención, reubicación de recursos humanos, dar a conocer a la población las

acciones a las cuales puede acceder en el establecimiento de salud, entre otras)^{2,13}.

1. Organización de redes: La red de servicios está conformada por un conjunto de recursos comunitarios, establecimientos públicos y privados en diferentes modalidades de salud que comparten objetivos comunes y se articulan entre si para responder a las demandas de salud de la población de un determinado territorio^{13,15,16}.

- ✓ Principales características de la red: ágil, articulada y complementaria; compartiendo fines y objetivos comunes; modelo organizativo de menor a mayor complejidad; con roles claramente definidos a nivel sectorial social; centrada en la persona, familia y comunidad; con enfoque de atención primaria basado en la comunidad; énfasis en acciones promoción y prevención en salud.
- ✓ Establecimientos de salud comunitarios:
 - *Casas bases*: Formas de organización comunitaria que tienen como propósito impulsar el auto cuidado de la salud, implementando acciones permanentes de prevención, promoción y asistencia básica a los principales problemas de salud a través de voluntarios de la comunidad y en coordinación con las unidades locales de salud.
 - *Casas maternas*: Es un albergue bajo la gestión de una organización comunitaria para dar cobertura a mujeres embarazadas de áreas rurales de difícil acceso. Albergue de mujeres en su período preparto y posparto. Atendidos por personal capacitado de la comunidad. Brinda servicios de consejería y educación sobre cuidados de embarazo, parto, puerperio, lactancia materna, cuidados del bebé y planificación familiar. Coordina la atención médica con la unidad de salud de referencia.

- *Dispensarios médicos comunales.*

✓ Establecimientos de salud públicos: Con un equipo de salud integrado por médico, enfermera, auxiliar, agentes comunitarios, parteras, etc., para atender en el casco urbano 1000 familias y en el área rural 600 familias^{13,15,16}.

- Puesto de salud familiar y comunitario: Unidad funcional que dista 2-3 horas de la unidad de mayor resolución (Centro de Salud) con una población de 3 a 4 mil habitantes, atendido por personal de enfermería y/o médico (más de 5 mil habitantes), brinda paquetes básicos de servicios con énfasis en promoción y prevención, su ambiente físico debe prestar condiciones para la atención del Paquete Básico¹³ constituido por Atención Prenatal, Parto y Puerperio, Atención del recién nacido, Atención integral a la enfermedades prevalentes de la infancia, Atención a discapacidades, Atención a pacientes con enfermedades crónicas, Atención de emergencias médicas, Atención ambulatoria de la morbilidad, Cuidados de la nutrición y sus trastornos, Detección temprana del cáncer de cérvix y mama, Educación higiénica, Educación en salud sexual y reproductiva, Inmunizaciones, Planificación familiar, Prevención y control de la principales enfermedades transmisibles y tropicales, Promoción de la salud , Promoción de la salud bucal, Promoción de la salud mental, prevención y atención de los trastornos siquiátricos, Rehabilitación con base en la comunidad, Vacunación de animales domésticos, Vigilancia y promoción del

crecimiento y desarrollo, Vigilancia e investigación epidemiológica, epizoótica y entomológica, Vigilancia y control del agua, alimentos, desechos sólidos y sustancias tóxicas y peligrosas.

- Centro de salud
 - Hospital Primario
 - Policlínico y Hospital departamental
- ✓ Con el propósito de asegurar efectividad y oportunidad en la atención, la organización funcional de la red de servicios estará integrada por:
- Proveedores de primer nivel de atención.
 - Proveedores de segundo nivel de atención.
 - Proveedores de servicios tercer nivel de atención

2. Niveles de atención: son formas organizativas de los servicios de salud que se entregan a la población y se basan en la complejidad de la tecnología que poseen, lo que les dota de capacidad para la satisfacción de necesidades y resolución de problemas de salud. Según la legislación vigente se definen tres niveles: primer nivel de atención, segundo nivel de atención y tercer nivel de atención^{2,13}.

✓ Primer nivel de atención: Es el primer escalón de la organización del modelo de atención integral, es el que aborda los problemas más frecuentes de la comunidad, proporcionando servicios preventivos, curativos y de rehabilitación capaces de maximizar la salud y el bienestar de la población. Debe cubrir la totalidad de la población y está dirigido a resolver las necesidades básicas y /o más frecuentes de salud de la comunidad, considerando que estas necesidades se resuelven con tecnologías simples y de baja complejidad, efectivas, siendo el personal de los puestos de salud los responsables del desarrollo de las actividades de promoción y prevención. Los servicios de este nivel se prestan en la familia, en la comunidad y en unidades básicas dispuestas para la atención local. En León los responsables de la atención a la población son los brigadistas comunitarios en primer lugar, los Puestos de Salud y los Centros de Salud. Las competencias de este nivel de atención se expresan en una gama de servicios clasificados en tres grupos:

- *Servicios de promoción y protección de la salud de las personas:* Se encuentran la información, educación y comunicación en salud dirigida a arraigar hábitos, prácticas y conductas favorables a la salud y a desterrar y modificar favorablemente los estilos de vida lesivos a la salud¹³.

- *Servicios de fomento del desarrollo saludable de grupos de población priorizada:* En esto cuentan los referidos a la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo de los niños, las acciones de control prenatal, la atención oportuna de los partos de bajo riesgo y del período puerperal, los servicios dirigidos al desarrollo sano de los adolescentes basados en consejerías dirigidas a sus problemáticas específicas, la protección contra enfermedades inmunoprevenibles, la planificación familiar y los dirigidos a adultos mayores¹³
 - *Servicios de detección temprana y atención oportuna y adecuada de los principales problemas de salud que padece la población:* pueden mencionarse las enfermedades prevalentes de la infancia, las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH / SIDA, enfermedades de transmisión vectorial, la tuberculosis, los cánceres ginecológicos, la atención o referencia a emergencias, las enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, asma y otras¹³.
- ✓ Segundo nivel de atención: Es el nivel organizativo que brinda continuidad a la atención iniciada en el primer nivel de atención. En este nivel se atiende a los usuarios con problemas de salud que por su complejidad y/o requerimientos tecnológicos (diagnósticos, terapéuticos) no pueden ser resueltos en nivel precedente, por lo que requieren una atención especializada. Los responsables de este nivel son los hospitales departamentales y regionales según el MOSAFC^{2,13}.

✓ Tercer nivel de atención: Es el nivel responsable de proporcionar servicios ambulatorios y de internamiento en todas las sub-especialidades médicas y quirúrgicas de alta complejidad. Brinda apoyo diagnóstico y terapéutico que amerita alta tecnología y mayor grado de especialización servicios que son de alto costo. Desarrolla actividades científicas dirigidas al desarrollo tecnológico y a la generación de nuevos conocimientos aplicables a la realidad del país. Las estructuras responsables son los servicios nacionales especializados y tecnológicos^{2,13}.

3. Proveedores de servicios de salud: son personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, nacionales o extranjeras debidamente autorizados, que tienen por objetivo la provisión de servicios de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de salud que requiere la población. En este nuevo modelo incluyen a la red de agentes comunitarios cuya actividad será brindar servicios que incidan de manera directa o indirecta en la salud del usuario^{2,13}

▪ **Componente de gestión**

Permite identificar quién y sobre qué recursos se toman decisiones para el cumplimiento de los objetivos del MOSAFC, este componente está integrado por un conjunto de procesos, procedimientos y actividades que se estructuran y funcionan de forma desconcentrada, permitiendo así el proceso de descentralización. La desconcentración de los recursos, entendida como una forma de organización administrativa en la cual un órgano centralizado confiere autonomía técnica a una instancia de su dependencia para que ejerza una competencia limitada y toma de decisiones para cierta materia o territorio^{2,13}.

- Participación ciudadana: la Ley 475 de participación ciudadana¹⁴, la define como un proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva, con el objeto y finalidad de incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de las políticas públicas en los

diferentes niveles y modalidades de la administración del territorio nacional y las instituciones públicas, con el propósito de lograr un desarrollo humano sostenible en corresponsabilidad con el Estado. Existen diferentes espacios de concertación constituidos en los diferentes niveles territoriales, como los consejos comunitarios, redes territoriales, Consejos del Poder Ciudadano (CPC), gabinetes comarcales, mesas de concertación nacional, departamental, regional o municipal, que permiten la planificación, co-ejecución de acciones y el desarrollo del control social.

• **Componente de financiamiento**

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario debe garantizar la cobertura de servicios a toda la población estableciendo las normativas para lograr equidad en la entrega de servicios a la población^{2,13}. El financiamiento está dado en tres regímenes los que definen las modalidades de asignación y formas de pago, los programas de beneficios a los que puede acceder siempre que se cumpla con las condiciones de cada uno de ellos:

- Régimen contributivo: contempla el conjunto de beneficios y prestaciones, a los cuales los beneficiarios de los regímenes obligatorio y facultativo del INSS pueden acceder previa contratación con empresas privadas o públicas.
- Régimen no contributivo: están destinados a financiar los servicios que se señalan en la Ley General de Salud¹⁴ y su Reglamento, priorizando los servicios de salud identificados como bienes públicos. Una segunda prioridad es el financiamiento para los grupos de población vulnerable de los servicios definidos en el grupo de protección y prevención y los de atención oportuna del daño. El tercer orden de prioridad lo representan los programas de atención a enfermedades de alto costo y programas de emergencias.
- Régimen voluntario: provienen de los propios usuarios, familiares, o empresas.

DISPENSARIZACIÓN COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD

La dispensarización es un proceso que consiste en la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar y/o social, con el propósito de influir en su mejora mediante la planificación y el desarrollo de acciones que contribuyan a ello¹⁹.

La dispensarización en su desarrollo, ha sufrido un profundo perfeccionamiento a partir de las experiencias y avances de los servicios ambulatorios en nuestro país, y como resultado de la incorporación y cumplimiento por parte de nuestro sistema sanitario, de los principios y objetivos establecidos internacionalmente para alcanzar las metas planteadas por la Organización Mundial de la Salud¹⁹.

▪ **Fases del proceso de dispensarización**^{13,19}:

- **REGISTRO:** Se recogen las características sociodemográficas de todas y cada una de las personas que atiende el equipo de salud, agrupadas por familias. Estas características se refieren a la edad, sexo, color de piel, profesión, ocupación y escolaridad; así como también los factores de riesgo y enfermedades que padecen, las características higiénicas de sus viviendas y los factores socioeconómicos que influyen en su situación de salud. También incluye información sobre la constitución y funcionamiento familiar.
- **EVALUACIÓN:** Esta fase contempla un examen integral de cada persona independientemente de su estado de salud, mediante procedimientos básicos de observación, exploración física e instrumental, interpretación y análisis de los resultados. Como característica distintiva, el proceso concibe desarrollar la evaluación abordando al individuo integralmente en su entorno familiar y social; esto significa que se realiza un análisis de la situación de salud de

las personas y, atendiendo a su estado de salud, se les clasifica luego en diferentes categorías dispensariales, según se verá más adelante. La frecuencia de evaluaciones puede variar de una persona a otra e incluso dentro de un mismo sujeto, en dependencia del tipo de problema que se presente y su evolución en el tiempo.

- **INTERVENCIÓN:** Esta fase prevé la planificación de las acciones y los recursos para la atención a las necesidades del individuo, influir en su educación, capacidad de auto evaluación y cuidado de su estado de salud mediante la orientación de medidas al individuo para promover su salud o prevenir daños y la aplicación de procedimientos y acciones educativas o terapéuticas en las cuales puede estar o no presente la prescripción de medicamentos.

- **SEGUIMIENTO:** La dispensarización es un proceso continuo que al nivel individual solo se detiene con el fallecimiento de la persona. En la comunidad la fase de seguimiento es muy dinámica; el Equipo Básico de Salud realiza ajustes sistemáticos en la planificación de la atención y las intervenciones, en consideración a las constantes variaciones en el estado de salud de las personas que atiende. Estas variaciones están condicionadas, entre otros factores, por la respuesta a las medidas de intervención previamente aplicadas. El proceso concibe mantener el seguimiento a las personas aun cuando cambien de domicilio o centro laboral o de estudio.

- **Principios del proceso de dispensarización¹⁹**

La dispensarización como proceso está sustentada sobre la base de principios que le aportan su carácter:

- **Profiláctico:** Concibe la planificación de acciones de promoción de salud y de prevención primaria, secundaria o terciaria.

- **Dinámico:** Está determinado por la permanente susceptibilidad de cambio de enfoque de atención a los sujetos dispensarizados de acuerdo con la variabilidad en su estado de salud.
- **Continuo:** Porque contempla su aplicación de forma ininterrumpida desde que se evalúa y registra al individuo.
- **Individualizado:** Porque concibe una estrategia de atención particular para cada individuo según sus características personales y el problema de salud que presente.
- **Integral:** Aunque el enfoque de atención en la dispensarización parte del individuo, se extiende a la familia y alcanza a toda la comunidad, para identificar allí los factores que puedan atentar contra las personas individualmente o en grupos de ellos, atendiendo a sus hábitos y su desempeño en la sociedad. Implica el abordaje del individuo (no solo de la enfermedad) atendiendo a sus características biológicas, psicológicas y sociales, su interacción con la familia, otros individuos y su comunidad, así como en su medio laboral o escolar.
- **Universal:** Por el alcance global que implica abarcar la totalidad de la población atendida por el EBS, desde los recién nacidos hasta los ancianos, sin descuidar su relación con el entorno.
- **Atención en equipo:** Se refiere a la atención que brinda el EBS: Médico y Enfermera de Familia, en estrecha relación con el Grupo Básico de Trabajo de la comunidad y los niveles secundario y terciario.

▪ **Objetivos del Proceso de dispensarización en Nicaragua¹⁹.**

- Mejorar la calidad de la atención médica.
- Incrementar la satisfacción de la población.
- Fortalecer el enfoque preventivo.
- Perfeccionar el trabajo en equipo. (MINSA - Comunidad).

- **Resultados que se logran con la Dispensarización^{13,19}.**
 - Que este registrado en el sector cada individuo y cada familia de la comunidad.
 - Que este evaluado integralmente y clasificado en algún grupo dispensarial.
 - Que reciba o haya recibido la intervención integrada y continua que su estado de salud necesita.
 - Que tenga actualizada la evaluación periódica de su estado de salud según la frecuencia mínima de evaluaciones establecidas.

- **Instrumentos para la Dispensarización en Nicaragua¹⁹**
 - Mapa.
 - Sala de Situación epidemiológica.
 - Historia Familiar.
 - Expediente Clínico.
 - Cita Horaria.
 - Sistema de Información Comunitaria.
 - Vigilancia Epidemiológica Diaria.

COMPETENCIAS DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO EN LOS DIFERENTES ESCENARIOS DE ATENCIÓN¹³

No.	Hogar	Comunidad	Establecimiento
1	En coordinación con la red comunitaria, realizan visitas domiciliarias a las familias y particularmente a las clasificadas como de alto riesgo.	Desarrollan el proceso de inducción del Modelo con los líderes comunitarios y actores claves.	Brindan atención de salud preventiva, curativa, de emergencia y de rehabilitación con calidad y calidez.
2		Realizan en conjunto con los líderes comunitarios y actores sociales el reconocimiento, caracterización del sector: levantamiento del croquis de las comunidades que conforman el sector. Realizan los censos generales y especiales, entre otros.	Atienden oportunamente los casos referidos por los agentes comunitarios u otro personal de salud; así como las contrarreferencias de otros niveles de atención.
3		Facilitan el análisis de situación de salud del sector con la participación activa y comprometida de todos los actores del territorio.	Participan en la actualización de los procesos de educación continua y adiestramiento del Equipo de Salud Familiar.
4		Facilitan la elaboración el Plan Local de Salud con la participación de los otros actores sociales claves (comités comárcales, comité de barrios, comité de salud comunitarios, ONG's.	Realizan o actualiza el registro nacimientos y defunciones del sector.
6		Facilitan reuniones periódicas con líderes comunitarios actores sociales para analizar el avance del Plan Local de Salud	
7		Colaboran con la Unidad Técnica Municipal en el conformación y/ o fortalecimiento de las instancias de participación ciudadana.	

8		Apoyan la organización y ejecución de talleres de capacitación y evaluación de los agentes comunitarios y otros actores sociales claves.	Participan en las evaluaciones de desempeño programadas por la dirección municipal
9		Apoyan las acciones comunitarias dirigidas a prevenir las ETV.	Informan a la dirección municipal de las situaciones de riesgo para el sector.
10		Aplican vacunas de acuerdo al esquema a niños y niñas menores de cinco años, mujeres embarazadas y otros grupos priorizados.	Elaboran informes mensuales de la producción de servicios y de todas las actividades realizadas a nivel del sector.
11		Atienden en coordinación con la comunidad las consultas subsecuentes (VPCD, control prenatal, planificación familiar, puérperas, inmunización, toma de citologías).	Realizan oportunamente los pedidos mensuales de medicamentos y materiales de reposición periódica conforme a la programación establecida.
12		Desarrollan en coordinación con la comunidad acciones de prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia.	Realizan en coordinación con los líderes comunitarios la elaboración de su programación mensual de trabajo.
13		Participan en la organización y ejecución de las actividades de promoción y prevención por ciclo de vida a nivel hogar y la comunidad.	Garantizan el cumplimiento de los horarios de atención definidos para la sede del sector.
14	Realizan visitas de forma sistemáticas a las comunidades y hogares que conforman el sector.		Proporcionan la información requerida por la dirección municipal, para el seguimiento y evaluación de los acuerdos internos de gestión.
15	Llenan y actualizan la Historia de Salud Familiar del sector.	Desarrollan con especial énfasis las acciones de promoción, prevención y control dirigidas a mejorar y proteger el medio ambiente (abastecimiento de agua, letrinas y disposición final de la basura).	
16		Fomentan la participación comunitaria en el campo de la salud, con énfasis en la identificación de los determinantes de la salud.	

DEFINICIONES DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS.

▪ **Conocimientos:**

Conjunto de información técnica almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, se adquieren mediante una pluralidad de procesos cognitivos: percepción, memoria, experiencia (tentativas seguidas de éxito o fracaso), razonamiento, enseñanza-aprendizaje, testimonio de terceros, etc^{20,21}.

- **Formas de Conocimientos:**

Conocimiento a priori es independiente de cualquier experiencia, verdad universal y necesaria.

Conocimiento a posteriori deriva de la experiencia de los sentidos. Puede rechazarse sin necesidad de una contradicción.

- **Etapas en la generación del conocimiento:**

- ✓ Investigación básica (ciencias). Publicación de aportes predominantemente a través de memorias de congresos y de artículos especializados.
- ✓ Investigación aplicada o de análisis (tecnología, humanidades, etc.). Se basa en el conocimiento de las ciencias básicas pero también en cualquier manifestación de conocimiento. La investigación aplicada puede generar más conocimiento aunque la investigación básica no lo haga, sin embargo, nuevas aportaciones en ciencias básicas conllevan un gran cúmulo de nuevas potencialidades para la generación de conocimiento aplicado^{20,21}.
- ✓ Divulgación. Partiendo del conocimiento existente son publicados diversos artículos en revistas o libros de divulgación con la intención de que el conocimiento sea explicado a la población en general (no especializada). Es en esta etapa cuando el conocimiento llega a la población de forma masiva^{20,21}.

- **Vías de acceso al conocimiento**

El conocimiento puede provenir de diferentes fuentes:

- ✓ Experiencia
- ✓ Tradición
- ✓ Autoridad
- ✓ Ciencia

El conocimiento es el que brinda el significado a las actitudes y las prácticas²¹.

▪ **Actitudes**

La actitud es una preparación o disponibilidad para la respuesta. Es un estado mental y nervioso de disposición, organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre la respuesta del individuo ante todos los objetos y situaciones a que se enfrenta²². El término "actitud" para fines de esta investigación hace referencia a un sentimiento general o disposición, permanente, positivo o negativo, hacia el objeto o problema de estudio. La actitud laboral puede considerarse como la disposición para actuar de un modo más que de otro, en relación con factores específicos relacionados con el puesto²².

- **Componentes de la Actitud**

Componente cognoscitivo: Está formada por las percepciones y creencias, así como por la información que tenemos. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto²³.

Componente afectivo: son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado,...). Es el componente más

característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo²³ -.

Componente conductual: muestran las evidencias de actuación es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud²³.

- **Métodos para medir las actitudes:**

ESCALAMIENTO TIPO LIKERT^{22,23}

Este método fue desarrollado por Rensis Likert en los años treinta, sin embargo es un enfoque vigente y popularizado. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se administra. Se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externar su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que está midiendo y deben expresar solo una relación lógica.

ESCALOGRAMA DE GUTTMAN^{22,23}

Este método para medir actitudes fue desarrollado por Lewis Guttman. Se basa en el principio de que algunos ítems indican en mayor medida la fuerza o intensidad de la actitud. La escala está constituida por afirmaciones, las cuales poseen las mismas características que en el caso de Likert. Pero el escalograma garantiza que la escala mide una dimensión única, es decir, en cada afirmación mide la misma dimensión de la misma variable, a esta propiedad se le llama "unidimensional".

Las categorías de respuesta pueden variar entre dos o más categorías: de acuerdo, en desacuerdo, sí, no, etc.

- **Prácticas**

Las prácticas constituyen un ejercicio guiado y supervisado donde se ponen en juego los conocimientos adquiridos durante el proceso formativo. Permiten concretizar teorías aplicándolas a situaciones problemáticas reales²⁴.

Propone un vínculo bidireccional en el que teoría y práctica se asimilan mutuamente, concretándose, dando lugar a un nuevo sentido y significado de la realidad social; abarca una experiencia multidimensional centrada en el “conocer en la práctica”, entendida como aprendizaje en función de una interacción entre la experiencia y la competencia²⁴.

El concepto de práctica “Incluye el lenguaje, los instrumentos, los documentos, las imágenes, los símbolos, los roles definidos, los criterios especificados, los procedimientos codificados, las regulaciones y los contratos que las diversas prácticas determinan para una variedad de propósitos. Pero también incluye todas las relaciones implícitas, las convenciones tácitas, las señales sutiles, las normas no escritas, las instituciones reconocibles, las percepciones específicas, las sensibilidades afinadas, las comprensiones encarnadas, los supuestos subyacentes y las nociones compartidas de la realidad...”

En el mismo sentido, la práctica implica a la persona, actuando y conociendo al mismo tiempo²⁴.

DISEÑO METODOLÓGICO

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio:

Descriptivo: Encuesta de Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) aplicada a los médicos que laboran en el primer nivel de atención del área urbana de la ciudad de León en el período junio – Octubre del 2008.

Área de Estudio:

La red de servicios del área urbana de la ciudad de León está dividida en 3 territorios: Perla María Norori, Mántica Berio y Félix Pedro Picado, gerenciados por su respectivo centro de salud.

Cada centro de salud esta dividido en sectores los cuales están bajo responsabilidad sanitaria de una red de salud integrado por: 1 medico general, 1 enfermera, 1 auxiliar de enfermería y 1 brigadista o agente comunitario, cada área de salud cuenta con un número determinado de puestos de salud y de casas base, los Puestos están bajo la responsabilidad de un médico y las casas base de brigadistas y líderes comunitarios.

Ubicación de los Centros de Salud de los tres territorios:

1. Perla María Norori: Ubicada en la región Sureste atiende a una población de aproximadamente 5,500 personas al año, consta de 14 puestos de salud y 25 médicos ubicados en puestos y el centro de salud.
2. Mantica Berio: Región Noreste, atiende a una población de aproximadamente 6,350 personas al año, consta de 12 puestos de salud y 22 médicos ubicados en puestos y el centro de salud.
3. Félix Pedro Picado (Sutiava): Región Oeste, atiende a una población de aproximadamente 7,200 personas al año, consta de 18 puestos de salud y 27 médicos ubicados en puestos y el centro de salud.

Población a estudio:

Se conformó por todos los médicos que laboran en el primer nivel de atención en salud del área urbana de la ciudad de León que corresponde a un total de 74 médicos.

Unidad de Análisis:

Representado por cada médico que labora en los centros o puestos de salud al momento del estudio.

Fuente

Primaria ya que la información fue recogida por entrevistas personales a cada médico de las unidades de salud.

Secundaria: revisión de instrumentos de registros para la atención a la población implementados con este nuevo modelo.

Instrumento

Encuesta cuestionario con preguntas cerradas, abiertas y semi estructuradas. El cuestionario se subdivide en cuatro acápite:

- ✓ Datos generales del encuestado.
- ✓ Conocimientos: el cual contiene diez preguntas sobre el marco conceptual del MOSAFC.
- ✓ Actitudes: incluye seis aseveraciones con respuestas cerradas con cinco niveles de respuesta cada pregunta.
- ✓ Prácticas: contiene siete preguntas de carácter abiertas, cerradas y semi estructuradas enfocadas a las acciones que deben ejecutar los médicos según el MOSAFC.

Método de Recolección de datos:

Se aplicó la encuesta cuestionario en cada uno de los puestos de trabajo a los médicos objeto de estudio, durante el período de Agosto a Octubre 2009. Cada uno de los médicos respondió a la encuesta con conocimientos previos adquiridos sin auxiliarse de medios didácticos de apoyo referentes al MOSAFC.

Análisis de la Información:

Se analizaron mediante estadísticas descriptivas utilizando el programa SPSS versión 15.0 representando los resultados a través de cuadros y gráficos estadísticos.

Para medir los conocimientos, actitudes y prácticas se utilizaron las siguientes escalas de valores:

Para valorar los **Conocimientos** globales se utilizó una escala de valores con amplitud de un rango de tres niveles:

Alto: cuando contestaron correctamente (según el marco de referencia del MOSAFC) entre un 80 – 100% de las preguntas realizadas.

Medio: cuando contestaron correctamente entre un 60 – 79% de las preguntas realizadas.

Bajo: cuando contestaron correctamente menos de un 60% de las preguntas realizadas.

Para valorar cada pregunta fue usado el siguiente rango:

Correcto: Cuando contestaron adecuadamente según lo planteado en el MOSAFC.

Medio: Cuando contestaron algunos elementos correctos pero con respuestas incompletas.

Incorrecto: Cuando las respuestas no se relacionaban con lo establecido en el MOSAFC.

Para valorar **Actitud** se utilizó la escala de Likert con cinco alternativas de respuesta que van de categorías negativas a las positivas:

Totalmente en desacuerdo

En desacuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

De acuerdo

Totalmente de acuerdo

Actitud Positiva: Si respondió De acuerdo y/o totalmente de acuerdo en un 80 a 100% de las preguntas realizadas.

Actitud Negativa: Si respondió Totalmente en desacuerdo y/o desacuerdo a más del 60% de las preguntas realizadas

Para valorar las **Prácticas** se utilizó una escala de valores con amplitud de dos rangos:

Buena: Si los integrantes de las redes de salud responden afirmativamente (Si y/o respuestas correctas en relación a lo establecido en el MOSAFC) de un 80 a 100% las preguntas acerca de la realización de acciones que se desarrollan en el MOSAFC.

Regular: si los integrantes de las redes de salud responden afirmativamente entre un 60 y 79% a las preguntas de acciones a desarrollar en el modelo.

Mala: Si los integrantes de las redes de salud responden negativamente a menos del 60% de las preguntas realizadas en relación a las prácticas que se ejercen en el modelo.

Consideraciones éticas:

Las consideraciones éticas que se tomaron se basan en los principios de Helsinki:

- Consentimiento informado y voluntariedad de participar en el estudio, manteniendo el anonimato de los entrevistados.
- Confidencialidad de los datos.
- La investigación no ocasiona riesgo para los participantes.

Matriz de categoría de Análisis.

Variable	Definición	Descriptor	Fuente de Información	Indicador	Escala
Características socio - demográficas	Están determinadas por: <i>Edad</i> : años cumplidos al momento de la investigación	Edad	Personal encuestado		Años cumplidos (abierto)
	<i>Sexo</i> : condición biológica por la que se diferencian los hombres de las mujeres.	Sexo	Personal encuestado		Femenino Masculino
	<i>Tiempo de laborar en APS</i> : años cumplidos de trabajar en el primer nivel de atención en salud.	Tiempo de Laborar en Atención primaria en salud (APS)	Personal encuestado		Años cumplidos (abierto)
Conocimientos	Conjunto de información técnica almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje en las capacitaciones para la ejecución del MOSAFC	Conocimientos sobre: -Definición de MOSAFC. -Principales objetivos. -Características del modelo. -Principios del modelo. -Organización de las redes de servicios de salud. - Paquete básico de atención -Funciones del médico según el MOSAFC -Dispensarización.	Personal encuestado	Porcentaje de respuestas correctas entre 80 y 100 % equivalente a un número de respuestas correctas de 8 a 10. Porcentaje de respuestas correctas entre 60 y 79 % que equivale a un número de respuestas correctas de 6 a 7. Porcentaje de respuestas correctas menor de 60 % que	Alto Medio Bajo

				equivale a un número de respuestas correctas menor de 6.	
Actitudes:	Es el conjunto de tendencias, disposiciones e inclinaciones en relación al MOSAFC. Las actitudes pueden ser negativas o positivas y predisponen a la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo de manera positiva o negativamente.	<ul style="list-style-type: none"> -MOSAFC es el mejor modelo que se ha implementado -La nueva organización estructural establece mayor bienestar a la población - La participación del poder ciudadano le permite mejor organización con la comunidad - Las acciones que ha implementado benefician a la familia y comunidad - Conductas de organización, promoción y prevención del equipo de salud y la red comunitaria 	Personal encuestado	<p>Respondió De acuerdo y/o Totalmente de acuerdo en un 80 a 100% de las preguntas realizadas</p> <p>Respondió Totalmente en desacuerdo y/o En desacuerdo a más de 60% de las preguntas realizadas.</p>	<p>Positiva</p> <p>Negativa</p>
Prácticas:	Constituyen el ejercicio guiado y supervisado donde se ponen en juego los conocimientos adquiridos en el contexto del MOSAFC de una forma continuada.	<ul style="list-style-type: none"> -Actividades de promoción de la salud -Actividades de prevención de la enfermedad -Realización de diagnóstico comunitario -Capacitación a redes comunitarias -Realizar actividades en 	Personal encuestado.	<p>Porcentaje de respuestas afirmativas de 80 a 100% equivalente a un número de respuestas afirmativas de 9 a 11.</p> <p>Responden afirmativamente en un 60 y 79%</p>	<p>Buena</p> <p>Regular</p>

		<p>casas base y casas maternas</p> <ul style="list-style-type: none">-Llenado de historia clínica familiar-Uso de instrumentos para la dispensación-Visitas domiciliarias de seguimiento familiar. <p>.</p>		<p>equivalente a un número de respuestas afirmativas de 6 a 8.</p> <p>Responden afirmativamente e menos del 60% equivalente a un número de respuestas afirmativas menor de 6.</p>	<p>Mala</p>
--	--	---	--	---	--------------------

VII. RESULTADOS

Se estudió un total de 62 médicos correspondiente a un 83.7% del total de médicos que laboran en atención primaria en salud en los centros de salud a estudio del casco urbano de la ciudad de León. Los médicos que no fueron entrevistados en ese momento no se encontraban en servicio activo por razones de subsidios y vacaciones.

En relación a los datos demográficos se encontró que las edades de mayor predominio en la población encuestada fue el rango de 25-40 años que representó un 56%; de 40-50 años un 42% y mayores de 50 años un 2%. El sexo de mayor predominio fue el femenino con 53% seguido del masculino con 47%. En cuanto al tiempo de laborar en años en APS el 19% de los médicos han laborado para el MINSA menos de 5 años; el 45% entre 5-10 años; el 29% entre 11-20 años y mas de 20 años el 7%. (Ver anexos, Tabla 1).

En base al conocimiento que tienen los médicos de centros de salud acerca de las siglas MOSAFC se encontró el 91.9% de los encuestados respondió correctamente, un 4.8% no sabia el significado y un 3.2% respondió incompletamente. (Ver anexos Gráfico 1).

En relación al conocimiento que tienen los médicos de los centros de salud acerca de los principales objetivos, características y principios del MOSAFC respondieron tanto en el conocimiento de objetivos y características del MOSAFC en un 33.9% y en un 35.5% en cuanto a principios. Prevaleciendo los conocimientos incorrectos en orden descendente en principios el 45.2%, características 35.5 y objetivos 29% a este porcentaje se le podrían sumar las respuestas incompletas que aunque no eran respuestas completamente correctas pueden incidir en el desconocimiento. (Ver anexos Tabla 2).

En el conocimiento que los médicos de los centros de salud tenían acerca de la organización de las redes de servicios de salud y del Paquete básico se encontró que había mayor conocimiento correcto en el paquete básico con un 56.5% y sobre como están organizadas las redes de servicio un 37.1%. Se observó mayor prevalencia de los conocimientos incorrectos, si sumamos a estos las respuestas incompletas oscilando entre un 62.9% y un 41.5% de desconocimiento en cuanto a organización de las redes de servicios de salud y del Paquete básico respectivamente. (Ver anexos Tabla 3)

En cuanto al conocimiento de los médicos encuestados acerca del manejo de las funciones que les corresponden como médico según lo establecido en el MOSAFC se encontró que el 38.7% de los médicos encuestados contestaron correctamente acerca del conocimiento y manejo de las funciones establecidas en el MOSAFC; prevaleciendo el conocimiento incorrecto e incompleto con un 30.6 % en ambos (Ver anexos, Gráfico 2).

En relación al conocimiento de los médicos encuestados acerca de cómo está integrado y dividido el equipo de salud según MOSAFC el 41.9% de los médicos contestaron correctamente prevaleciendo el conocimiento correcto sobre el incorrecto; y conocimiento de forma parcial el 24.2%, (Ver anexos Tabla 4).

En referencia al conocimiento que tienen los médicos acerca de los objetivos y los resultados que se logran con la dispensarización se encontró en el conocimiento de los objetivos respondieron correctamente un 43.5% y de forma incorrectamente e incompleto el 27.4% y el 29%. En cuanto a los resultados que se logran con la dispensarización el 37.1% contestó correctamente; el 35.5% no lo sabían y el 27.4% conocía algo sobre esto. (Ver anexos Gráfico 3).

En relación al nivel de conocimiento global el los médicos encuestados se encontró que el 8.1% tiene un alto nivel de conocimiento ya que contestaron correctamente a todas las preguntas realizadas; El 24.2% tienen un conocimiento medio acerca de los aspectos básicos del MOSAFC y 67.7% tienen un bajo nivel

de conocimiento, prevaleciendo este último. Existe una diferencia porcentual de 59.6% entre el alto y bajo y de un 43.5% entre el alto y medio. (Ver anexos Gráfico 4).

En relación a la escala de actitud de los médicos encuestados se encontró en relación a las preguntas que se le hicieron (Ver tabla 5):

- “El MOSAFC es el mejor modelo que se ha implementado para beneficio de la población”, el 10% estaban totalmente en desacuerdo, el 34% en desacuerdo, el 37% ni de acuerdo ni en desacuerdo lo que podría mostrar una actitud indiferente, el 16% de acuerdo y un 3% totalmente de acuerdo.
- “La nueva organización del primer nivel favorece el bienestar de la población”, el 6% estaban totalmente en desacuerdo, 16% en desacuerdo, el 44% ni de acuerdo ni en desacuerdo, un 31% de acuerdo y un 3% estaban totalmente de acuerdo.
- Para el enunciado de si “la participación del poder ciudadano permite mejor coordinación entre la comunidad y los equipos de salud de cada sector”, el 2% estaba totalmente en desacuerdo, el 27% en desacuerdo, el 45% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 26% estaban de acuerdo y ninguno estaba totalmente de acuerdo.
- La afirmación de que si “en las actividades realizadas de promoción de salud y prevención habían tenido participación activa de la comunidad”, ninguno estaba totalmente en desacuerdo, 52% estaban en desacuerdo, 6% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 42% estaban de acuerdo y ninguno totalmente de acuerdo.
- En cuanto a si “las acciones que el médico había empleado han beneficiado la salud de la familia y la comunidad” 16% estaban totalmente en

desacuerdo, 3% en desacuerdo, 8% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 68% estaban de acuerdo y 5% totalmente de acuerdo.

- Por último acerca de la afirmación de si “el equipo de salud se reúne con la red comunitaria para organizar actividades de promoción y prevención ninguno estaba totalmente en desacuerdo, 31% estaban en desacuerdo, 3% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 65% estaban de acuerdo y 2% estaba totalmente de acuerdo.

En las actitudes globales encontradas en los médicos encuestados se reflejó que prevalecen las actitudes negativas con un 71% relacionado con la implementación del nuevo modelo y solo el 29% de ellos tienen una actitud positiva en cuanto a este modelo (Ver anexos, Gráfico 5).

En cuanto a la ejecución de actividades de promoción y prevención en beneficio de la salud se encontró que refieren realizar actividades de promoción de la salud un 80.6%. El 59.7% ejecuta actividades de prevención de la enfermedad en su territorio, reflejándose la ejecución de ambas actividades, con predominio de la promoción de la salud. (Ver anexos, Gráfico 6).

En cuanto las actividades de promoción de salud que el médico había organizado para el beneficio de la población desde que se empezó a implementar el nuevo modelo MOSAFC se encontró que la actividad más ejecutada es la información y consejería en visitas domiciliarias con un 43.5%, seguida por un 33.9% de las charlas educativas, el uso de radio y perifoneo solo representan un 1.6% y no realizan ninguna de las anteriores el 19.4%.(Ver anexos, Tabla 6).

En relación a las actividades de prevención de la enfermedad que el médico había organizado en conjunto con la comunidad durante la implementación del MOSAFC se encontró que en las actividades de prevención de la enfermedad el 37.1% realiza vigilancia epidemiológica, 16.1% realiza atención a la mujer y a niños, solo

el 4.8% hace cuidados ambientales y 41.9% de los médicos no realiza ninguna de las anteriores. (Ver anexos, Tabla 7).

En la realización de diagnóstico comunitario, capacitación a redes comunitarias, ejecución de actividades en conjunto con la red comunitaria y actividades en casas bases y maternas se encontró que el 83.9% de los médicos ha realizado diagnóstico comunitario, el 56.5% ha capacitado a redes comunitarias, el 46.8% ha realizado actividades en conjunto con la redes comunitarias y el 45.2% ha realizado actividades en casa materna, prevaleciendo la ejecución de actividades de diagnóstico comunitario y capacitación a redes. (Ver anexos, Gráfico 7).

En relación a la ejecución del llenado de todos los acápite de la historia clínica familiar, utilización de los instrumentos para la dispensarización y cumplimiento con las visitas de seguridad familiar mensuales estipuladas en la dispensarización se encontró que el 59.7% de los médicos refirieron llenan completamente la historia clínica familiar, el 64.5% que utilizan todos los instrumentos que se necesitan para dispensarizar y el 61.3% de los médicos que cumplen con la visita de seguridad familiar que se realizan mensualmente, oscilando la ejecución de estas actividades entre un 59 y 64%. (Ver anexos, Gráfico 8).

En relación a la valorización global del número de acciones que desarrollan en el MOSAFC se evidenció que el 29% se clasificó con buena práctica por el número de acciones ejecutadas, 22.6% mala práctica por el número de acciones ejecutadas, y 48.4% una práctica regular por el número de acciones ejecutadas, prevaleciendo esta última en la ejecución de las acciones contempladas en el MOSAFC. (Ver anexos, Gráfico 9)

IX. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se estudió un total de 62 médicos correspondiente a un 83.7% del total de médicos que laboran en atención primaria en salud donde el sexo de mayor predominio es el femenino, sin embargo esto no tiene mucha significancia en cuanto a la adquisición de conocimientos y el desarrollo de actitudes y prácticas a como lo refiere González⁵, en su tesis *“Conocimientos, actitudes y prácticas en los equipos de salud que laboran en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social ante la implementación del nuevo modelo de atención de salud en el Distrito de San Miguelito”*.

En cuanto a los conocimientos, si bien es cierto que casi el total de los encuestados manejaba el significado de las siglas MOSAFC (91.9%), esto no nos indica que ellos posean un nivel alto de conocimiento, ya que el hallazgo encontrado sobre los fundamentos básicos del MOSAFC (objetivos, principios, características, dispensarización y organización de los equipos básicos) fue prevalentemente un nivel medio o bajo lo cual puede incidir en la aplicación práctica del modelo en los servicios de salud. Sin embargo, en los *“Diarios de alcances, estrategias y desempeños en el personal de salud”* del MINSA²⁷ se hace mención que este modelo ya es del dominio de todos los médicos que laboran en atención primaria en salud pero en nuestro estudio se evidenció lo contrario. El nivel global de conocimiento encontrado en los médicos encuestados fue bajo esto se relaciona con el estudio realizado por el Dr. Bronner⁴, titulado *“Evaluación de los modelos de atención en el cuidado primario en salud”* donde los resultados fueron similares con un nivel de conocimiento bajo de los médicos encuestados.

Probablemente esto se deba a la limitación del sistema de salud en cuanto a la preparación del personal con un modelo educativo que no permite aprender formas nuevas de comportamiento que facilite afrontar los nuevos cambios organizacionales y que incidan en el cambio tanto de sus paradigmas, conceptos y procesos de trabajo en ellos²⁸, en base a esto se amerita que en las capacitaciones se utilicen metodologías que desarrollen el aprendizaje significativo

y la memoria a largo plazo, lo que no se logra con metodologías tradicionales ya que limitan el aprendizaje de los fundamentos para ejecutar las actividades adecuadamente.

En cuanto al dominio de la organización del paquete básico de salud se refleja que la mayoría están bien informados, probablemente porque ha sido implementado desde años anteriores con el modelo MAIS y una de las formas de aprendizaje parte de la experiencia vital de los trabajadores, la cual incide en la adquisición de conocimientos y comportamiento humano²⁸, sin embargo llama la atención que esto no suceda con los objetivos ya que permanecen iguales que los del modelo MAIS y el cambio que se dio fue en la estrategia de implementación del MOSAFC relacionado a la organización y provisión de servicios a la población. La organización de las redes de servicios ha sufrido cambios con el objetivo de mejorar la atención a la población con el MOSAFC pero aún los médicos no manejan esta organización probablemente por la resistencia propia al cambio que generan las reestructuraciones organizacionales.

La mayoría de los médicos encuestados desconocen las funciones que les corresponden de acuerdo a lo establecido en el MOSAFC, lo que indica que este es un factor que influencia en el hallazgo de prácticas regulares que ejercen nuestra población a estudio.

EL 41.9% de los médicos conocen como está integrado y dividido el equipo de salud que debería funcionar en cada comunidad, sin embargo un 33.8% lo desconocen por lo que esto afecta el buen funcionamiento del modelo y se refleja en los "*Diarios de alcances, estrategias y desempeños en el personal de salud*" del MINSA²⁷ donde hacen referencia a las deficiencias encontradas durante la aplicación del modelo en sus diferentes aspectos.

El tema de la dispensarización es manejado por menos de la mitad de los encuestados a pesar de ser esta una de las principales herramientas de

intervención en la comunidad que permite priorizar la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar y/o social como lo refiere el MINSA en su presentación sobre “La Dispensarización” en León. Abril, 2009¹⁹.

El rango de edad que mas predominó es el de 25-40 años, siendo un grupo poblacional clasificado como adultos jóvenes que según Dapalia²⁵, hace referencia que la cognición va mas allá de operaciones formales y requiere capacidad de apropiarse y poner en práctica situaciones sociales como es la implementación de este nuevo modelo.

En cuanto a las actitudes, el rango de años de laborar para el Ministerio de salud en el ámbito de atención primaria el que predominó más es de 5 hasta 20 años lo que nos podría hacer inferir que mientras más años tienen de laborar las personas en una institución hay más posibilidad que puedan presentarse resistencia al cambio organizacional a como lo refiere Lefcovich²⁶ donde señala que el tipo de reacciones variarán entre las distintas personas: algunas pueden manifestarse neutrales o indiferentes como reflejan los hallazgos de nuestro estudio donde un porcentaje de personas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo en las diferentes preguntas realizadas mostrándose de esta manera indiferentes, en tanto que otras serán entusiastas, como en nuestros hallazgos en los cuales hay un porcentaje de médicos que están totalmente de acuerdo con las afirmaciones señaladas para evaluar las actitudes. Este cambio puede generar consternación en algunas personas, indignación en otras, un shock en otras más, y esperanza en unas cuantas. Además el proceso de adaptación a los acontecimientos externos en las organizaciones puede generar tensión con respecto al reajuste interno y con regularidad los integrantes de una organización pondrán objeciones a los cambios emprendidos o propuestos.

La actitud que reflejaron los encuestados fue primordialmente negativa (71%) al igual que en la tesis de la Dra. González⁵ titulado “*Conocimientos, actitudes y*

prácticas en los equipos de salud que laboran en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social ante la implementación del nuevo modelo de atención de salud en el Distrito de San Miguelito” lo que se relaciona con la resistencia al cambio por la implementación de nuevos modelos que traen mayores exigencias al personal de salud, para el beneficio de la población.

En cambio cuando hablamos de la práctica en la ejecución del modelo MOSAFC cabe señalar que la mayoría de los médicos refieren que prevalecen la ejecución de actividades de promoción de la salud versus prevención de la enfermedad, esto puede ir generando cambios para mejorar las condiciones de salud de la población, colaborando así en el cumplimiento de uno de los objetivos del modelo como le refiere el MINSA en “*El marco conceptual del MOSAF*”¹³. Además concuerda con que las principales actividades que caracterizan al nuevo modelo son la promoción y prevención en salud, sin embargo existe la limitante que las actividades de promoción de la salud están centradas en procesos de educación e información y no en todos sus determinantes (Biológico, Político, socio cultural, etc.) y estrategias como son la concertación, la abogacía y la negociación²⁹ que permiten llevar a un empoderamiento comunitario. En nuestros hallazgos menos de la mitad de los médicos han realizado actividades con la comunidad y dentro de las actividades de prevención organizadas en conjunto con la comunidad la única que prevalece es la vigilancia epidemiológica, esto refleja el incumplimiento de funciones asignadas por el modelo, este dato contradice los reportes del MINSA en los Diarios de alcances, estrategias y desempeños del personal de salud²⁷ reportados en el 2009, sin embargo cabe señalar que el cumplimiento de esto también depende de las funciones asignadas a cada médico según el sistema, aun cuando el modelo plantea que todos deben realizarlas.

La mayoría de los médicos ha realizado diagnóstico comunitario durante la implementación del modelo lo cual está relacionado con la dispensarización que ha sido una estrategia que el sistema de salud ha implementado sistemáticamente y con una meta de tiempo en la ejecución, otro porcentaje de ellos han capacitado a redes comunitarias, estas actividades según el MOSAFC deben ser cumplidas

en cada comunidad y se está logrando en la mayoría, pero mas de la mitad de los encuestados no realiza actividades en conjunto con la red comunitaria ni en casas bases y maternas, probablemente esté influenciado por la poca o ninguna funcionalidad que tienen las casas bases y maternas en algunas comunidades lo cual no debería ser así según lo estipulado en el modelo y esto es uno de los factores que interfieren con la ejecución y cumplimiento de funciones.

Existe un cumplimiento en el proceso de dispensarización por parte de los encuestados en las siguientes actividades: llenado de todos los acápite de la historia clínica familiar, utilización de todos los instrumentos para la dispensarización y cumplimiento de visitas de seguridad familiar mensuales que se estipulan en la dispensarización, por lo que esta herramienta ha permitido al personal de salud tener un contacto más cercano con la población y de esta manera cumplir con lo que hace mención el modelo acerca de este acápite.

Los médicos encuestados ejercen una práctica clasificada como regular mayoritariamente, seguido de un bajo porcentaje que realizan una buena práctica en cuanto al número de acciones ejecutadas según lo establecido en el nuevo modelo de salud esto se debe probablemente a la poca apropiación del modelo por la limitada capacitación, prevalencia de actitudes negativas por parte del personal de salud, la nueva organización institucional y probablemente resistencia al cambio. Tanto el estudio realizado por el Dr. Bronner⁴ como el estudio de la Dra. González⁵ concluyeron que existía una mala práctica en la implementación de un modelo nuevo de atención, a lo contrario de nuestro estudio donde los médicos encuestados realizan actividades que permiten el cumplimiento de algunos objetivos del nuevo modelo. Sin embargo para lograr el 100% de cumplimiento se necesita mayor instrucción y capacitación al personal de salud enfocadas al aprendizaje significativo, cambios de actitudes, comportamientos y de motivación laboral.

X. CONCLUSIONES

Los médicos de atención primaria en salud reflejaron lo siguiente en relación a conocimientos, actitudes y prácticas:

- ✓ El nivel de conocimientos es bajo en relación al marco teórico que sustenta el modelo de salud familiar y comunitario (MOSAFC) y en los que mas debilidad existe son:
 - a. Objetivos, características y principios del nuevo modelo.
 - b. Organización de las redes de servicios de salud según lo establecido en el MOSAFC.
 - c. Funciones que le corresponden como médico según el MOSAFC
 - d. Objetivos y resultados que se logran con la dispensarización

- ✓ Presentan mayoritariamente una actitud negativa en relación a la implementación del modelo MOSAFC con mayor tendencia de negatividad en cuanto a:
 - a. El MOSAFC es el mejor modelo que se ha implementado para beneficio de la población.
 - b. La participación del poder ciudadano permite mejor coordinación entre la comunidad y los equipos de salud de cada sector.
 - c. En las actividades que se realizan de promoción de la salud y prevención se logra participación activa de la comunidad.
 - d. Las acciones empleadas por los médicos encuestados han beneficiado la salud de la familia y la comunidad

✓ Entre las acciones (prácticas) que realizan frecuentemente los médicos encuestados con la ejecución del nuevo modelo de salud familiar y comunitario se encuentran:

- a. Promoción de la salud
- b. Información y consejería en visitas domiciliarias
- c. Diagnóstico comunitario
- d. Capacitación a redes
- e. Llenado de historia clínica familiar
- f. Utilización de instrumentos para la dispensarización
- g. Cumplimiento de las visitas de seguridad familiar mensuales.

En relación al número de acciones globales que realizan los médicos encuestados, predominan unas prácticas regulares según el número de actividades que realizan en el contexto del MOSAFC.

XI. RECOMENDACIONES

- a. Motivar al personal de salud para su autopreparación acerca de la correcta implementación del MOSAFC y de esta manera contribuir a su buen funcionamiento.
- b. Elaborar diferentes estrategias dirigidas a los médicos de atención primaria basadas o enfocadas al desarrollo de sus competencias laborales para la adquisición y/o reforzamiento de los conocimientos necesarios, las actitudes y prácticas adecuadas en pro del cumplimiento de los objetivos del MOSAFC.
- c. Fortalecer la visión compartida institucional entre la universidad y el MINSA en la capacitación de los recursos humanos médicos, para asegurar las transformaciones y articulación de la estructura organizativa planteadas en el marco conceptual del modelo.
- d. Continuar monitoreando y evaluando periódicamente al personal de salud a través de evaluaciones de desempeños con una visión de aprendizaje y que estimulen la motivación del personal.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS. *Los modelos de atención en salud en el sistema de salud de Nicaragua: Una revisión desde la perspectiva de la ley general de salud*. Informe de un grupo científico de la OPS/OMS. Managua, Nicaragua. Octubre 2002.
2. Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. *MOSAFC* (presentación power point) MINSA: León, Abril 2009.
3. Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. *Modelo de Salud Familiar y Comunitario antes MAIS*. (presentación power point) MINSA: León, Abril 2009.
4. Bronner, Arnoldo.MD. *“Evaluación de los modelos de atención en el cuidado primario en salud” (monografía)*. Universidad del Valle, Cali Colombia. Edit. Medica del Valle, Colombia 1994. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos904/evaluacionmodelosatencion/evaluacion-modelos-atencion.s> (Junio 2009).
5. González, Isabel *“Conocimientos, actitudes y prácticas en los equipos de salud que laboran en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social ante la implementación del nuevo modelo de atención de salud en el Distrito de San Miguelito”* (tesis doctoral). Universidad de Panamá. Escuela de Salud Pública: Panamá 2001. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=408728&indexSearch=ID> (Junio 2009).

6. Somarriba, M. y Mejicanos, D. "Valoración y grado de satisfacción con el Modelo de Atención Integral en Salud, de parte del personal de salud de dos distritos de Managua" (Tesis Doctoral). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León. Facultad de Ciencias Médicas. León; Junio, 2008.
7. Valladares, B. y Valle, F. "Percepción de la población sobre la calidad de la atención brindada en el centro de salud Primero de Mayo posterior a la implementación del MOSAFC". (Tesis Doctoral). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León. Facultad de Ciencias Médicas. León; Junio, 2010.
8. Nicaragua. Ministerio de Salud. *Definición del Contenido del Paquete Básico de Servicios de Salud del MAIS según Ley 423 y el Artículo 59 de la Constitución*. 1 ed. MINSA: Managua, Nicaragua. Octubre 2002.
9. Nicaragua. Ministerio de Salud. *Modelo de Atención Integral en Salud*. MINSA: Managua, Nicaragua. Mayo 2004.
10. Almendarez, Juan. MD. Modelo de Atención integral en salud. (Presentación en power point). UNAN-León: Departamento de Salud Pública, Junio 2007.
11. *Ley General de Salud*. Ley 423. La Gaceta Diario Oficial de Nicaragua. N° 91 Año CVI. 17 de Mayo de 2002. Artículos 5 y 50; p. 3474 y 3483.
12. Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. *Manual de Organización y Funcionamiento del Sector/MINSA*. 2da edición Revisada y ampliada. (Serie N° 3) MINSA: Managua, Nicaragua. Septiembre 2007.

13. Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. (sede Web). *Marco conceptual del Modelo de Salud Familiar y comunitario (MOSAFC)* MINSA: Managua, Nicaragua 2008. (Serie N°2 MOSAFC) Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/planificacion/polnorm.html> (Julio 2009).
14. Ley de Participación ciudadana. Ley 475. La Gaceta Diario Oficial de Nicaragua. N°14. Año CVVIII. 25 Julio de 2007. Artículos 6 y 34.
15. MINSA/FONMAT/PROSILAIS/UNICEF. Módulo organización y participación comunitaria: material del participante. Managua, Nicaragua. Marzo 2002.
16. Nicaragua. Ministerio de Salud. *Manual para la promoción y desarrollo de las casas base*. MINSA: Managua, Nicaragua. 1995.
17. Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. *Marco conceptual del Modelo de Salud Familiar y comunitario (MOSAFC)* MINSA: Managua, 2 ed. Marzo 2007. (serie N°1 MOSAFC)
18. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultades de Medicina Programa del módulo “*Atención a la salud familiar y comunitarias*”. MINSA: León-Managua, Nicaragua 2001. Disponible en: http://www.unanleon.edu.ni/old/facultades/medicina/pregrado/descarga/programa_acad_internado/modulo_salud_comunitaria.pdf (Junio 2009).
19. Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. *LA DISPENSARIZACIÓN* (presentación power point) MINSA: León, Abril 2009.

20. Baray, H. *Introducción a la metodología de la investigación*. 1era edición. España, edit. Hispana. 2006. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2006c/203/2k.htm> (Junio 2009)
21. Hernández, R. Fernández C. *Los Conocimientos*. (artículo en internet) Junio 2009. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Conocimiento> (Junio 2009)
22. Hernández, R. Fernández C. *Escala de medición de actitudes*. (artículo en internet) Junio 2009. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>. (Junio 2009)
23. Eisenber, F MD. *Las Actitudes*. Rev. Investigación al día. México. 2000. (Julio 2009) Disponible en: <http://www.cem.items.mx/dacs/publicaciones/proy/hg/investigacion/fersenberg> (Julio 2009)
24. Universidad Pedagógica Nacional. "Las Practicas profesionales del servicio social" (sede web) México 2008. Julio 2009. Disponible en: http://www.lie.upn.mx/docs/docnormativos/DOCUMENTO_GENERAL_PRACTICAS_PROFESIONALES.doc (Julio 2009)
25. Dapalia, R. *Desarrollo Humano*. 3era Edición. Editorial El Amanecer. Nicaragua. Febrero, 2008.
26. Lefcovich, M. *Superando la resistencia al cambio*. Diciembre, 2005. (artículo en internet) Noviembre 2011. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos31/resistencia-al-cambio/resistencia-al-cambio.shtml>

27. Ministerio de Salud. Diarios de alcances, estrategias y desempeños en el personal de salud. León, Nicaragua. Julio – Octubre 2009.

28. Enciclopedia de la Psicología. Por una educación de la calidad. Editorial océano. Tomo I. Barcelona, España. Revista online de educación. Disponible en: www.grupodocente.com Acceso de Noviembre 2011.

29. Organización Panamericana de la Salud. La promoción de salud conceptos básicos. Editorial Panamericana. 4ta edición. México, 2007.

ANEXOS

TABLAS

Tabla 1

Características socio demográficas de los médicos de los centros de salud encuestados. Agosto – Octubre 2009. (N°62)

Variable	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Edad	25 – 40	35	56%
	40 – 50	26	42%
	>50	1	2%
Sexo	Femenino	33	53%
	Masculino	29	47%
Tiempo de laborar en APS (Años)	<5	12	19%
	5 – 10	28	45%
	11 - 20	18	29%
	>20	4	7%
Total		62	100%

Fuente: Encuesta CAP

Tabla 2

Conocimiento que tienen los médicos de los centros de salud acerca de los principales objetivos, las características y principios del MOSAFC. Agosto – Octubre 2009. (N°62)

Conocimientos	Objetivos		Características		Principios	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Correcto	21	33.9	21	33.9	22	35.5
Incorrecto	18	29	22	35.5	28	45.2
Medio	23	37.1	19	30.6	12	19.4
Total	62	100.0	62	1000	62	100.0

Fuente: Encuesta CAP

Tabla 3

Conocimiento que tienen los médicos de los centros de salud acerca de la organización de las redes de servicios de salud y del Paquete básico. Agosto – Octubre 2009. (N°62)

Conocimientos	Redes de Servicios de Salud		Paquete Básico	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
correcto	23	37.1	35	56.5
incorrecto	26	41.9	9	14.5
Medio	13	21.0	18	29.0
Total	62	100.0	62	100.0

Fuente: Encuesta CAP

Tabla 4

Conocimiento que tienen los médicos de los centros de salud acerca de como esta integrado y dividido el equipo de salud. Agosto – Octubre 2009. (N°62)

Conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Correcto	26	41.9
Incorrecto	21	33.9
Medio	15	24.2
Total	62	100.0

Fuente: Encuesta CAP

Tabla 5

**Escala de actitud de los médicos encuestados de la red de servicios de salud de la ciudad de León en relación al MOSAFC. Agosto – Octubre 2009.
(N°62)**

	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo		Actitud
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
El MOSAFC es el mejor modelo que se ha implementado para beneficio de la población.	6	10	21	34	23	37	10	16	2	3	Negativa
La nueva organización del primer nivel de atención favorece el bienestar de la población.	4	6	10	16	27	44	19	31	2	3	Positiva
La participación del poder ciudadano permite mejor coordinación entre la comunidad y los equipos de salud de cada sector.	1	2	17	27	28	45	16	26	0	0	Negativa
En las actividades que ha realizado de promoción de la salud y prevención ha tenido participación activa de la comunidad	0	0	32	52	4	6	26	42	0	0	Negativa
Las acciones que he empleado han beneficiado la salud de la familia y la comunidad	10	16	2	3	5	8	42	68	3	5	Negativa
El equipo de salud se reúne con la red comunitaria para organizar actividades de promoción y prevención	0	0	19	31	2	3	40	65	1	2	Positiva

Fuente: Encuesta CAP

Tabla 6

Actividades de promoción de salud que el médico ha organizado para el beneficio de la población desde que se empezó a emplear el nuevo modelo MOSAFC. Agosto - Octubre 2009. (N°62)

Actividades	Frecuencia	Porcentaje
Información y consejería en visitas domiciliarias	27	43.5
Charlas educativas	21	33.9
Uso de radio para la promoción en salud	1	1.6
Uso de perifoneo en la promoción en salud	1	1.6
Ninguna de las anteriores	12	19.4
Total	62	100.0

Fuente: Encuesta CAP

Tabla 7

Actividades de prevención de la enfermedad que el médico ha organizado en conjunto con la comunidad durante la implementación del MOSAFC. Agosto - Octubre 2009. (N°62)

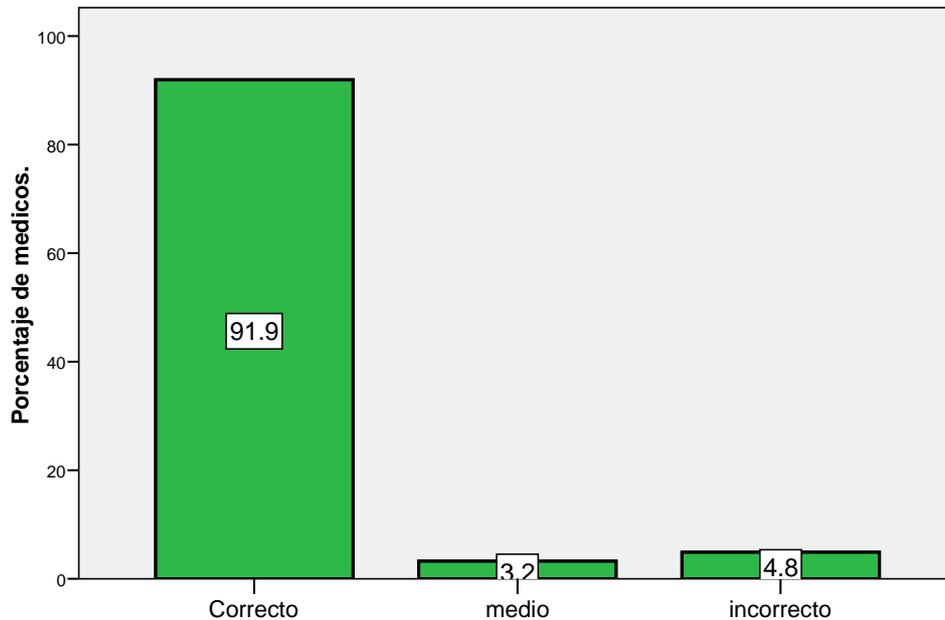
Actividades	Frecuencia	Porcentaje
Vigilancia epidemiológica	23	37.1
Atención a la mujer y niños	10	16.1
Cuidados ambientales	3	4.8
Ninguna de las anteriores	26	41.9
Total	62	100.0

Fuente: Encuesta CAP

GRÁFICOS

Grafico 1

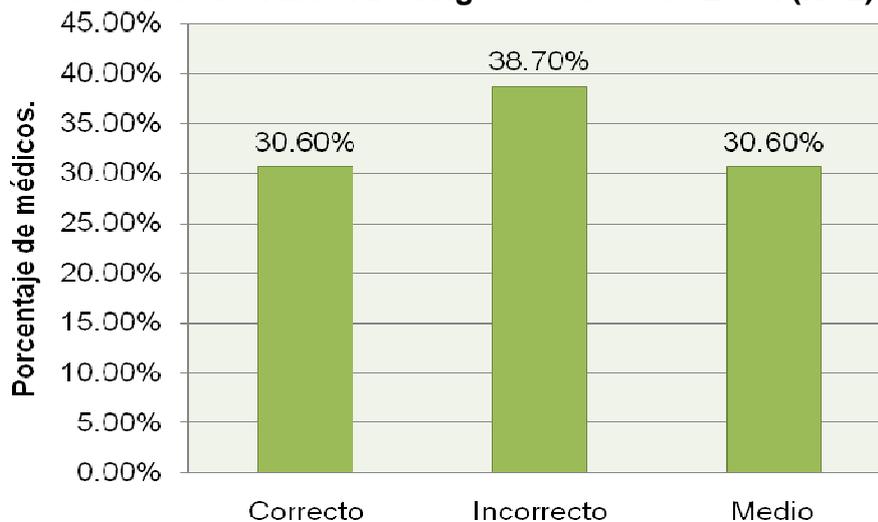
Conocimiento que tienen los médicos de los centros de salud acerca del significado de las siglas MOSAFC. Agosto – Octubre 2009. (N°62)



Fuente: Encuesta CAP

Gráfico 2

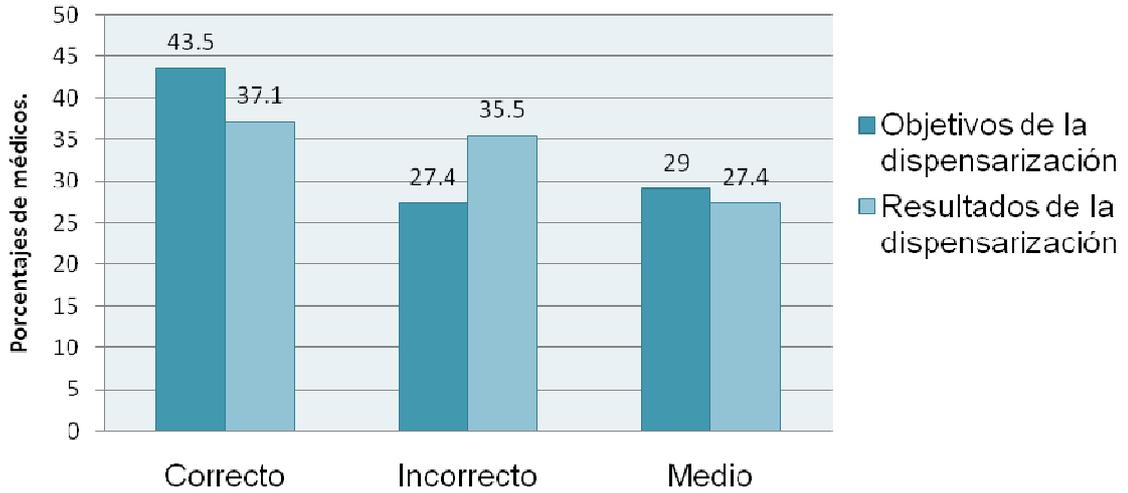
Conocimiento que tienen los médicos de los centros de salud acerca del manejo de las funciones que le corresponden como médico según lo establecido en el MOSAFC. Agosto – Octubre 2009. (N°62)



Fuente: Encuesta CAP.

Gráfico 3

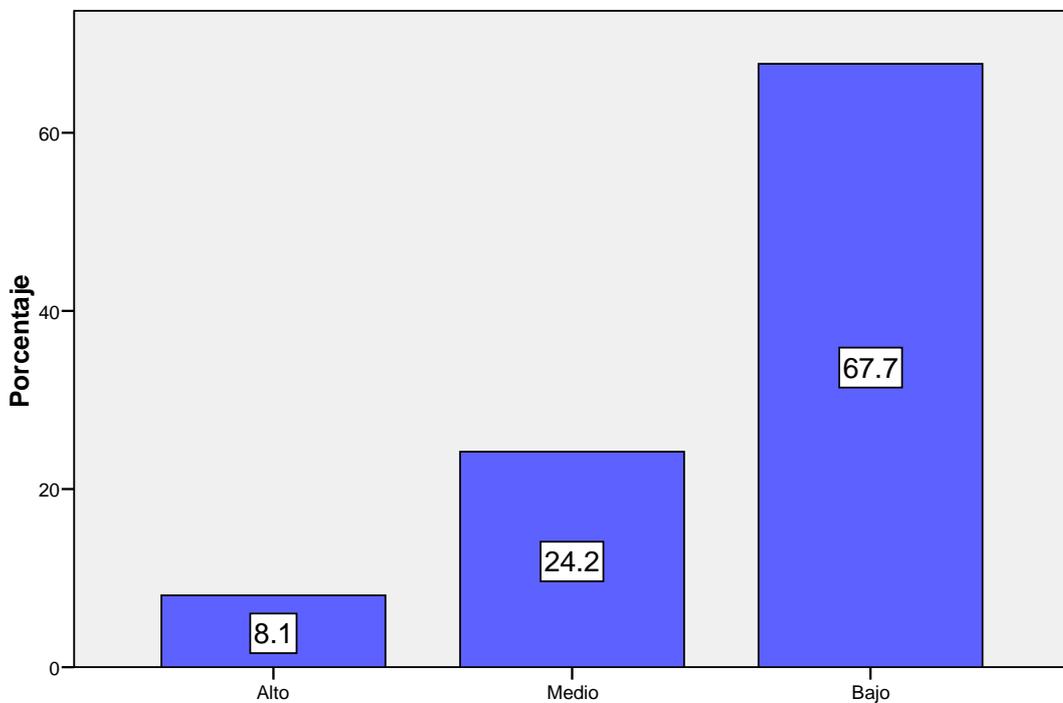
Conocimientos que tienen los médicos acerca de los objetivos y los resultados que se logran con la dispensarización. Agosto – Octubre 2009. (N°62)



Fuente: Encuesta CAP

Gráfico 4

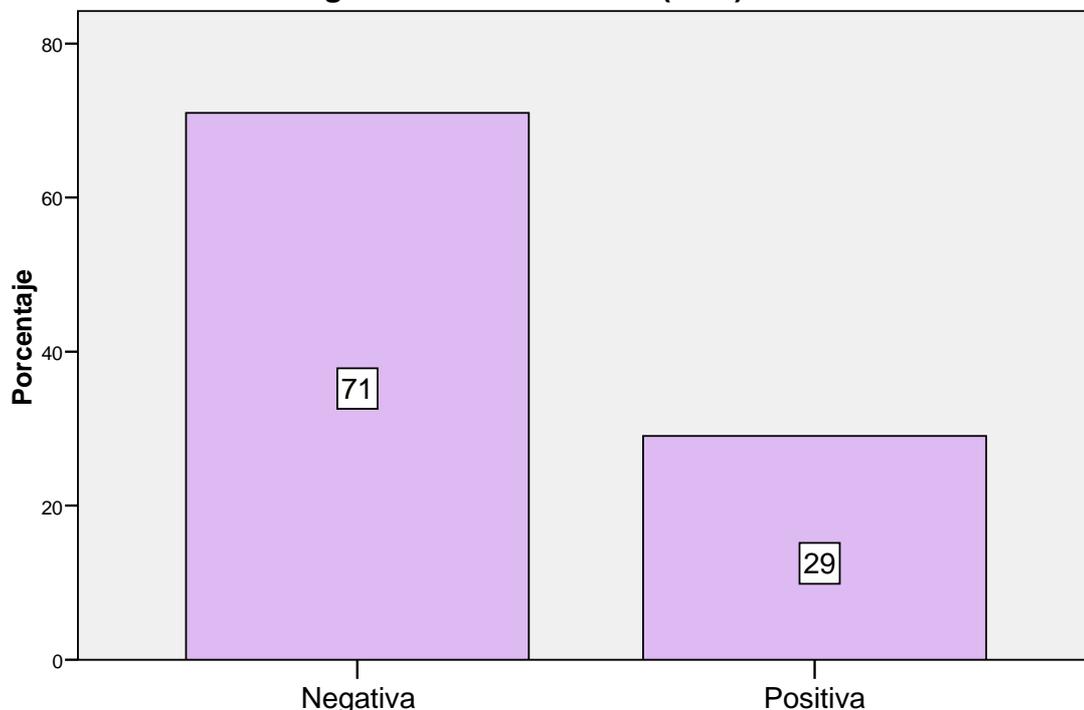
Nivel de conocimiento global que tienen los médicos de los centros de salud de León acerca del MOSAFC. Agosto – Octubre 2009. (N°62)



Fuente: Encuesta CAP.

Gráfico 5

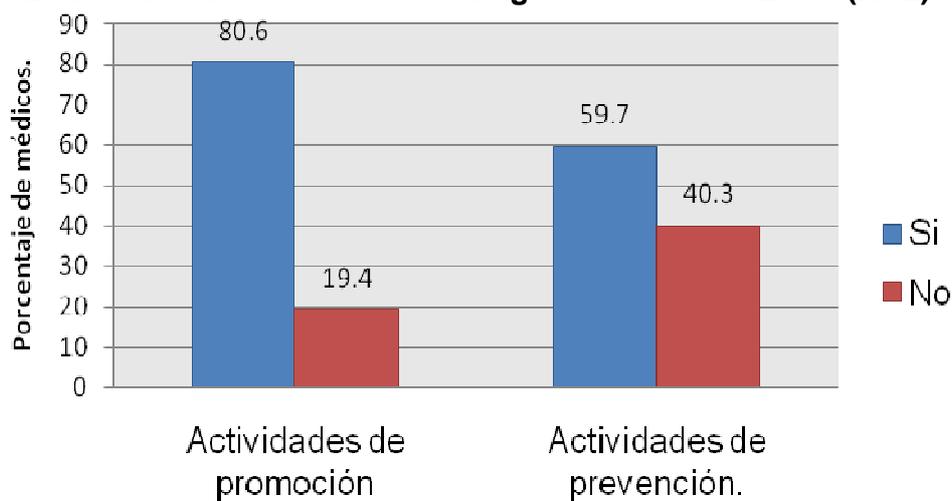
**Actitud global que tienen los médicos encuestados en relación al MOSAFC.
Agosto – Octubre 2009. (N°62)**



Fuente: Encuesta CAP.

Gráfico 6

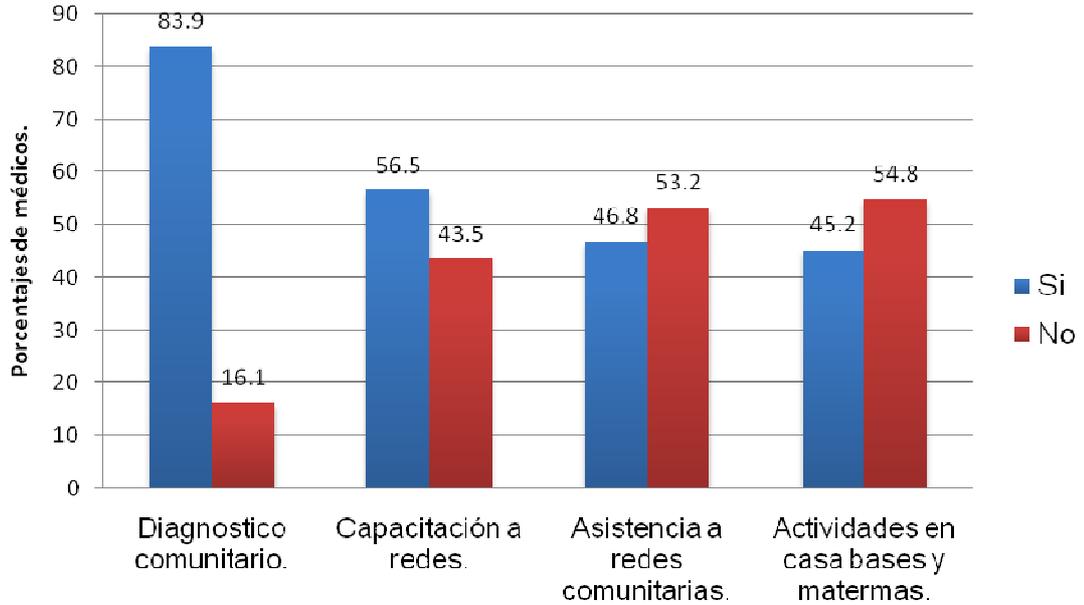
**Ejecución de actividades de promoción y prevención en beneficio de la salud
que realizan los médicos encuestados. Agosto – Octubre 2009. (N°62)**



Fuente: Encuesta CAP

Gráfico 7

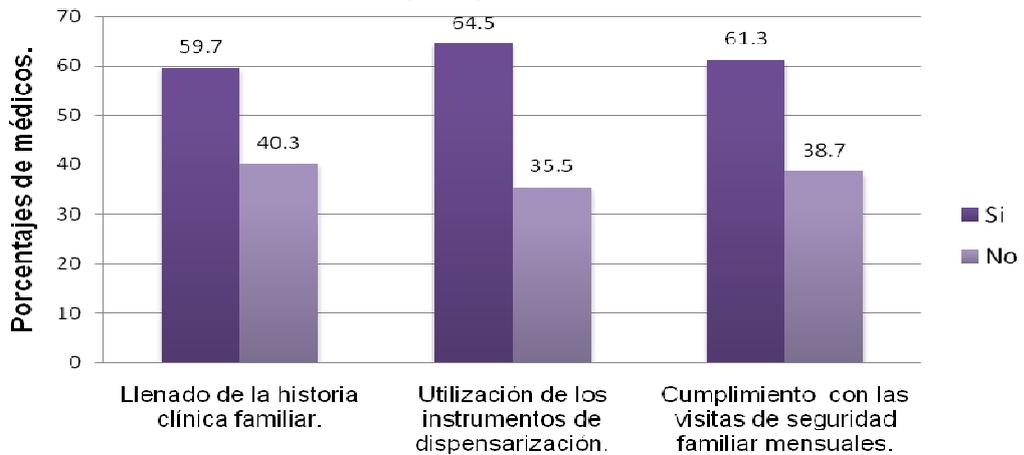
Realización de diagnóstico comunitario, capacitación a redes comunitarias, ejecución de actividades en conjunto con la red comunitaria y actividades en casas bases y maternas por los médicos encuestados. Agosto - Octubre 2009. (N°62)



Fuente: Encuesta CAP.

Gráfico 8

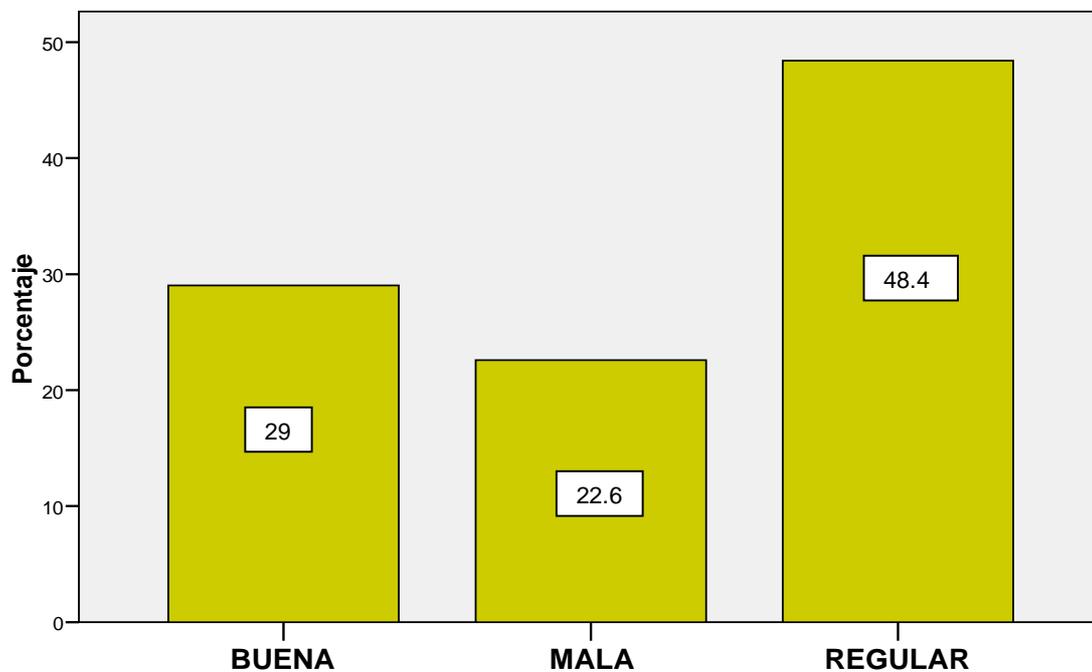
Ejecución del llenado de todos los acápite de la historia clínica familiar, utilización de los instrumentos para la dispensarización y cumplimiento con las visitas de seguridad familiar mensuales estipuladas en la dispensarización, por los médicos encuestados. Agosto - Octubre 2009. (N°62)



Fuente: Encuesta CAP.

Gráfico 9

Práctica Global* que tienen los médicos encuestados con respecto al número de acciones que se desarrollan en el MOSAFC. Agosto - Octubre 2009. (N°62)



Fuente: Encuesta CAP.

* Se clasificó como buena, regular y mala de acuerdo al número de acciones ejecutadas y no a la calidad con que lo ejecutan.

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.
UNAN-León**

Encuesta Médica.

La presente encuesta pretende identificar los conocimientos, actitudes y practicar que tienen los médicos de la red de servicios de salud de la ciudad de León correspondientes a los territorios Perla María Norori, Mántica Berio y Félix Pedro Picado con respecto al MOSAFC.

➤ **La información es confidencial y anónima por lo que solicita apoyo y sinceridad en sus respuestas.**

I. DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO

Edad _____
Sexo _____
Cargo _____
Años de laborar _____

II. CONOCIMIENTO

1) Conoce el significado de las siglas MOSAFC?

Si _____ ¿Cual es? _____

No _____

2) ¿Sabe cuales son los principales objetivos del MOSAFC?

Si _____ No _____

Mencione 1. _____
2. _____
3. _____

3) Conoce las principales características del MOSAFC?

Si _____ No _____

Mencione 1. _____
2. _____
3. _____

4) Conoce los principios del MOSAFC

Si _____ No _____

Mencione 1. _____
2. _____
3. _____

5) ¿Sabe como se organizan las redes de servicios de Salud?

Si _____ No _____

¿Cómo? _____

6) ¿Qué incluye el paquete básico de atención referido en el MOSAFC?

7) Diría ud que maneja las funciones que le corresponden como médico según lo establecido en el MOSAFC?

Si _____ No _____

¿Cuáles son? _____

8) ¿De acuerdo al MOSAFC conoce como esta integrado y dividido el equipo de salud?

Si _____ No _____

¿Cómo? _____

9) ¿Conoce cuales son los objetivos de la dispensarización?

Si _____ No _____

Mencione 1. _____
2. _____
3. _____

10) ¿Qué resultados se logran con la dispensarización?

1. _____
2. _____
3. _____

III. ACTITUD

11) El MOSAFC es el mejor modelo que se ha implementado para el beneficio de la población nicaragüense.

Totalmente en desacuerdo _____

En desacuerdo _____

Ni en acuerdo ni en desacuerdo _____

De acuerdo _____

Totalmente de acuerdo _____

12) La nueva organización estructural del 1er nivel de atención establece mayor bienestar a la población.

Totalmente en desacuerdo _____

En desacuerdo _____

Ni en acuerdo ni en desacuerdo _____

De acuerdo _____

Totalmente de acuerdo _____

¿Por qué? _____

13) La participación del poder ciudadano le ha permitido a ud mejor organización con la comunidad.

Totalmente en desacuerdo _____

En desacuerdo _____

Ni en acuerdo ni en desacuerdo_____

De acuerdo_____

Totalmente de acuerdo_____

¿Por qué? _____

14) En las actividades que ha realizado de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad ha tenido participación activa de la comunidad.

Totalmente en desacuerdo_____

En desacuerdo_____

Ni en acuerdo ni en desacuerdo_____

De acuerdo_____

Totalmente de acuerdo_____

15) Las acciones que usted como médico ha implementado han beneficiado la salud de la familia y la comunidad.

Totalmente en desacuerdo_____

En desacuerdo_____

Ni en acuerdo ni en desacuerdo_____

De acuerdo_____

Totalmente de acuerdo_____

¿Por qué? _____

16) El equipo de salud se reúne con la red comunitaria para organizar actividades de promoción y prevención.

Totalmente en desacuerdo_____

En desacuerdo_____

Ni en acuerdo ni en desacuerdo_____

De acuerdo_____

Totalmente de acuerdo_____

IV. PRÁCTICAS.

17) ¿Cuáles de las siguientes actividades de promoción de la salud ha organizado para el beneficio de la población desde que se empezó a emplear el nuevo modelo MOSAFC?

- Información y consejería en visitas domiciliarias _____
- Charlas educativas _____
- Uso de radio para la promoción en salud _____
- Uso de perifoneo en la promoción en salud _____
- Otras _____
- ¿Cuáles? _____

18) ¿Cuáles de las siguientes actividades de prevención de la enfermedad ha organizado ud en conjunto con la comunidad durante la implementación del MOSAFC?

- Vigilancia epidemiológica _____
- Atención a la mujer y niños _____
- Cuidados ambientales _____
- Otros _____
- ¿Cuáles? _____

19) ¿Ha realizado diagnóstico comunitario en su sector poblacional de acuerdo a lo establecido en el MOSAFC?

Si _____ No _____

¿Cómo lo hace? _____

20) ¿Ha capacitado a redes comunitarias durante la implementación del MOSAFC?

Si _____ No _____

21) ¿Acude a la red comunitaria para organizar la ejecución de actividades de promoción y prevención?

Si _____ No _____

22) ¿Qué actividades realiza en las casas bases y casas maternas?

23) Llena todos los acápites de la historia clínica familiar

Si _____

No _____

A veces _____

24) ¿Qué instrumentos usa para la dispensarización?

25) ¿Cumple con las visitas de seguimiento familiar mensuales estipuladas en la dispensarización?

Si _____

No _____

A veces _____

4
4
3
5