

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN.**

**FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS**

**CARRERA DE FARMACIA**



**Monografía para optar al título de Químico Farmacéutico:**

**Participación del MINSA en la atención primaria de salud en la población del  
barrio de Sutiava Norte-León, primer semestre 2021.**

**Autores:**

- ❖ **Br. Jareny Massiel Obando Martínez**
- ❖ **Br. Elmer Alberto Sierra Quiroz**

**Tutor: Lic. Cherlis Jerome Rivas Juárez.**

**Septiembre 2021, León**

**“¡A la Libertad por la Universidad!”**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN.**

**FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS**

**CARRERA DE FARMACIA**



**Monografía para optar al título de Químico Farmacéutico:**

**Participación del MINSA en la atención primaria de salud en la población del  
barrio de sutiava norte-león, primer semestre 2021.**

**Autores:**

- ❖ **Br. Jareny Massiel Obando Martinez** \_\_\_\_\_
- ❖ **Br. Elmer Alberto Sierra Quiroz** \_\_\_\_\_

**Tutor: Lic. Cherlis Jerome Rivas Juárez.** \_\_\_\_\_

**Septiembre 2021, León**

**“¡A la Libertad por la Universidad!”**

## DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la vida y sabiduría para culminar esta etapa tan importante de mi formación profesional.

A mis padres por estar siempre ahí en cada momento para mí, por su cariño y apoyo incondicional y ser el ejemplo a seguir.

A mi Esposa, por ser la ayuda idónea y estar a mi lado apoyándome en cada momento y en cada logro de mi vida.

A todos y cada uno de los Docentes de la Facultad de Ciencias Químicas, involucrados en mi formación como profesional y como ser humano.

***Br. Elmer Alberto Sierra Quiroz.***

Dedico este trabajo principalmente a Dios y a la Virgen María, quienes, con su filial ejemplo de obediencia, entrega, amor, y santidad, han llenado mi vida de grandes enseñanzas.

De manera especial a mi mamá, Lidia Dominga Martínez, que con gran esfuerzo decidió dedicar su vida a la formación personal y profesional mía y de mis hermanos(as); Y a mi papá, Marvin Rolando Obando Navarro, quien desde lo alto del cielo me acompaña en alma y espíritu, heredándome valores que hasta el día de hoy me acompañan y hacen que lo tenga presente en todos los momentos de mi vida.

De igual manera a todos aquellos que de alguna manera han aportado a mi formación con el firme propósito de ser una profesional que aporte valores a la sociedad.

***Br. Jareny Massiel Obando Martínez.***

## **AGRADECIMIENTO**

### **A DIOS:**

Por ser el inspirador, por darnos salud, sabiduría y fortaleza; demostrando así su amor y su misericordia para nosotros, permitiéndonos vivir cada etapa de la vida hasta llegar a este punto de nuestra formación profesional.

### **A NUESTROS PADRES:**

Por siempre estar dispuestos a cuidarnos desde nuestros primeros pasos, formándonos en valores morales y esforzándose para crear en nosotros hombres y mujeres de bien. Por el amor que nos brindan y por los sacrificios a los que se han enfrentado, luchando día a día para que nada nos falte y así poder lograr nuestros propósitos.

### **A NUESTRO TUTOR:**

Lic. Cherlis Jerome Rivas Juárez, por el acompañamiento y asesoramiento en todo este proceso de investigación.

### **A NUESTROS MAESTROS:**

Quienes, desde las aulas de clase, nos brindaron el pan del saber compartiendo sus conocimientos con cada uno de nosotros.

Y finalmente a nuestra alma mater **UNAN-LEON** por permitirnos formar parte de ella para nuestra formación personal.

## INDICE

I. INTRODUCCION .....	1
II. OBJETIVOS .....	5
2.1 Objetivo general .....	5
2.2 Objetivos específicos.....	5
III. MARCO TEORICO .....	6
3.1 Definición .....	6
3.2 Objetivos del modelo .....	6
3.3 Atención Primaria en Salud y el Modelo de Salud Familiar y Comunitario .....	7
3.4 Principios del modelo .....	7
3.4.1 Accesibilidad a los servicios de salud.....	7
3.4.2 Integralidad de las acciones en los servicios de salud .....	8
3.4.3 Longitudinalidad (continuidad) en el proceso de la atención en salud.....	8
3.5 Coordinación entre los niveles de atención en salud .....	9
3.6 Componentes del Modelo:.....	9
provisión, gestión y financiamiento.....	9
3.6.1 Componente de atención/provisión de servicios.....	10
Modalidades de Entrega de los Servicios .....	17
3.7 Niveles de atención .....	19
3.8 Proveedores de servicios de salud.....	22
3.9 Componente de gestión.....	23
Organización del Sector: Roles y estructuras de la gestión en salud.....	25
3.10 Participación Ciudadana.....	29
IV. DISEÑO METODOLOGICO .....	30

4.1 Tipo de estudio .....	31
4.2 Área de estudio.....	31
4.3 Universo .....	31
4.4 Muestra.....	31
4.5 Tipo de Muestreo .....	31
4.6 Criterios de inclusión .....	31
4.7 Criterios de exclusión .....	32
4.8 Variables .....	32
4.9 Operacionalización de variables .....	33
4.10 Fuente y obtención de la información.....	37
4.11 Técnica e instrumento de recolección de la información.....	37
4.12 Procesamiento y análisis de los datos .....	37
4.13 Aspectos éticos .....	38
VII. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS .....	38
VIII. CONCLUSION .....	54
IX. RECOMENDACIONES.....	56
X. BIBLIOGRAFIA.....	57
XI. ANEXOS .....	58



## I. INTRODUCCION

El mejoramiento de la eficiencia y equidad de los sistemas de salud es hoy una preocupación central de todos los países. Los nuevos escenarios mundiales, con políticas económicas de ajuste y crisis prolongadas, que han agudizado los problemas de la pobreza, tornaron inalcanzable, en las últimas décadas, aquella meta de “salud para todos”

Muchos sistemas y modelos de atención en salud no pudieron ni han podido alcanzar los grandes objetivos de la humanidad “el bienestar de sus poblaciones”. La renovación de la APS debe de contribuir a los esfuerzos que todos los países están realizando en los procesos de cambio para fortalecer los sistemas de Salud y hacer realidad la consecución de los objetivos de salud como parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y dejar claro que el camino más adecuado para producir mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas es la base fundamental de los Sistemas de Salud en la APS.

### **A Nivel Internacional.**

Jaime. S (2016). Participación social en sistemas de salud fragmentados: ¿una relación virtuosa? Bogotá-Colombia, enero-julio. Los sistemas de salud se enfrentan a diferentes obstáculos que amenazan su correcto desempeño. Uno de ellos es su fragmentación. Como contrapartida, la participación social en salud es mencionada con la misma intensidad como fenómeno integrador. Este estudio tuvo como objetivo proporcionar un marco más concreto sobre la compleja relación entre ambos emergentes de los sistemas de salud y para ello utilizó diferentes métodos: una revisión de la literatura, un enfoque cualitativo para definir las dimensiones de análisis y, en un tercer momento, técnicas de ensayos clásicos (ensayo expositivo) para argumentar cada dimensión. Como producto final se definieron doce tesis que en conjunto se proponen explicar satisfactoriamente este fenómeno e inferir líneas de trabajo para mejorar de manera efectiva el funcionamiento de los sistemas de salud.



### **A Nivel Nacional.**

Mendoza. M (2009). Gestión participativa del Modelo de Convivencias en Salud del pueblo indígena Nahoa Salinas de Nagualapa, Municipio de Tola, Departamento de Rivas, Enero – Septiembre. Se utilizaron herramientas metodológicas de trabajo comunitario, tales como la rueda de sabios, asambleas comunitarias, intercambios de experiencias y grupos focales, entrevistas colectivas e individuales. Los resultados encontrados muestran que la base que sustenta el modelo de convivencias es la cosmovisión y espiritualidad, el arte del cuidar, arte de educar y el arte de sanar, así como la concepción holística del proceso salud enfermedad. El cuidado se centra en la persona, familia, comunidad y no en la enfermedad, estos son valores que rigen el Buen Vivir. Los resultados del estudio destacan que para construir las estrategias que aporten a un sistema de salud intercultural, tiene que tener como base las artes de las convivencias comunitarias y la reafirmación de la cosmovisión, la espiritualidad y utilización de metodologías participativas de trabajo comunitario, involucrando en todo el proceso a la juventud y niñez.

### **A Nivel Local.**

Ruiz. A, Pichardo, P (2010). Para valorar el estado en que se encuentra la implementación del nuevo modelo de atención en Salud Familiar y Comunitario en las unidades de Salud del casco urbano del Municipio de León durante el segundo semestre del 2010, se diseñó un estudio descriptivo con fines evaluativos tratando de comparar lo que se espera según el enfoque teórico y conceptual establecido por el Ministerio de Salud y lo alcanzado en aspectos claves como el análisis de la situación de salud; la comprensión que hace el personal de los Equipos Básicos de Atención Familiar y Comunitario en la aplicación del modelo y la valoración por los investigadores de la pertinencia de los planes de intervención y actividades planificadas con el modelo de gestión establecido en los documentos oficiales del Ministerio de Salud. Encontramos que los trabajadores encuestados tienen una adecuada comprensión de la importancia de los cambios que implica el nuevo modelo, aunque existe una percepción de que la comunidad no aporta lo que debe al modelo.



Torrez. E (2001). El objetivo general del estudio es: describir la percepción de informantes claves del Ministerio de Salud, a partir de sus experiencias, para elaborar Metodología para el Trabajo Comunitario en Nicaragua. El Ministerio de Salud en el Marco de la política de Salud, Nuevas Estrategias de Salud Pública y consciente de la problemática de no contar con una Normativa del Trabajo Comunitario, razón por la cual los SILAIS han adoptado metodologías, que surgen como iniciativas propias, que no cuentan con el apoyo de un sistema de información nacional para ésta estrategia y que trae como consecuencia disgregación de la información y limitación para la toma de decisiones; ha determinado el fortalecimiento de la participación comunitaria en salud. El Trabajo Comunitario debe orientarse a la búsqueda de problemas de salud y alternativas de solución con acciones de promoción, prevención, asistencia, recuperación y rehabilitación y se debe dirigir a comunidades y grupos de riesgos, contando con la participación activa del personal de salud y comunidad. La parte medular del Trabajo comunitario es la promoción y educación en salud. La sectorización es la mejor manera de organización existente para el impulso de ésta estrategia. El Trabajo Comunitario debe ser organizado, planificado, ejecutado y evaluado con la participación de representantes de la comunidad.

La experiencia de los trabajadores de la salud y de la comunidad organizada en el trabajo de terreno debe ser potenciada, tomando en consideración la función de promoción de la participación Social en los planes operativos del primer nivel de atención y de que las acciones de salud tengan mayor impacto cuando la comunidad participa activamente en la organización, planificación, ejecución y evaluación de actividades de terreno donde los mismos han estado involucrados.

El rescate de la estrategia del trabajo comunitario o trabajo de terreno hoy en día es de suma importancia, debido a que es elemental el apoyo de la comunidad para impulsar la promoción y protección de la salud, como principal estrategia para el mejoramiento de la situación de salud del país.

Los establecimientos de salud en el país históricamente se han enfocado en la atención curativa con tendencia a la especialización Médica. El MINSA en 1995 inició la implantación de un modelo de atención integral que destacó las acciones para el binomio



madre-niño incidiendo en la morbi-mortalidad de este grupo poblacional, posteriormente acompañado de un Modelo de Salud Familiar y Comunitario que beneficia principalmente a la población nicaragüense a los diferentes servicios de salud proporcionados de la atención primaria de salud.

El producto final de esta investigación, consiste en identificar la participación del ministerio de salud en la atención primaria de salud en la población del barrio sutiava norte, León. Permitirá el diseño metodológico del trabajo comunitario en Nicaragua. Permite al Ministerio de salud estandarizar algunos procesos, mediante una metodología única pero también flexible ante la realidad y características particulares de cada territorio y población asignada, con el propósito de contribuir al desarrollo de la participación comunitaria en las actividades de salud; así como mejorar la accesibilidad, cobertura y oferta de servicios.

Los sistemas de salud constituyen uno de los pilares esenciales de las sociedades modernas. El pueblo de Nicaragua cuenta con el derecho a la salud de la población, por tal razón cuenta con un Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), sin embargo este modelo se necesita trabajar desde la comunidad de manera conjunta y organizada con principios de humanidad, hermandad que se afiancen desde la acción de las personas, las familias, las organizaciones sociales, los actores sectoriales e intersectoriales públicos y privados para asegurar la salud en la comunidad de todas y todos los nicaragüenses.

Por tal razón se planteó la siguiente interrogante:

***¿Cuál es la participación del Ministerio de Salud en la atención primaria de salud en la población del barrio Sutiava norte, León, primer semestre 2021?***



## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo general.**

- ❖ Valorar la participación del MINSA en la atención primaria de salud en la población del barrio Sutiava Norte, León, primer semestre 2021.

### **2.2 Objetivos específicos.**

- ❖ Conocer las características sociodemográficas de la población del barrio Sutiava Norte, León.
- ❖ Describir las actividades que se realizan de acuerdo a los programas que brinda el Modelo de Salud Familiar y Comunitario en la población.
- ❖ Indagar el grado de satisfacción de la población a los programas que brinda el Modelo de Salud Familiar y Comunitario.



---

### III. MARCO TEORICO

#### 3.1 Definición.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario como se establece en la Ley 423, es el instrumento sanitario que recoge la visión política y económica del estado dentro del campo del sector salud, constituyéndose en la forma de organización de las acciones intra e intersectorial, así como su implementación equitativa y eficiente en un espacio geográfico-poblacional determinado, variable de acuerdo a los elementos que lo caracterizan<sup>1</sup>.

Dicho Modelo, 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.

Este Modelo genera iniciativas de cambio en la cultura y estructura del sector salud para satisfacer las necesidades y el ejercicio de los derechos humanos, contribuyendo a mejorar su calidad de vida durante todo el ciclo vital<sup>1</sup>.

#### 3.2 Objetivos del modelo

De acuerdo con el Reglamento de la **Ley General de Salud**, son objetivos del Modelo de Salud Familiar y Comunitario:

1. 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.
2. Satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población.
3. Proteger de epidemias a la población



4. Mejorar la calidad de los servicios, respondiendo a las expectativas de la población en recibir servicios de salud de calidad, con calidez humana.
5. Fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial<sup>1</sup>.

### **3.3 Atención Primaria en Salud y el Modelo de Salud Familiar y Comunitario**

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario está basado en la estrategia de atención primaria en salud, entendida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentado y socialmente aceptada, puesta al alcance de todos las personas y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación<sup>1</sup>.”

Para mejorar la salud, la atención primaria se centra en la salud de las personas en los contextos de los otros determinantes; es decir, en el medio físico y social en el que las personas viven, estudian, trabajan y se recrean, más que en enfermedades específicas<sup>1</sup>.

### **3.4 Principios del modelo.**

#### **3.4.1 Accesibilidad a los servicios de salud**

El ordenamiento de los servicios de salud se basará 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 servicios<sup>1</sup>.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario debe concretizar los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad y equidad. Asimismo se asume el principio de accesibilidad de la **Política Nacional de Población**, aprobada en el año 1997, que reconoce<sup>1</sup>:

- “el respeto a los principios legales, culturales, morales y religiosos de la población”.

---

<sup>1</sup>. Organización mundial de la salud. Oficina panamericana de la salud. Los modelos de atención en salud en el sistema de salud de

Nicaragua: Una revisión desde la perspectiva de la ley general de salud #423. Documento oficial.



- “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”.

### **3.4.2 Integralidad de las acciones en los servicios de salud**

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario contemplará a la persona como un ser biopsicosocial 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, así como para la protección y mejora del ambiente que lo rodea. Implica la orientación de la atención hacia la solución integral de los problemas de salud, con enfoque de promoción, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación de la salud<sup>2</sup>.

Asegura que distintos servicios lleguen al mismo tiempo y se realicen en los territorios donde las personas y/o grupos poblacionales lo necesiten. Esto implica responsabilidad territorial y poblacional por parte de los diferentes actores claves del sector social<sup>2</sup>.

### **3.4.3 Longitudinalidad (continuidad) 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. Implica que el equipo de salud al cuidado de los usuarios se preocupe de su atención integral en los diferentes niveles de atención. Esta característica del modelo de atención nicaragüense es uno de los pilares para asegurar la articulación entre los diferentes niveles de atención y la cohesión de la red de servicios de salud del país y, por tanto, de la referencia y contra referencia<sup>2</sup>.

La atención longitudinal significa que los usuarios pertenecientes a una población identifiquen como suya a una red de servicios, su establecimiento inmediato de atención y personal encargado de proveerle servicios<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> . Ministerio de salud de Nicaragua. Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Managua, julio 2,008. Documento oficial.



### 3.5 Coordinación entre los niveles de atención en salud

La coordinación debe ser lo suficientemente efectiva como para garantizar el acceso efectivo y la continuidad de la atención

La coordinación es la base de la articulación de los servicios y su organización para responder al marco definido por el Modelo de Salud Familiar y Comunitario de Nicaragua; lo cual implica evolucionar hacia nuevas formas de atención compartida entre profesionales de diferentes perfiles<sup>2</sup>.

Esto se debe basar en una clara comprensión de parte del usuario, del personal que lo refiere a otro servicio o establecimiento en la red, así como también una comprensión clara del personal que lo recibe, acerca de la importancia y la responsabilidad de garantizar la atención continuada del usuario<sup>2</sup>.

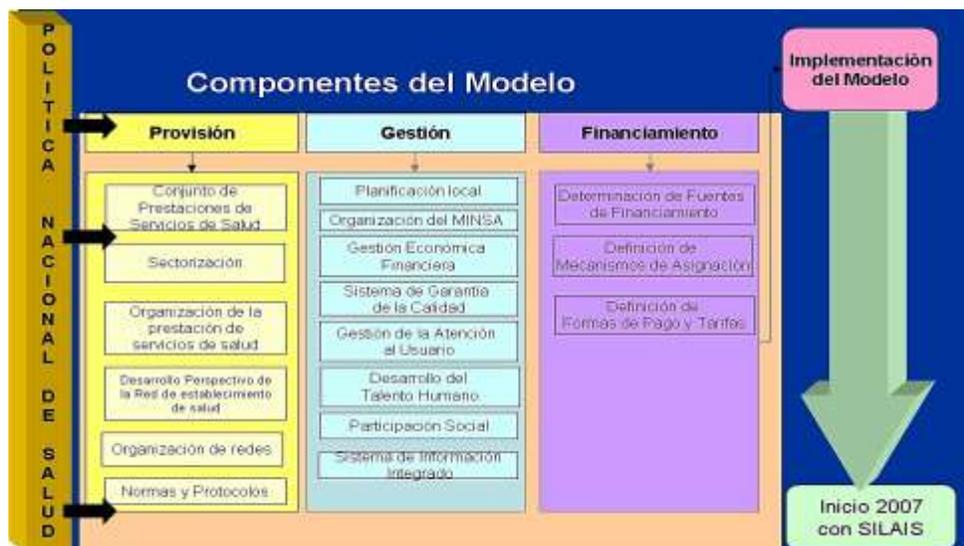
### 3.6 Componentes del Modelo:

**El Modelo de Salud Familiar y Comunitario tiene tres componentes:**

**Provisión, gestión y financiamiento.**

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario es el producto de la

Interacción dinámica de los niveles de atención (provisión) con los niveles de gestión del sector de salud y con los diferentes regímenes de financiamiento. Resultado esperado es servicios de salud eficaz, efectiva y eficiente, que generen una mejora en la situación de salud de la población y progresivamente mayores niveles de satisfacción de la misma<sup>2</sup>.





### **3.6.1 Componente de atención/provisión de servicios**

El desarrollo del Componente de provisión se sustenta en un Sistema Integrado de Servicios de Salud el cual se define como un conjunto de Servicios de Salud organizados de manera específica y complementaria, teniendo interrelación necesaria entre ellos para ser capaz de ofrecer atención con calidad y responder a los problemas de salud de una problemática definida<sup>33</sup>.

La provisión de servicios es el conjunto de acciones concretas, definidas y organizadas que se brindan a la población y su ambiente, a través de una **red de servicios** articulados. La provisión de servicios 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<sup>3</sup>.

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.

El componente provisión incorpora 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 salud<sup>3</sup>.

La provisión de servicios se centra en la atención integral a las personas, y para efecto de dirigir sus acciones considera la situación diferenciada de los grupos poblacionales según el ciclo de vida en niño, adolescente, adulto y adulto mayor, tomando en consideración el perfil epidemiológico, el riesgo, las diferencias de género y la vulnerabilidad del grupo poblacional<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> 3. 2 Ministerio de Salud de Nicaragua. Organización Panamericana de salud. Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud. Serie SILAIS. Primer Informe de Progreso. Managua, Marzo 1992



Cada persona al entrar en contacto con el sector salud, debe ser abordada desde la perspectiva de persona, de su inserción en su núcleo familiar y en la comunidad a la que pertenece. Además, debe merecer atención el medio en que se desarrolla<sup>3</sup>.

### **3.6.1.1 Población**

La población se protegerá de acuerdo a los regímenes de salud establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud 423, arto 338,339 y 340. Régimen Contributivo, No Contributivo y Voluntario.

El sistema de salud atiende a la población nicaragüense según sus necesidades, acceso gratuito y universalidad a los servicios de salud para que haga efectivo el derecho ciudadano a la salud. Política Nacional de Salud (universalidad)<sup>44</sup>.

### **3.6.1.2 Grupos de Población por ciclos de vida:**

La población definida para el Modelo de Atención se identifica por grupos de población según ciclo de vida, siendo estas las siguientes:

#### **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. Períodos que abarcan la niñez: Embrionario y fetal, Neonatal o de recién nacido, Post-neonatal, Lactantes menores, Preescolares, Escolar<sup>4</sup>.

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<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> 3. Nicaragua. Ley General de Salud, Ley 423. La Gaceta Diario Oficial Año CVI, N° 91 del 17 de Mayo de 2002. Artículos 5 y 50; p. 3474 y 3483.



## **2. Adolescentes**

Este grupo poblacional 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<sup>4</sup>.

## **3. Adultos**

Este grupo de población comprende a las personas de 20 a 59 años, que debe ser dividido al menos 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<sup>4</sup>.

## **4. Adultos mayores**

Este grupo poblacional 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<sup>4</sup>.

### **3.6.1.3 Población Vulnerable y grupos especiales.**

Los diferentes regimenes 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 madreniño, personas de la tercera edad y personas con discapacidad<sup>3</sup>.



Para la identificación de grupos vulnerables se debe focalizar los grupos en base a criterios de riesgo como:

- Accesibilidad geográfica.
- Acceso a servicios básicos.
- Comunidades con mínimo nivel de desarrollo.
- Inequidades de ingreso
- Disparidades de género.
- Oportunidades no equiparables entre las personas (discapacidad)<sup>55</sup>.

#### **3.6.1.4 Abordaje integral de la salud**

Una provisión de servicios eficientes y efectivos 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<sup>5</sup>.

##### **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 etario a que pertenezca<sup>6</sup>.

Es importante destacar la aptitud cultural en la atención, que implica la identificación de las necesidades diferentes y el abordaje de atención a los miembros de poblaciones especiales por sus características étnicas, raciales, culturales o de otra índole<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> 5. 3 Roa R, Siede J, Ruiz Morosini ML. Medicina Familiar. Bases para un nuevo modelode atención. Editorial Akadia. Buenos Aires, 1997

<sup>6</sup> Rubinstein, Adolfo. Medicina Familiar y Comunitaria. Bases y Fundamentos de la Práctica de la Medicina Familiar. Editora Médica Panamericana S.A. Buenos Aires, 2001:3.



## **2. Atención centrada en la familia**

La familia es la institución social básica, es el punto de arranque decisivo en el proceso de socialización de las nuevas generaciones renovadoras de la sociedad.

En su interior la familia tiene diferentes roles y funciones como la transmisión de valores y conductas, el desarrollo de lazos tanto afectivos como emocionales y la interacción con el sistema social. Es en la familia donde se fomenta la salud o se genera la enfermedad<sup>6</sup>.

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<sup>6</sup>.

## **3. Atención centrada en la comunidad**

Las necesidades de salud de los usuarios son modificadas por su contexto socioeconómico, por lo que la identificación de dichas necesidades requiere conocer ese contexto<sup>6</sup>.

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<sup>6</sup>.

En este proceso, 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<sup>6</sup>.

Para los grupos étnicos, las comunidades indígenas son la unidad geográfica base de su organización. Constituyen su garantía de sobrevivencia, puesto a que el nivel de los pobladores mantiene 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<sup>6</sup>.

Esta visión obviamente incide sobre la concepción de salud-enfermedad que tienen las comunidades indígenas, por tanto, la salud tiene que ver con la organización social, el desarrollo económico, el nivel de vida, la distribución de recursos, el medio ambiente natural y social de las comunidades. En el proceso salud enfermedad de la comunidad se encuentran relaciones entre los pacientes, sukias, profetas, curanderos y la comunidad en la cual el eje de las relaciones es la confianza<sup>6</sup>.

#### **4. Atención al medio ambiente físico y ecológico**

La provisión de servicios de salud adopta una estrategia de acción ambiental, básicamente preventiva y participativa en el nivel local que reconoce el derecho del ser humano a vivir en un ambiente sano y adecuado. Los pobladores deben ser informados sobre los riesgos del ambiente en relación con su salud, bienestar y supervivencia<sup>6</sup>.

Parte de la provisión de servicios al medio ambiente físico y ecológico es una comunidad que 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<sup>6</sup>.

##### **3.6.1.5 Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud**

El Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud, es un conjunto de beneficios de servicios de salud para toda la población que incluye acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. 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<sup>4</sup>.

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<sup>7</sup>.
- **Servicios de protección y prevención en salud:** Son acciones encaminadas a prevenir el daño y mantener el bienestar de la población.
- **Servicios para la atención oportuna del daño:** Son acciones dirigidas a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas<sup>7</sup>.

Las acciones de salud a brindar por ámbito del conjunto de prestaciones de salud serán definidas por ciclo de vida y ámbitos de atención, identificando las que tienen mejor efectividad para la resolución de la situación de salud del país. Ninguno de los regímenes puede ofrecer a sus beneficiarios, menos prestaciones que las enunciadas en el conjunto de prestaciones de servicios de salud<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> 7. 4 Ministerio de Salud de Nicaragua. SILAIS de León. Modelo de Salud Familiar y Comunitario un nuevo abordaje de la salud en Nicaragua. Presentación de avances de su implementación. León, octubre del 2009.

8. Humberto de Espínola, Blanca R. La educación médica y los cambios en el sector salud. universidad nacional del nordeste, argentina. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2000. Documento oficial.



### **Servicios públicos en salud**

1. Educación higiénica
2. Educación en salud
3. Inmunizaciones
4. Promoción a la salud
5. Prevención y control de las principales enfermedades transmisibles y Tropicales
6. Vigilancia y control de agua, alimentos, desechos sólidos y líquidos, medicamentos y otros productos relacionados con la salud, sustancias tóxicas y peligrosas<sup>7</sup>.

### **Servicios de protección y prevención en salud**

1. Atención prenatal, parto, y puerperio
2. Atención inmediata del recién nacido
3. Cuidados de la nutrición
4. Detección temprana del cáncer de cérvix y mama
5. Planificación familiar<sup>7</sup>.

### **Modalidades de Entrega de los Servicios**

La entrega de servicios de salud a la población en cantidad suficiente y con calidad para la satisfacción de sus necesidades básicas de salud y para el abordaje a los principales daños a la misma, requieren organizarla en las Unidades de Salud 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<sup>9</sup>.

La efectividad de los servicios de salud requiere de combinaciones adecuadas de modalidades de entregas de los mismos, de forma tal que se logre hacer sinergia entre



la actuación de los diferentes proveedores de servicios de salud de la red: públicos, privados y comunitarios:

- 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)<sup>9</sup>.
- 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 anti epidémica, Prevención de desastres<sup>5</sup>.

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 o preferencia del sector en horarios convenientes para la población<sup>9</sup>.

Esta atención debe estar dirigida a grupos especiales de población, como es el caso de embarazadas, niños (as), crónicos y discapacitados<sup>9</sup>.

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.

Los proveedores de salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, establecerán vínculo permanente con las diferentes expresiones organizadas de la comunidad a fin de acercar los servicios de salud a las personas, familia y comunidad con énfasis en aquellas situaciones de vulnerabilidad, garantizando que estos servicios sean entregados de manera sistemática y oportuna. La provisión de servicios de salud debe estar enfocada fundamentalmente en la promoción y prevención de la salud, la que se basa en el fortalecimiento de la participación ciudadana como sujeto activo en la búsqueda de la



salud de su comunidad. Para ello se deberán desarrollar diversos mecanismos de coordinación y organización fomentando así la co-responsabilidad social<sup>98</sup>.

### **3.7 Niveles de atención**

Los 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<sup>109</sup>.

Cada nivel de atención, constituye un conjunto de acciones en salud, tanto para preservar la salud como para recuperarla, que utiliza métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas y, son puestos al alcance de todas las personas, las familias y comunidad<sup>10</sup>.

Según la legislación vigente se definen tres niveles: primer nivel de atención, segundo nivel de atención y tercer nivel de atención<sup>10</sup>.

Son funciones comunes a los tres niveles de atención las siguientes:

Desarrollo de funciones administrativas de planificación, organización, ejecución y control de las acciones en salud, en coordinación y corresponsabilidad con la familia, comunidad y demás actores sociales<sup>10</sup>.

Coordinación con el resto de unidades de la red a través del sistema de Referencia y Contra referencia de pacientes.

Mejoramiento continuo de la calidad, mediante el intercambio de experiencias entre los niveles de atención, la capacitación de recursos humanos, y la gestión de nuevas tecnologías, entre otros<sup>10</sup>.

La vigilancia de la salud.

---

<sup>8</sup> Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Renewing Primary Health Care in the Americas. A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization. Disponible en: <http://www.paho.org/english/AD/THS/PrimaryHealthCare.pdf>

<sup>9</sup> 10. OPS, 2003. A 25 años de la conferencia de Alma-Ata: ¿qué fue del lema "salud para todos"? Comunicado de Prensa, Washington D.C., 28 de Agosto. En: [www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps030828.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps030828.htm). Consultado en febrero de 2021



### **a) Primer nivel de atención**

Es el primer escalón de la organización del modelo de atención integral y está dirigido a resolver las necesidades básicas de salud más frecuentes de la población, considerando que estas necesidades, se resuelven con tecnologías simples, de baja complejidad y efectivas.

Aborda los problemas más frecuentes de la comunidad y proporciona servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, capaces de maximizar la salud y el bienestar de la población. Los servicios de este nivel se prestan a la persona, la familia y la comunidad<sup>6</sup>.

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.** Se considera 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 salud, las acciones de higiene<sup>10</sup>.

a la comunidad que comprende la vigilancia de la correcta eliminación de basuras y aguas, la vigilancia de la calidad del agua de consumo humano, el fomento de la higiene domiciliar y de la higiene personal, la higiene de los alimentos, incluyendo el control a los procesadores, expendedores y manipuladores de alimentos, la higiene de los locales de reunión, el control de vectores transmisores de enfermedades tropicales, el conjunto de servicios de promoción de la salud y protección inespecífica y específica<sup>1</sup>.

**Servicios de detección temprana, atención oportuna y rehabilitación adecuada de los principales problemas de salud.** Entre estos pueden mencionarse las enfermedades prevalentes de la infancia, las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH / SIDA, enfermedades de transmisión vectorial, la tuberculosis, los

---

<sup>10</sup> . 6 Organización mundial de la salud. Oficina panamericana de la salud. Los modelos de atención en salud en el sistema de salud de Nicaragua: Una revisión desde la perspectiva de la ley general de salud #423. Documento oficial.



cánceres ginecológicos, la atención o referencia a emergencias, las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, asma, etc.), la rehabilitación basada en la comunidad<sup>1</sup>.

**Servicios de fomento del desarrollo saludable de grupos de población vulnerable.**

En esto cuentan los referidos a la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo de los niños, las acciones de atención 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 acciones dirigidas a adultos mayores. Incluye acciones ambientales (físico y ecológico) preventivas<sup>1</sup>.

**b) 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 y terapéuticos) no pueden ser resueltos en el nivel precedente, por lo que requieren una atención especializada<sup>1</sup>.

El ingreso a este nivel puede ser solicitado desde el primer nivel, a través de dos modalidades: la inter consulta y la referencia. Las emergencias se atienden de forma directa, sin necesidad de una consulta de los facultativos del primer nivel<sup>1</sup>.

Las competencias de este nivel de atención se expresan en una gama de servicios clasificados en:

- ✓ Servicios ambulatorios: para atención de morbilidad a través de consulta médica de especialidades y otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos<sup>1</sup>.
- ✓ Servicios de internamiento: para la atención especializada de cuadros patológicos agudos, intervenciones quirúrgicas, atención de emergencias, partos, agudización de casos crónicos y estudio de casos<sup>1</sup>.
- ✓ Servicios de rehabilitación.
- ✓ Promoción y prevención integral.



### **c) Tercer nivel de atención**

Aunque en Nicaragua no existe como tal, se identifican servicios especializados en algunas áreas importantes<sup>1</sup>.

Es el nivel responsable de proporcionar servicios de salud 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. Desarrolla actividades científicas dirigidas al desarrollo tecnológico y a la generación de nuevos conocimientos aplicables a la realidad del país, mediante la investigación<sup>1</sup>.

#### **3.8 Proveedores de servicios de salud**

Los proveedores de servicios de salud son personas naturales o jurídicas, públicas, privadas o mixtas, nacionales o extranjeras debidamente autorizados, que tienen por objetivo la provisión de servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación de salud que requiere la población. Incluye cualquier otro proveedor cuya actividad sea brindar servicios que incidan de manera directa o indirecta en la salud del usuario<sup>7</sup>.

Para la provisión de los servicios de salud se requiere de una serie de recursos básicos que incluye: el personal sanitario y comunitario, las instalaciones sanitarias y los bienes de consumo, médicos y no médicos, así como la organización de los mismos<sup>7</sup>.

La cantidad y calidad de servicios a disposición de la comunidad depende en gran medida de la capacidad de convocatoria de las instancias de conducción sectorial, para la movilización de los recursos que la sociedad tiene a través de diferentes proveedores de servicios de salud<sup>7</sup>.

Los establecimientos que presten servicios de salud deben estar debidamente habilitados. Su categorización será definida de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Salud<sup>7</sup>.

Los proveedores brindarán sus servicios de salud en los establecimientos y en la comunidad estableciendo una interacción con la misma. La interacción con la comunidad será realizada a través de la red comunitaria existente, para esto cada establecimiento



de salud, tendrá identificada su red y establecido los mecanismos de coordinación de forma sistemática<sup>11</sup>.

### **3.9 Componente de gestión**

El 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<sup>7</sup>.

La descentralización entendida como una forma de organización administrativa en la cual se confiere a través de una ley, autoridad, competencia, funciones y recursos que antes eran ejercidos o administrados por entidades sectoriales centrales, a entidades territoriales con autonomía política, administrativa y financiera. Estas entidades territoriales son personas jurídicas de derecho público, tienen patrimonio propio y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones<sup>7</sup>.

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. El ente gubernamental desconcentrado no tiene patrimonio propio ni personalidad jurídica, su status legal y presupuesto devienen del ministerio al que está vinculado jerárquicamente, es la estrategia predominante en el sector público<sup>7</sup>.

Para desarrollar y consolidar la implementación del componente de gestión, el MINSA coordinará y promoverá la participación del sector público, privado y comunitario.

Son elementos constitutivos del componente de gestión:

1. Organización: Roles y estructura de la gestión en salud<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Ministerio de Salud de Nicaragua. SILAIS de León. Modelo de Salud Familiar y Comunitario un nuevo abordaje de la salud en Nicaragua. Presentación de avances de su implementación. León, octubre del 2009.



2. Participación Ciudadana:

✓ Espacios de Concertación

✓ Control Social

1. Planificación en Salud:

2. Control de la Gestión

✓ Sistema de Garantía de la calidad

✓ Sistema de Información para la toma de decisiones:

✓ Procesos evaluativos<sup>11</sup>.

1. Recursos:

✓ Desarrollo del Talento Humano

✓ Recursos Físicos □ Recursos Financieros

✓ Suministros<sup>11</sup>.

El desarrollo de estos procesos contribuye a:

✓ Generar capacidades de gerencia de los recursos asignados al territorio

✓ Redimensionar el campo de acción, funciones y responsabilidades de los diferentes niveles de gestión del sector de salud<sup>11</sup>.

✓ Trasladar la toma de decisiones a los equipos de conducción a nivel local sobre la captura y administración del conjunto de recursos requeridos en la provisión de servicios de salud<sup>8</sup>.



- ✓ Articular el accionar del sector social en el mejoramiento de la salud a nivel local<sup>12</sup>.
- ✓ Equidad en la asignación y utilización de recursos.
- ✓ Mejorar de manera continua la calidad de los servicios de salud.
- ✓ Fortalecer los mecanismos de control social en el sector salud
- ✓ Incrementar la efectividad del accionar del sector salud
- ✓ Mejoramiento sostenido de la salud en las personas, familia y la comunidad<sup>11</sup>.

**Actividades: Objetivos de Procesos.**

1. Definir actividades de cada nivel de atención.
2. Elaborar normas para operacionalizar y fortalecer la red.
3. Diseño y Organización de redes complementarias.
4. Adecuación de los niveles para el adecuado desempeño de acuerdo al diseño.
5. Difusión institucional y pública de cómo se diseña la red y su funcionamiento<sup>11</sup>.

**Actividades: Objetivos de Estructura.**

1. Reconocer los recursos privados, públicos, etc.
2. Reconocer servicios existentes
3. identificación y convocatoria de los líderes<sup>11</sup>.

**Organización del Sector: Roles y estructuras de la gestión en salud**

---

<sup>12</sup>.<sup>8</sup> Sarah Johnson. Administración de Recursos Humanos: Fortaleciendo capacidad para mejorar el desempeño de la reforma del sector salud y las organizaciones de salud. *Iniciativa de Reforma del Sector Salud en Latinoamérica y el Caribe (LAC)* Noviembre 2000. Documento oficial.



## **Sistema de Salud**

De acuerdo a la Ley General de Salud, se entiende por Sistema de Salud a la totalidad de elementos o componentes del sistema social que se relacionan, en forma directa o indirecta, con la salud de la población<sup>7</sup>.

## **Sector Salud**

Se define Sector Salud como el conjunto de Instituciones, Organizaciones, personas, Establecimientos Públicos o Privados, actores, Programas y actividades, cuyo objetivo principal, frente al individuo, la familia y la comunidad, es la atención de la salud en sus diferentes acciones de prevención, promoción recuperación y rehabilitación<sup>7</sup>.

**El Ministerio de Salud como órgano rector del sector**, coordina, organiza, supervisa, inspecciona, controla, regula, ordena y vigila las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con las disposiciones legales especiales<sup>7</sup>.

**El Sistema Local de Atención Integral en Salud**, concentra un conjunto de recursos, sectoriales e intersectoriales de salud, bajo una conducción única y responsable del desarrollo de la salud, en un área de territorio y población determinada, según las prioridades y necesidades territoriales que se establezcan y que justifiquen este desarrollo institucional<sup>7</sup>.

Este sistema tiene una expresión administrativa-operativa en las siguientes instancias:

1.- A nivel de las Regiones Autónomas se considerará **Equipo de Conducción de Salud a nivel regional**, a las Comisiones de Salud de los Consejos

Regionales son el órgano consultivo del sistema de salud de las regiones autónomas, siendo la Secretarías de Salud las máximas autoridades técnicas de salud de la región,



las que establecen coordinación directa con el nivel central del MINSA y el SILAIS, que actúa como instancia de enlace<sup>7</sup>.

**2.- A nivel de las otras regiones del país se considerará Equipo de Conducción de salud a nivel departamental y regional:** a los miembros de la sede del SILAIS, siendo la autoridad sanitaria representante del órgano rector, como unidad administrativa garantiza la articulación y el cumplimiento de las leyes, políticas, normas, planes, programas y proyectos de salud a nivel sectorial e intersectorial. Dispone de mecanismos de articulación con la red de servicios de salud, estructuras y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales con presencia a nivel municipal y departamental<sup>7</sup>.

**3.-Equipos de Conducción de salud a Nivel Municipal:** Son los miembros de la sede municipal de salud, siendo la autoridad sanitaria en este nivel del territorio, donde se concentra y operativiza un conjunto de recursos sectoriales, intersectoriales y comunitarios, bajo una conducción única y responsable del desarrollo de la salud, según las prioridades y necesidades territoriales que se establezcan y justifiquen su desarrollo local. Dispone de mecanismos de articulación con las estructuras y organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias a nivel municipal. Cuenta con el Sector como unidad básica territorial para la entrega del conjunto de prestaciones de servicios de salud<sup>7</sup>.

**4.-Equipo conductor de Salud Familiar y comunitario del Sector:** Son responsables de desarrollar acciones de promoción y prevención en coordinación con la red de agentes comunitarios, este equipo facilita la organización para la acción y control de las actividades sanitarias se desarrollan por el Equipo de Salud Familiar y la red comunitaria. Contaran con una Sede de Sector que será el lugar o establecimiento de referencia de la red comunitaria donde confluye con el Equipo de Salud Familiar para coordinar y planificar las acciones de salud a desarrollarse en el territorio<sup>9</sup>.

**5.-Comunidad:** Del latín común-unidad. Es la interacción social viva y dinámica, integrada por el conjunto de familias interactuando unas con otras en un espacio



concreto. Se desarrolla en el escenario político, económico y social. También se desarrolla en un Medio ambiente o entorno. Forma parte intrínseca de la realidad de las personas y la familia. Es la dimensión privilegiada para la interacción y la integración de las personas y de las familias y por tanto en él se debe de actuar con acciones de promoción y prevención<sup>13</sup>.

**Según el Arto. 175 Cn. El territorio nacional se divide para su administración en departamentos, regiones autónomas y municipios.**

Según el Arto. 1 de la Ley 40-261, Reformas e Incorporaciones a la Ley No. 40, Ley de los Municipios, **El municipio** es la unidad base de la división política administrativa del país, se organiza y funciona con la participación ciudadana. Son elementos esenciales del municipio: El territorio, la población y su gobierno<sup>7</sup>.

**Territorio**, es el ámbito o espacio territorial en el que el municipio ejerce sus funciones<sup>7</sup>.

**Población**, son las personas que habitualmente viven y que de forma temporal se encuentran en el territorio.

**Gobierno**, está formado por los representantes de la población que vive en el municipio, los cuales son electos mediante el voto<sup>7</sup>.

Así mismo es importante destacar para efectos de fortalecer las redes de servicios, el principio de subsidiaridad establecido en el párrafo tercero del artículo 2 de la Ley 40-261, ya citada, en el que se lee: Cualquier materia que incida en el desarrollo socio-económico de la circunscripción territorial de cada Municipio, y cualquier función que pueda ser cumplida de manera eficiente dentro de su jurisdicción o que requiera para su cumplimiento de una relación estrecha con su propia comunidad, debe de estar reservada para el ámbito de competencias de los mismos municipios. Estos tienen el deber de desarrollar su capacidad técnica, administrativa y financiera, a fin de que puedan asumir las competencias que le correspondan<sup>7</sup>.

---

<sup>13</sup>. <sup>9</sup> Ministerio de Salud de Nicaragua. SILAIS de León. Modelo de Salud Familiar y Comunitario un nuevo abordaje de la salud en Nicaragua. Presentación de avances de su implementación. León, octubre del 2009.



En función de lo anterior es conveniente señalar que es posible establecer convenios de delegación entre el MINSA y los Gobiernos Locales, tal como se dispone en el Arto. 11 “Los Gobiernos Municipales, previa aprobación de sus respectivos Concejos, podrán contratar con el Poder Ejecutivo la delegación de atribuciones que correspondan a la administración central, acompañada de la transferencia de los recursos necesarios para la ejecución de la obra o la prestación del servicio”<sup>7</sup>.

Esta articulación es fundamental ya que el nivel local de gobierno tiene competencia en salud, tales como:

**Promover la salud y la higiene comunal. Para tales fines deberá:**

- a. Realizar la limpieza pública por medio de la recolección, tratamiento y disposición de los desechos sólidos.
- b. Responsabilizarse de la higiene comunal, realizando el drenaje pluvial y la eliminación de charcas.
- c. Coordinar con los organismos correspondientes la construcción y mantenimiento de puestos y centros de salud urbanos y rurales.
- d. Promover y participar en las campañas de higiene y de salud preventiva en coordinación con los organismos correspondientes<sup>14</sup>.

**Sector:** Es un área territorial determinada salud por un número de habitantes. Unidad Territorial epidemiológica, social y de producción de la salud donde se desarrollan acciones de promoción y prevención en coordinación con la red de agentes comunitarios<sup>10</sup>.

### **3.10 Participación Ciudadana**

Dado el rol relevante de la participación ciudadana en el proceso de transformación del sistema de salud y su posicionamiento en la estructura territorial, es importante considerar lo establecido en la Ley 475 de participación ciudadana, en la que se 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

---

<sup>14</sup> . 10 Nicaragua. Ley General de Salud, Ley 423. La Gaceta Diario Oficial Año CVI, N° 91 del 17 de Mayo de 2002. Artículos 5 y



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<sup>4</sup>.

Para ejercer con responsabilidad la participación ciudadana en el desarrollo local 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<sup>4</sup>.

Como resultado de la participación efectiva y activa de la población se logra un Control Social de la gestión, lo que permite una mayor transparencia y eficiencia en el uso de los recursos, logrando así un mayor impacto en los resultados de las acciones en salud y de otros sectores<sup>4</sup>.



## **IV. DISEÑO METODOLOGICO**

### **4.1 Tipo de estudio.**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal debido a que se utiliza una Metodología para deducir una situación o circunstancia, además que se incluye una población en específico para determinar la participación del MINSA en la atención primaria en salud.

### **4.2 Área de estudio.**

El estudio se realizó en el barrio Sutiava Norte, Municipio de León.

### **4.3 Universo.**

El universo comprende toda la población del barrio Sutiava Norte (3,200 habitantes) del municipio de León.

### **4.4 Muestra.**

La muestra consta de 200 habitantes del barrio Sutiava Norte, León. Para identificar la participación del MINSA en la atención primaria de salud. Es una muestra por conveniencia siendo representativa para toda la población.

### **4.5 Tipo de Muestreo.**

No probabilístico, por conveniencia, debido a que se seleccionó a la población que cumple las características de nuestro estudio.

### **4.6 Criterios de inclusión.**

- ✓ Personas que habitan en el barrio Sutiava Norte de León.
- ✓ Habitantes que muestren disponibilidad en la realización del estudio.



- ✓ Personas que gozan de programas que brinda el Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

#### **4.7 Criterios de exclusión.**

- ✓ Personas que no sean habitantes del barrio Sutiava Norte, León.
- ✓ Habitantes que no deseen participar en el estudio.
- ✓ Personas que sean del barrio Sutiava Sur.

#### **4.8 Variables.**

- ✓ Características socio demográficas de la Población del barrio Sutiava Norte.
- ✓ Actividades del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.
- ✓ Programas que brinda el Modelo de Salud Familiar y Comunitario.



#### 4.9 Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual.	Definición operacional	Indicador	Escala
<b>Edad</b>	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta el momento en que se hace el cálculo o hasta la fecha de su fallecimiento.	Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació.	- 15-35 - 36-56 - 57-77 - >78	%
<b>Sexo</b>	El sexo es el conjunto de las particularidades que caracterizan los individuos de una especie.	Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer.	- Masculino. - Femenino.	%
<b>Estado civil</b>	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Condición social que norma una relación individual como pareja	- Soltero. - Casado. - Unión de hecho estable. - Viudo.	%
<b>Religión</b>	Conjunto de creencias religiosas, de normas de	Es la profesión de fe de las personas	- Evangélica - Católica	%



	comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano.	hacia determinado credo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Testigo de Jehová</li> <li>- Mormón</li> <li>- Adventista</li> <li>- Sabatista</li> </ul>	
<b>Escolaridad</b>	Periodo de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender.	Conjunto de cursos que fueron recibidos por el sujeto de estudio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primaria</li> <li>- Secundaria</li> <li>- Universidad</li> <li>- Ninguna</li> </ul>	%
<b>Actividades del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.</b>	Las actividades del MOSAFC ES un proceso integral y continuo que centra su atención en las familias y la comunidad, priorizando las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas en sus	Aspecto social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención centrada en las personas.</li> <li>- Atención centrada a las familias.</li> <li>- Atención centrada a la comunidad.</li> <li>- Atención al medio ambiente físico y ecológico</li> </ul>	%



	comunidades en específico.			
<b>Programas que brinda el Modelo de Salud Familiar y Comunitario.</b>	La provisión de servicios es el conjunto de acciones concretas, definidas y organizadas que se brindan a la población y su ambiente, a través de una red de servicios articulados.	Servicios de salud.	Población Abordaje de la atención en salud a la población. Conjunto de Prestaciones de Salud por ciclos de vida. Modalidades de entrega de los servicios. Organización para la provisión de servicios	%
<b>Grado de satisfacción de la población.</b>	La satisfacción representa el grado de cumplimiento de las expectativas de un cliente tras recibir un servicio o producto.  Este grado de cumplimiento se calcula como la diferencia entre el valor percibido por el cliente y las	Estado social.	- Muy satisfecho - Satisfecho - Parcialmente satisfecho - Insatisfecho - Muy insatisfecho	%



---

---

	expectativas que este tenía antes de recibir el servicio o producto.			
--	--	--	--	--



#### **4.10 Fuente y obtención de la información.**

La fuente de información fue primaria, ya que se aplicó una encuesta a la muestra representativa sobre la participación del MINSA en la atención primaria de salud en el barrio Sutiava norte del municipio de León.

Fuente secundaria; se utilizaron diversos medios de apoyo, tales como: Libros, web gráficas, artículos científicos, Modelo de salud Familiar y Comunitario.

#### **4.11 Técnica e instrumento de recolección de la información.**

Instrumento: Encuesta aplicada a la población en estudio.

La información se recolectó elaborando un instrumento diseñado para el presente estudio tipo encuesta. De esta misma manera los resultados fueron tabulados en tablas de frecuencia y posteriormente serán agrupados y graficados usando el programa Microsoft Excel.

#### **4.12 Procesamiento y análisis de los datos**

Se realizó una encuesta a la población en estudio para recopilar la información sobre la participación de la población en los programas que brinda el MINSA a través del Modelo de Salud y Comunitario. Para ello se diseñó un cuestionario que constara de preguntas cerradas.



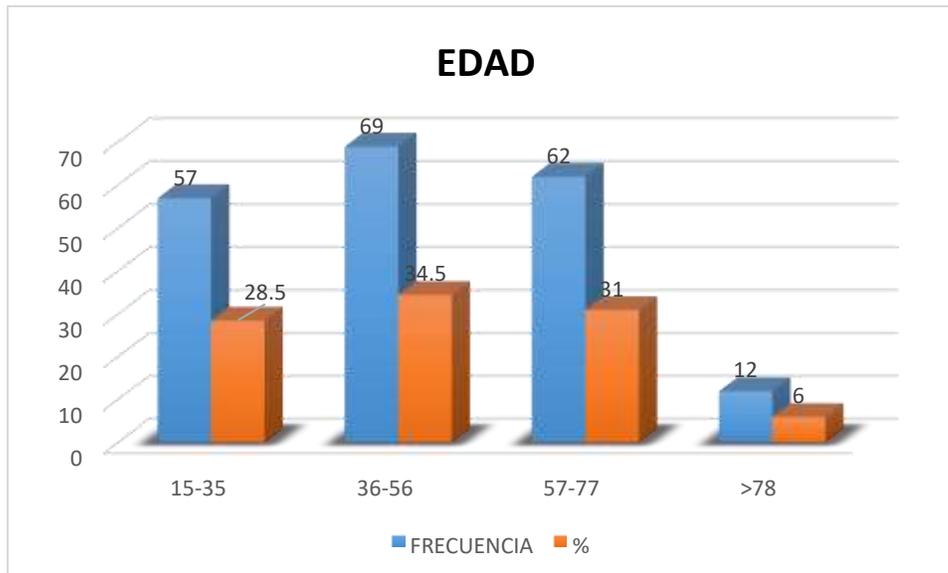
#### **4.13 Aspectos éticos.**

Este estudio no tiene grandes implicancias éticas en la medida de que no interviene en los aspectos fisiológicos, físicos, éticos, ni morales de los participantes. Los nombres de las personas encuestadas no serán tomados en cuenta en ninguno de los instrumentos diseñados y se asegurará la estricta confidencialidad, privacidad, respeto y sigilo profesional.



## VII. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

GRAFICO No 1. EDAD

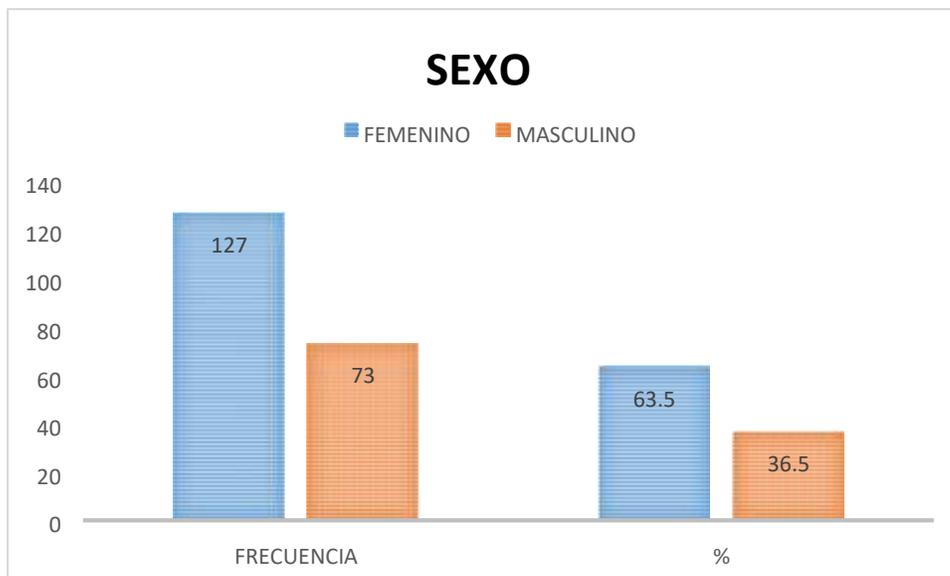


**Fuente:** Encuesta aplicada a la población.

Mediante el instrumento de recolección de datos aplicado a la población en estudio, se logró percibir que las edades que más predominan en los habitantes incluidos en la muestra de estudio oscilan entre 36-56 años en un 34.5% equivalente a 69 habitantes, seguido de 31% entre las edades de 57-77 años, finalmente un 6% que son mayores de 78 años.



**GRAFICO No 2. SEXO**

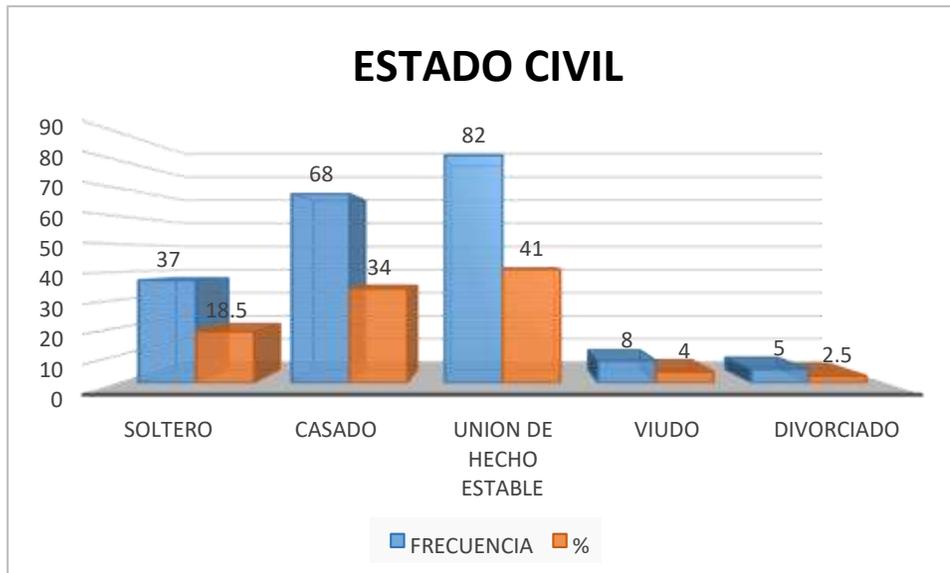


**Fuente: Encuesta aplicada a la población.**

De los 200 habitantes encuestados un 63.5% de la población incluida en el estudio y que cumple con las principales características, son del sexo femenino, lo cual equivale a 127 habitantes y un 36.5% del sexo masculino equivalente a 73 habitantes. Identificando en su mayoría de mujeres que son participes del estudio y proporcionaron información valiosa para dar respuesta a nuestra investigación.



**GRAFICO No 3. ESTADO CIVIL**

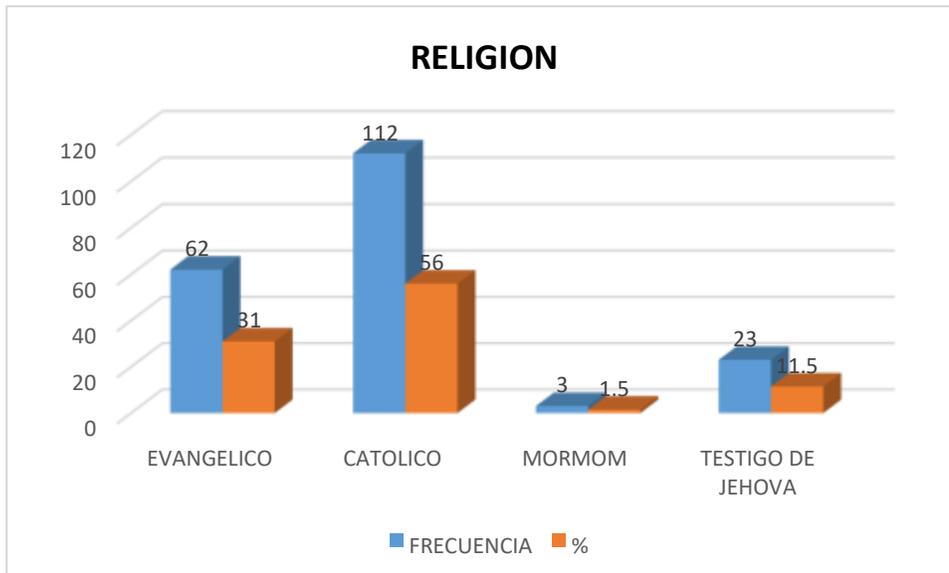


**Fuente: Encuesta aplicada a la población.**

Referente al estado civil de la población del barrio Sutiava Norte, León, sobre la participación del Ministerio de Salud en la atención primaria de la salud, nos indica que un 41% de la población tienen unión de hecho estable equivalente a 82 habitantes, seguido de un 34% que están casados y en su minoría 2,5% que se encuentran divorciados, correspondiente a 5 habitantes del total incluido en la muestra.



**GRAFICO No 4. RELIGION**

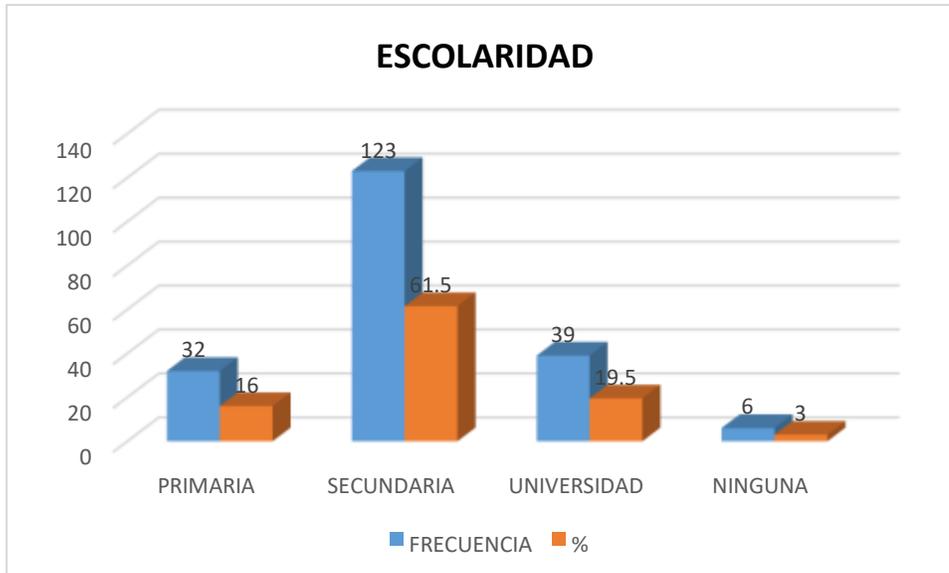


**Fuente: Encuesta aplicada a la población.**

Mediante la aplicación del instrumento de recolección de la información de la población incluida en el estudio, de acuerdo a la religión el 56% profesa el catolicismo correspondiente a 112 habitantes, seguido de un 31% que son evangélicos, equivalente a 62 habitantes y en su minoría un 1,5% que practican la religión, mormones.



**GRAFICO No 5. ESCOLARIDAD**

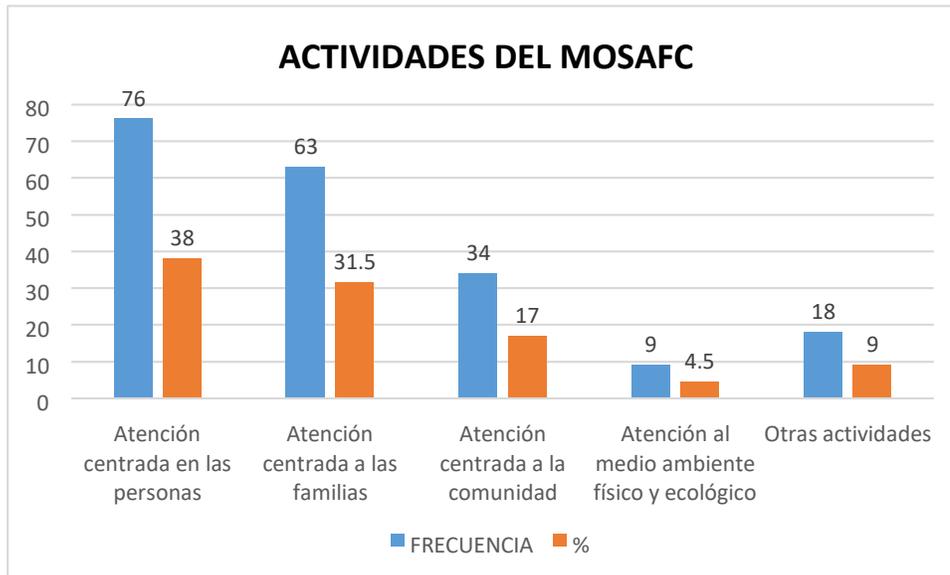


**Fuente: Encuesta aplicada a la población.**

De acuerdo a la escolaridad de la población incluida en nuestro estudio se logra percibir que la mayoría culmino sus estudios de secundaria con 61.5% equivalente a 123 habitantes, seguido de un 19.5% que equivale a 39 personas que culminaron sus estudios universitarios, un 16% que realizaron y culminaron los estudios de primaria, correspondientes a 32 habitantes y en su minoría un 3% que no cursaron ningún tipo de estudio.



**GRAFICO No 6. ACTIVIDADES DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO.**

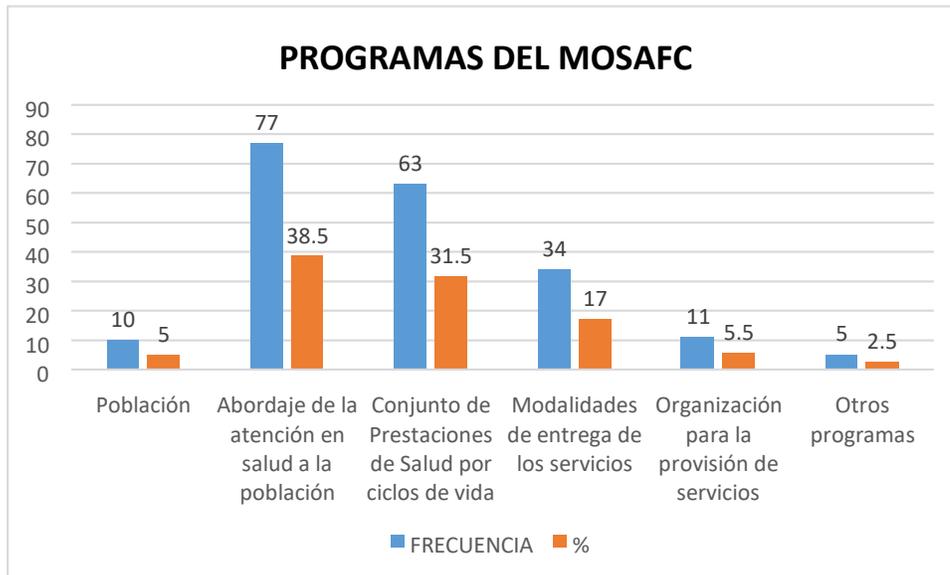


**Fuente: Encuesta aplicada a la población.**

Tomando en consideración la participación del Ministerio de Salud en la atención primaria de salud, se logró identificar que existe una atención centrada en las personas del barrio Sutiava Norte, con un 38% que equivale a decir 78 habitantes, seguido de un 31.5% de la población que ha sido participe de la atención centrada a las familias, con un 17% afirma que ha sido incluido en las actividades relacionadas a la atención centrada a la comunidad. De esta manera se logra identificar que la población incluida en el estudio han sido miembros activos de las actividades que impulsa el Modelo de Salud Familiar y Comunitario.



**GRAFICO No 7. PROGRAMAS DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO.**

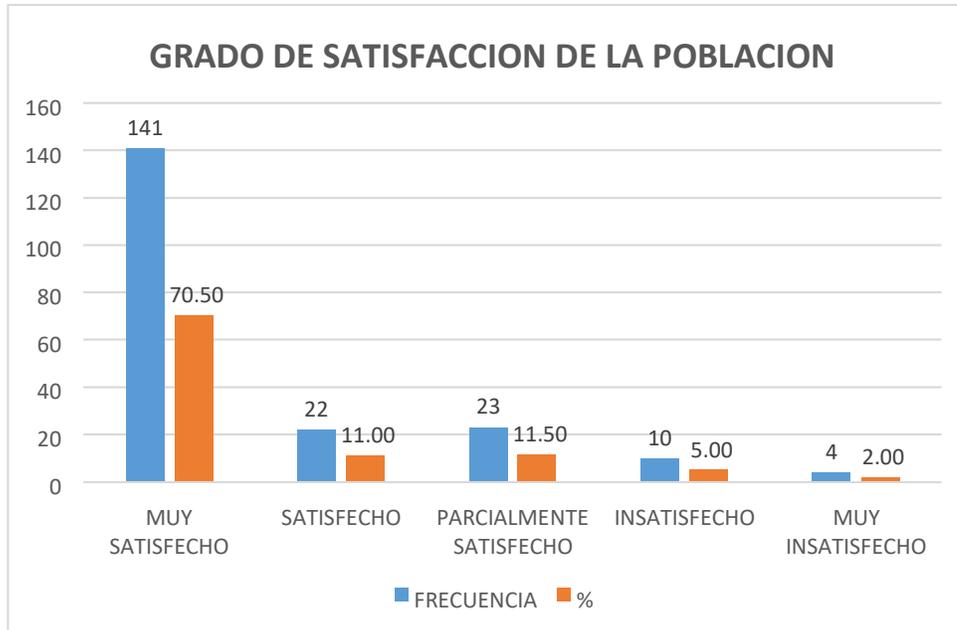


**Fuente: Encuesta aplicada a la población.**

Según la diversidad de programas brindados por medio del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, se logra apreciar que el abordaje de la atención en salud a la población es el principal eje en un 38.5% que equivale a decir 77 habitantes incluidos en el estudio. Seguido de un 31.5% siendo el segundo eje como un conjunto de prestaciones de salud por ciclos de vida y un 17% que incluye modalidades de entrega de los servicios de salud con eficacia, calidez y seguridad a la población del barrio de Sutiava Norte.



**GRAFICO No 8. GRADO DE SATISFACCION**

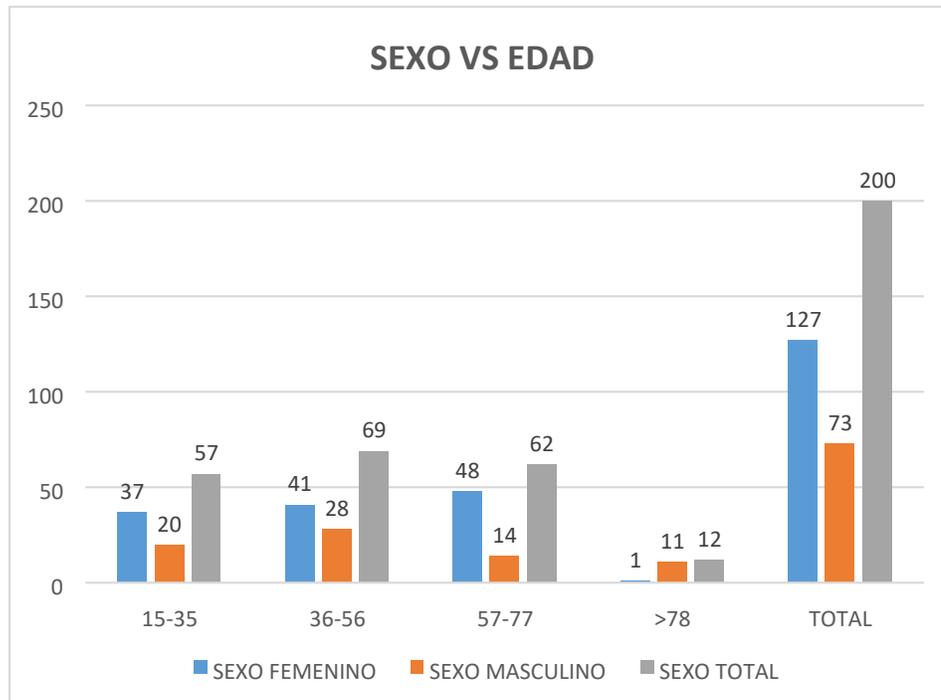


**Fuente: Encuesta aplicada a la población.**

Tomando en consideración de la aplicación del instrumento de recolección de datos aplicado a la población en estudio nos indica que en su mayoría el grado de satisfacción de la población a la atención brindada por parte del ministerio de salud. Un 70.5% nos indica estar muy satisfecho el cual equivale a 141 miembros que forman parte de nuestra población de interés e incluida en el estudio, seguido de 11% que nos señala estar muy satisfecho de la atención que se le ha brindado.



GRAFICO No 9. SEXO VS EDAD.

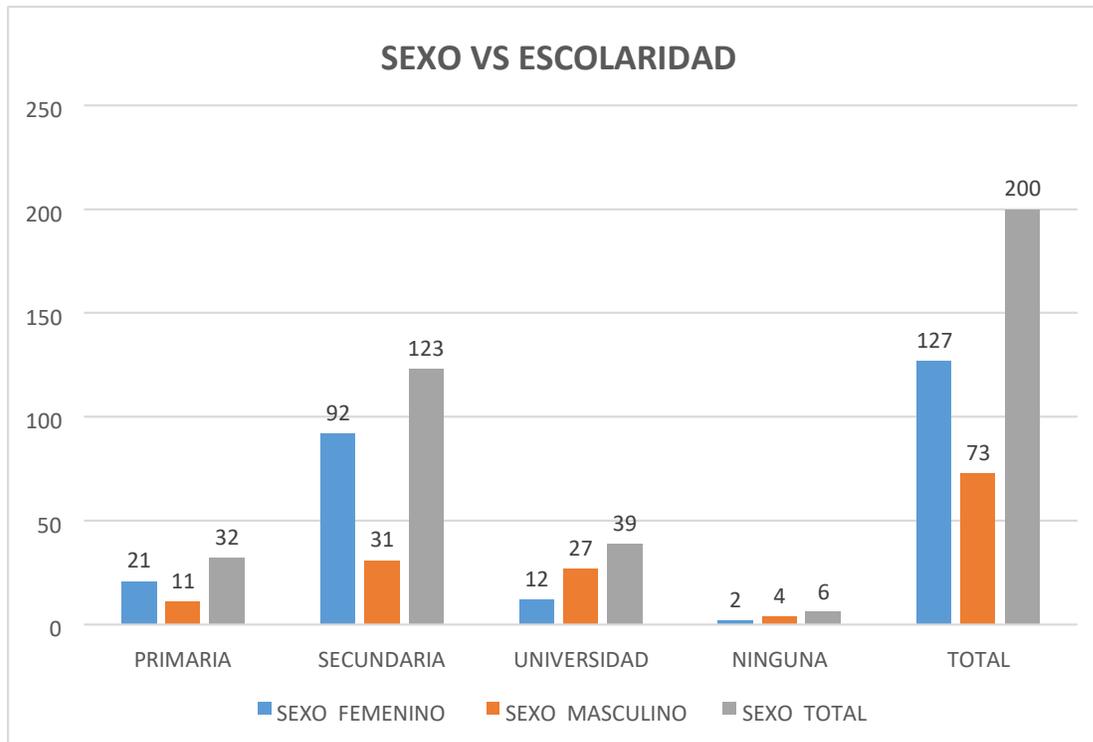


**Fuente: Encuesta aplicada a la población.**

De acuerdo a los datos recopilados de la población en estudio del barrio Sutiava Norte, León, logramos identificar en el cruce Sexo Vs Edad que 69 miembros de la población oscilan entre las edades de 36-56, de las cuales 41 son del sexo Femenino y 28 del sexo Masculino, seguido con 62 miembros de la población participe que se encuentran entre las edades de 57-77, de las cuales 48 corresponden al sexo Femenino y 14 del sexo Masculino.



**GRAFICO No 10. SEXO vs ESCOLARIDAD**

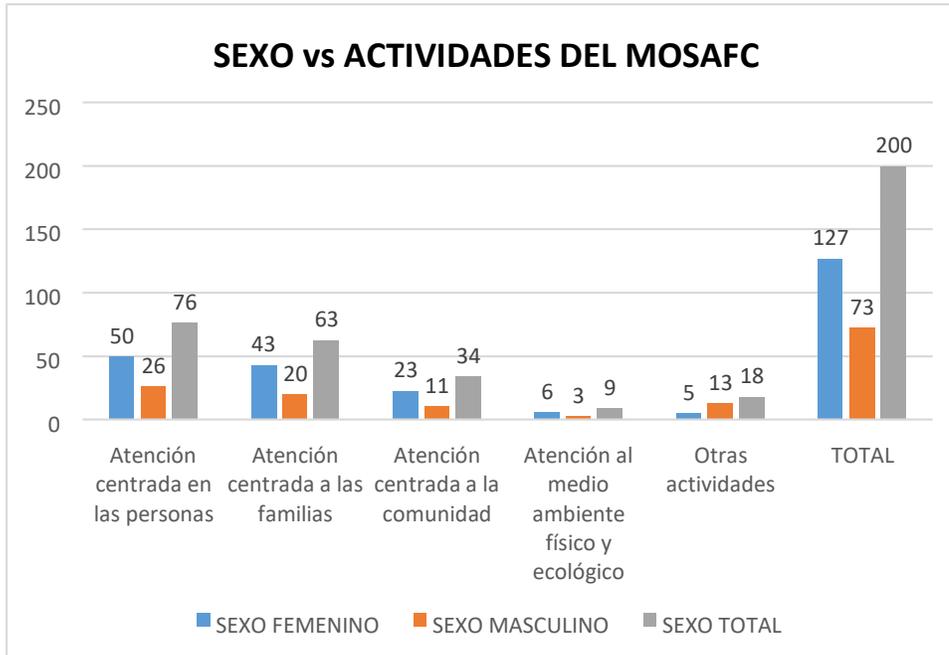


**Fuente: Encuesta aplicada a la población.**

Mediante el proceso de recolección de datos de la población, se logra identificar en el cruce Sexo vs Escolaridad, que la mayoría (123 habitantes) de la población ha cursado su secundaria, tomando en consideración que 92 de ellos corresponden al sexo Femenino y 31 al sexo Masculino, seguidamente con 39 habitantes que han cursado la universidad, de los cuales 27 son del sexo Femenino y 12 del sexo Masculino.



GRAFICO No 11. SEXO vs ACTIVIDADES DEL MOSAFC

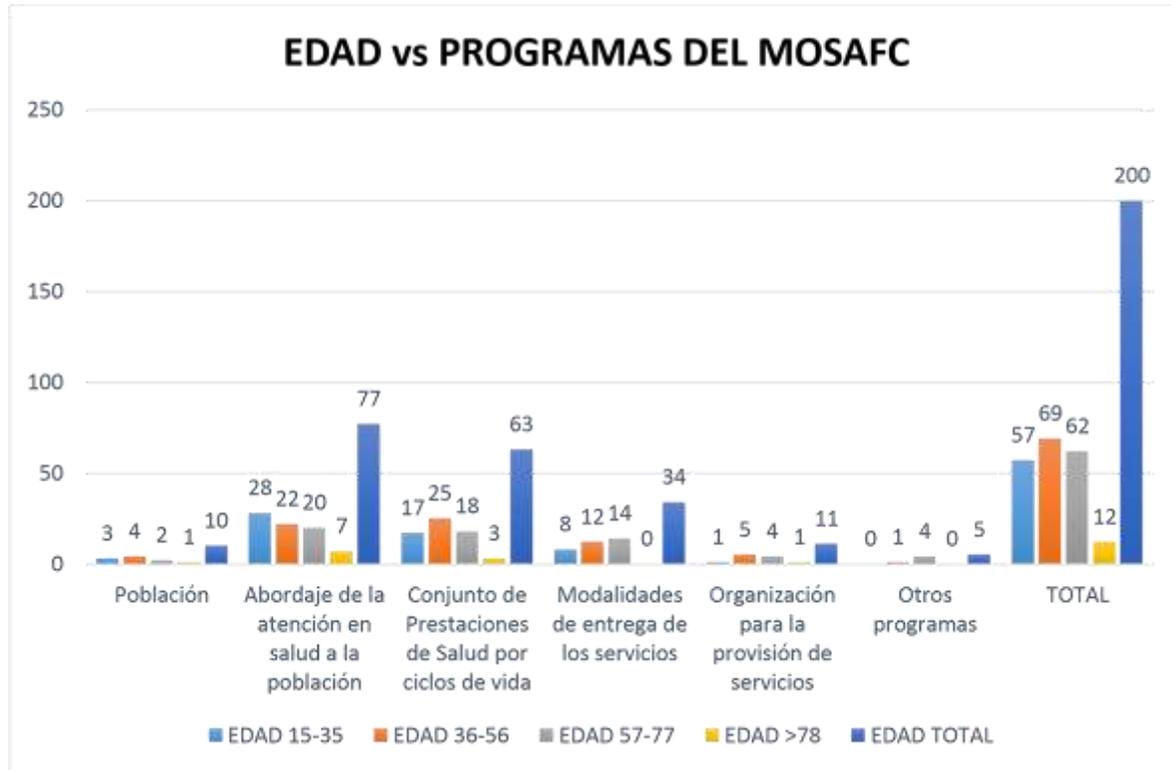


**Fuente: Encuesta aplicada a la población.**

Mediante la aplicación del instrumento de recolección de datos, acerca de la participación del MINSA en la atención primaria de salud en la población del barrio Sutiava, Norte. Se logra apreciar que un 38% de la población ha sido integrado en las actividades de atención centrada a las personas, de la cual 50 son del sexo femenino y 26 del sexo masculino, de igual forma se logra apreciar que el 31.5% de la población ha sido participe de las actividades de atención centradas a las familias de las cuales 43 corresponden al sexo femenino y 20 al sexo masculino.



**GRAFICO No 12. EDAD vs PROGRAMAS DEL MOSAFC**

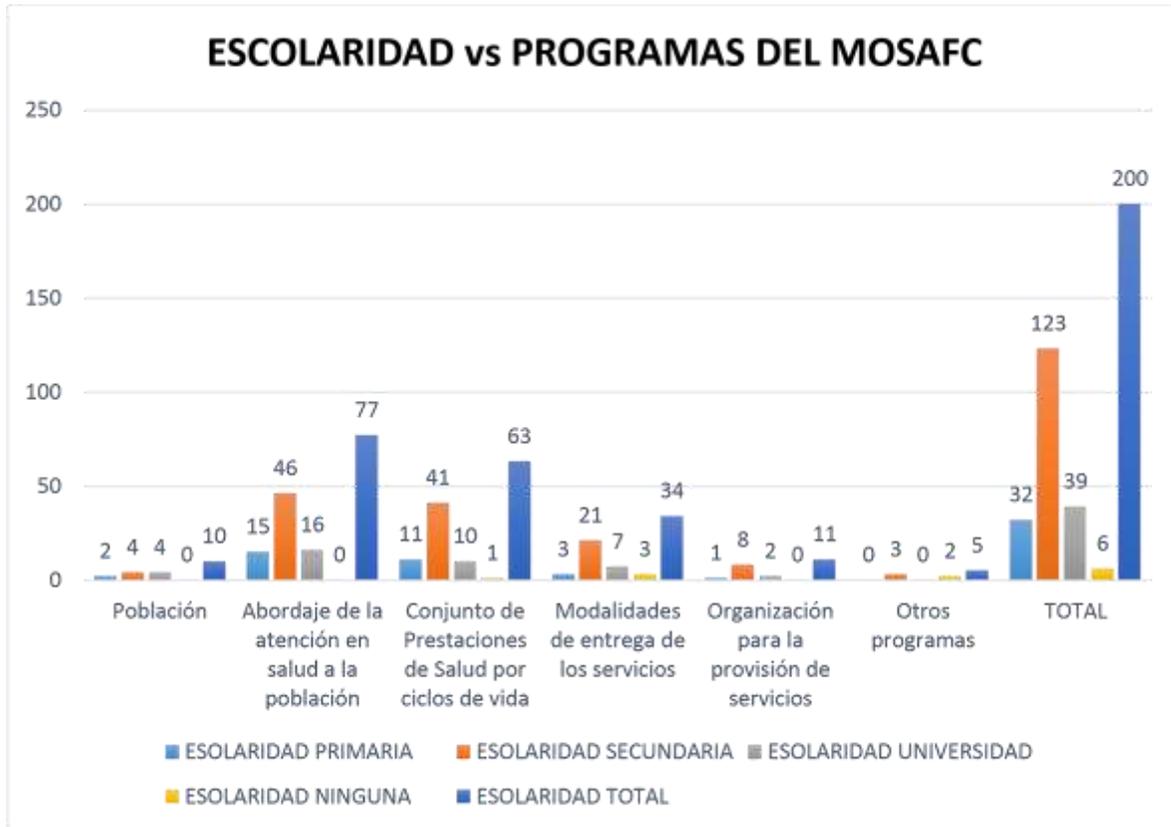


**Fuente: Encuesta aplicada a la población.**

En referencia a los programas que impulsa el Modelo de Salud Familiar y Comunitario vs Edad, se logró identificar que el abordaje por parte del MINSA a la atención en salud a la población en el barrio Sutiava, Norte es muy elevado en un 38.5% que equivale a decir, 28 personas entre las edades de 15-35, 22 personas entre las edades de 36-56 y en su minoría 7 habitantes de edades superiores de 78 años. De igual forma se percibe que un 31.5% de la población ha sido incluida en el conjunto de prestaciones de salud por ciclos de vida.



GRAFICO No 13. ESCOLARIDAD vs PROGRAMAS DEL MOSAFC

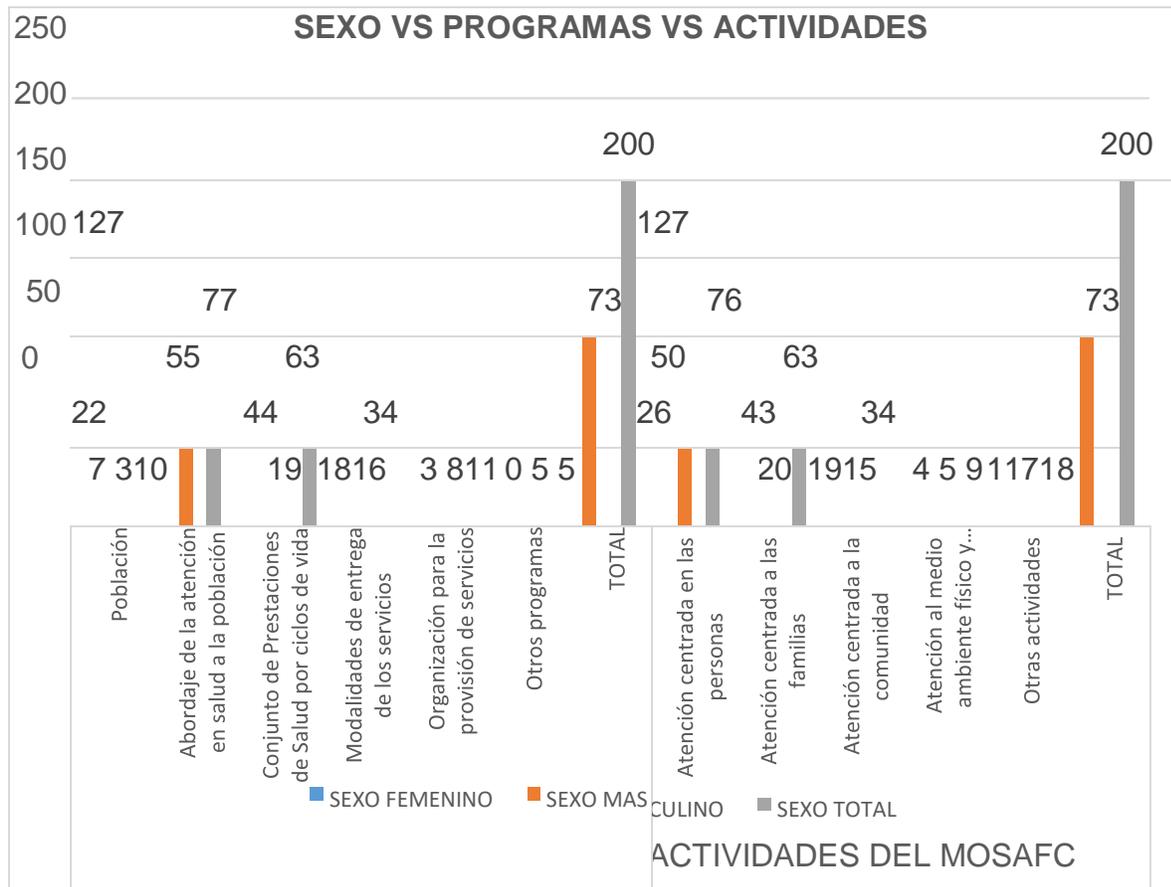


Fuente: Encuesta aplicada a la población.

De acuerdo a la relación que existe entre la Escolaridad vs Programas brindados por el Modelo de salud familiar y comunitario, se identificó que 38.5% es participe del abordaje de la atención en salud a la población, de los cuales 48 habitantes tienen aprobada la secundaria, 16 cursaron y contienen un título universitario. De esta misma manera se logra identificar que el 31.5% que integran el programa del conjunto de prestaciones de salud por ciclos de vida, de los cuales 41 han cursado la secundaria, 10 habitantes han cursado primaria.



**GRAFICO No 14. SEXO VS PROGRAMAS DEL MOSAFC VS ACTIVIDADES DEL MOSAFC.**

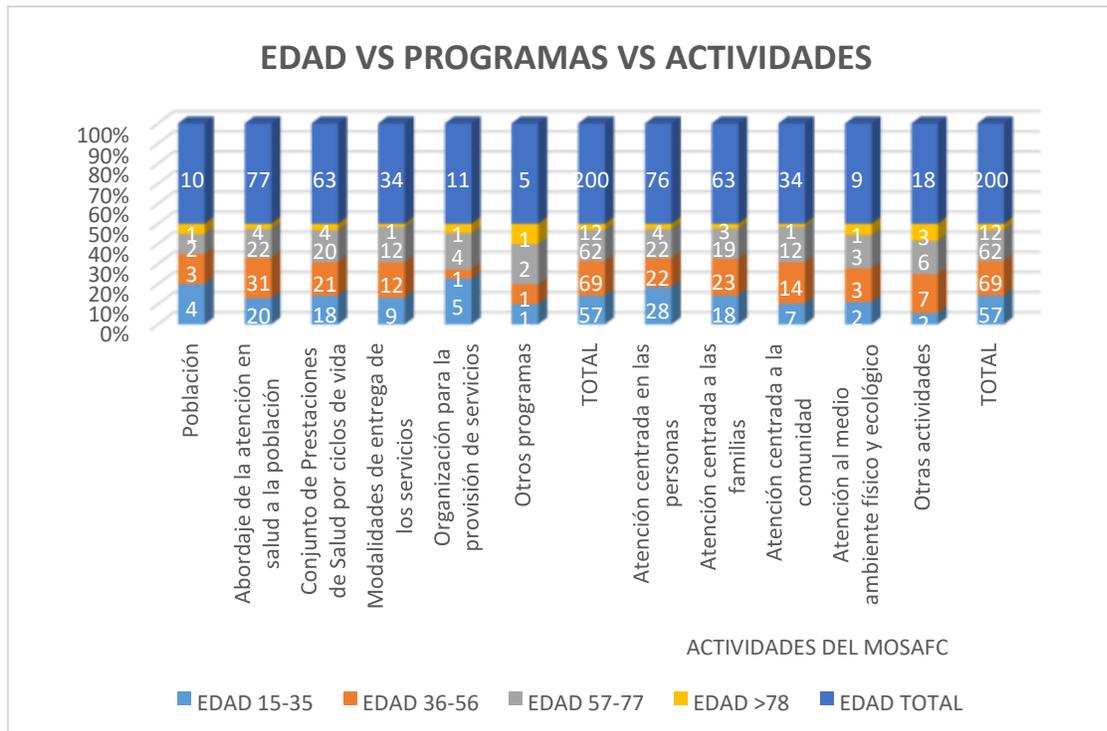


**Fuente: Encuesta aplicada a la población.**

Mediante la aplicación del instrumento de recolección de datos a la población incluida en el estudio, del barrio Sutiava- Norte, León, nos indica que en el cruce de variables sexo vs programas vs actividades, se logra percibir que en su mayoría el abordaje de la atención en salud a la población es donde mayor participación tiene la población con un total de 77 miembros de los cuales 55 pertenecen al sexo Femenino y 22 al sexo Masculino, seguidamente se muestra que otro de los principales programas brindado por parte del MINSA es el conjunto de prestaciones de salud por ciclos de vida y en su mayoría son del sexo Femenino. De esta misma manera, la actividad en la que mayormente participa la población es la atención centrada en las personas con 76 miembros activos, de los cuales 50 de ellos son del sexo Femenino y 26 del sexo Masculino.



**GRAFICO No 15. EDAD VS PROGRAMAS VS ACTIVIDADES**



**Fuente: Encuesta aplicada a la población.**

Una vez aplicado el instrumento de recolección de datos a la población en estudio, nos permite percibir que en el cruce de variables Edad vs Programas vs Actividades, que en los programas que hay mayor participación con 77 miembros de la población corresponde al abordaje de la atención en salud a la población, de los cuales 31 oscilan entre las edades 36-56 años de edad, seguido de 22 participantes que oscilan entre las edades 57-77, otro de los programas que mayor participación tiene por parte de la población es el conjunto de prestaciones de salud por ciclos de vida, de los cuales 21 corresponden a las edades de 36-56, seguido de 20 miembros que corresponden a las edades de 57-77. Respecto a las actividades realizadas por el modelo de salud familiar y comunitario en la que mayor participación tiene la población es en la atención centrada en las personas con 76 miembros activos, de los cuales 28 están entre las edades de 15-35 años, seguido de 22 participantes que oscilan entre las edades 36-56 y 57-77 respectivamente.



---

## VIII. CONCLUSION

El trabajo Comunitario es considerado por los trabajadores de la salud como uno de los elementos esenciales del Primer Nivel de atención, orientado a la búsqueda de problemas de salud y sus alternativas de solución, a través de acciones de Salud; dirigidas a comunidades y grupos de riesgos, realizado en el seno de la comunidad por el personal de salud y la participación comunitaria.

La parte medular del trabajo comunitario es la promoción y educación en salud. No obviando que en la modalidad de trabajo comunitario realizado en zonas de difícil acceso (campo ó áreas rurales) deben realizarse actividades que conlleven a una atención integral del individuo, familia y comunidad con el fin de disminuir oportunidades perdidas, aumentar coberturas y satisfacer la demanda de los usuarios.

Encontramos una fuerte tendencia de la participación del MINSA en la atención primaria de la salud en el barrio Sutiava Norte, implementando aquellas actividades de carácter oportuno, eficaz y de calidad en todas las actividades impulsadas por el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, principalmente aquellas actividades centradas a las personas como individuo y actividades centradas en la atención a las familias. Esto juega un peso importante tomando en consideración el principal objetivo del MOSAFC, la atención primaria a toda la población, principalmente en lugares donde se dificulte el acceso a la salud.

El diseño de programas demuestra y refleja en sí el compromiso con las políticas institucionales y para el MOSAFC un nuevo quehacer centrado en las acciones de atención primaria y promoción de la salud, de esta manera se especificó que el abordaje de la atención en salud a la población y el conjunto de prestaciones de salud por ciclos de vida son los principales programas en el cual son incluidos los habitantes del barrio Sutiava Norte, León. Sin embargo, una de las dificultades observadas fue la no inclusión en todos los programas y actividades que abarca el Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

En la atención primaria de la salud es de suma importancia y se muestra a través del trato y la atención que se le brinda a la población, es por ello que a través de nuestro



estudio se logró percibir que, tanto los programas como las actividades que son impulsadas por el Modelo de Salud Familiar y Comunitario para el bienestar propio de la población, tiene una gran aceptación y gran satisfacción por parte de la población, logrando percibirse un 70.5% que nos indicaban estar muy satisfecho por la atención brindado por miembros del Ministerio de Salud.



---

## **IX. RECOMENDACIONES**

### **Al Ministerio de Salud**

- Desarrollar desde el MINSA una amplia discusión sobre las actividades y programas para el completo desarrollo del nuevo MOSAF, ya que ello implica cambios de comportamientos en el personal y principalmente cambios en la atención brindada a la comunidad.
- Capacitar a todo el personal involucrado en la atención primaria de salud, como apoyo sostenido de las actividades que especifica el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, además de capacitación a los directores de los Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria.
- Desarrollar indicadores de estructura, procesos y resultados vinculados con el modelo que permitan generar mejoras en los resultados hacia la comunidad.

### **A la Facultad de Ciencias Químicas.**

- Desarrollar actividades de proyección social y extensión universitaria que involucre a los estudiantes y las comunidades que tienen una mayor dificultad de acceso a la atención primaria de la salud y demás servicios involucrados en el MOSAFC.
- Realizar con mayor frecuencia estudios relacionados a las necesidades básicas de la población en los lugares rurales donde se dificulte el acceso a los diferentes servicios primarios de la salud.

### **A la población.**

- Hacer uso adecuado de los servicios de salud en atención primaria que les brinda el modelo de salud familiar y comunitario.
- Participar en todos los programas que están dirigidos a la población y, principalmente ser participe en las actividades que se realizan en pro de la mejora de la salud y promoción de la misma.



---

## X. BIBLIOGRAFIA

1. Humberto de Espínola, Blanca R. La educación médica y los cambios en el sector salud. universidad nacional del nordeste, argentina. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2000. Documento oficial.
2. Ministerio de salud de Nicaragua. Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Managua, julio 2,008. Documento oficial.
3. Ministerio de Salud de Nicaragua. Organización Panamericana de salud. Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud. Serie SILAIS. Primer Informe de Progreso. Managua, Marzo 1992
4. Ministerio de Salud de Nicaragua. SILAIS de León. Modelo de Salud Familiar y Comunitario un nuevo abordaje de la salud en Nicaragua. Presentación de avances de su implementación. León, octubre del 2009.
5. Nicaragua. Ley General de Salud, Ley 423. La Gaceta Diario Oficial Año CVI, N° 91 del 17 de Mayo de 2002. Artículos 5 y 50; p. 3474 y 3483.
6. OPS, 2003. A 25 años de la conferencia de Alma-Ata: ¿qué fue del lema "salud para todos"?. Comunicado de Prensa, Washington D.C., 28 de Agosto. En: [www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps030828.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps030828.htm). Consultado en febrero de 2021.
7. Organización mundial de la salud. Oficina panamericana de la salud. Los modelos de atención en salud en el sistema de salud de Nicaragua: Una revisión desde la perspectiva de la ley general de salud #423. Documento oficial.
8. Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Renewing Primary Health Care in the Americas. A Position Paper of the Pan merican Health Organization/World Health Organization. Disponible en: <http://www.paho.org/english/AD/THS/PrimaryHealthCare.pdf>
9. Roa R, Siede J, Ruiz Morosini ML. Medicina Familiar. Bases para un nuevo modelo de atención. Editorial Akadia. Buenos Aires, 1997



10. Rubinstein, Adolfo. Medicina Familiar y Comunitaria. Bases y Fundamentos de la Práctica de la Medicina Familiar. Editora Médica Panamericana S.A. Buenos Aires, 2001:3.
11. Sarah Johnson. Administración de Recursos Humanos: Fortaleciendo capacidad para mejorar el desempeño de la reforma del sector salud y las organizaciones de salud. *Iniciativa de Reforma del Sector Salud en Latinoamérica y el Caribe (LAC)* Noviembre 2000. Documento oficial.
12. Silva Gómez, Edelmira, Influencia del medio ambiente en la organización familiar. Universidad Santo Tomás de Aquino. Bogotá. 1975. p.33



---

**XI. ANEXOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, LEON  
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS  
CARRERA DE FARMACIA.  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS FARMACEUTICOS.**

**ENCUESTA**

Encuesta Dirigida A La Población Del Barrio Sutiaba Norte, León, Sobre La Participación Del MINSA En La Atención Primaria De Salud.

**Lugar Y Fecha:**

**Edad:**

- a. 15-35
- b. 36-56
- c. 57-77
- d. >78

**Sexo:**

- a. Masculino
- b. Femenino



A continuación, se presenta una serie de aspectos a considerar para conocer la opinión de la población respecto a las variables en estudio.

**1. Estado civil.**

- a. Soltero.
- b. Casado.
- c. Unión de hecho estable.
- d. Viudo.
- e. Divorciado.

**2. Religión.**

- a. Evangélica
- b. Católica
- c. Testigo de Jehová
- d. Mormón

**3. Escolaridad.**

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Universidad
- d. Ninguna



**4. ¿Cuál de las siguientes Actividades que ofrece el Modelo de Salud Familiar y Comunitario en el barrio Sutiava Norte, León ha sido participe?**

- a. Atención centrada en las personas.
- b. Atención centrada a las familias.
- c. Atención centrada a la comunidad.
- d. Atención al medio ambiente físico y ecológico.
- e. Otras actividades.

**5. De los programas que brinda el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, ¿de cuáles ha gozado en el primer semestre del 2021?**

- a. Población
- b. Abordaje de la atención en salud a la población.
- c. Conjunto de Prestaciones de Salud por ciclos de vida.
- d. Modalidades de entrega de los servicios.
- e. Organización para la provisión de servicios.
- f. Otros programas.

**6. ¿Cuál es el grado de satisfacción de la población a los programas que brinda el Modelo de Salud Familiar y Comunitario?**

- a. Muy Satisfecho
- b. Satisfecho
- c. Parcialmente satisfecho
- d. Insatisfecho
- e. Muy insatisfecho