

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
Facultad de Ciencias Médicas  
UNAN – León**

---

Escuela de Postgrado en Epidemiología y Salud



Tesis para optar título de:

**“Máster en Salud Pública”**

***Avance en la implementación del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria en las Unidades de Salud del casco urbano del municipio de León. 2,010.***

**Autores:**

*Dra. Alba Luz Ruiz Reyes  
Dr. Pedro Pablo Pichardo H.*

**Tutor:**

*Dr. Juan Almendárez Peralta*

**León, Junio del 2,011.**

*¡A la libertad por la universidad!*

*Cuando el trabajo es placentero deja de ser una obligación para convertirse en una forma de vida.*

## **Dedicatoria**

**Dedico este trabajo a:**

- *Dios en primer lugar por darnos todos los días un nuevo amanecer de esperanza.*
- *Mis hijos que me han llenado de motivación para concluir esta investigación.*
- *Mi esposo que me ha apoyado con voluntad y esmero para la culminación de mi tesis.*
- *Mi Madre una ancianita que siempre me está dando energía para seguir adelante.*

***Alba Luz Ruiz Reyes***

## **Dedicatoria**

***Dedico este trabajo a;***

- ***Dios quien me ha permitido llegar a este feliz momento***
- ***Mi esposa quien me ha brindado amor, comprensión y el apoyo en todo momento.***
- ***Mi hijo quien es mi motivo e ilusión en mi vida.***
- ***Mi madre de quien recibo consejos y bendiciones para seguir adelante.***

***Pedro Pablo Pichardo H.***

## **Agradecimientos**

*Agradecemos con mucho cariño a:*

- *Al nuestro tutor Dr. Almendárez por haber dedicado su tiempo y sus conocimientos en el desarrollo de nuestra tesis.*
- *Todos los Médicos, Enfermer@s y Auxiliares de Enfermería que laboran en los tres Centros de Salud de León: “Mantica Berio”, “Perla María Norori” y “Sutiaba que nos apoyaron en el llenado de encuesta.*
- *Todos los que colaboraron con su apoyo en llevar a cabo nuestros trabajos investigativos.*

## Resumen

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.

Ello implicó búsqueda de información en las unidades y Equipos de trabajo de los tres Centros de Salud del municipio de León.

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. En estructura y los procesos de trabajos desarrollados de la dimensión técnica, los trabajadores dan a entender que no fueron los mejores para la implementación del modelo, aunque hay aceptación con los resultados. En la dimensión interpersonal, los trabajadores perciben que, existe una sobrecarga de trabajo y de poco reconocimiento a la labor realizada.

Hacen falta cambios en los procesos de gestión y de evaluación para la implementación del modelo, lo que está dificultando el desarrollo del modelo, que tiene una apariencia de estar en estos momentos detenido y se expresa en la falta de planes.

Se recomienda desarrollar desde el SILAIS una amplia discusión sobre los procesos de gestión requeridos para el desarrollo del nuevo modelo. Desarrollar indicadores de estructura, procesos y resultados del modelo que permitan generar mayores compromisos con el modelo. Capacitar a los Equipos de conducción en el apoyo sostenido de a las actividades a realizar y por último Implementar políticas de estímulo a los trabajadores.

# Índice

---

<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
1) Introducción	1
2) Antecedentes	3
3) Justificación	4
4) Planteamiento del problema	4
5) Objetivos	5
6) Marco teórico	6
7) Diseño metodológico	30
8) Resultados	33
9) Discusión de resultados	58
10) Conclusiones	63
11) Recomendaciones	64
12) Bibliografía	65
13) Anexos	68

---

# Introducción

En muchos países del mundo se busca transformar la administración, regulación, financiamiento y prestación de servicios de salud a fin de alcanzar una mayor eficiencia, efectividad y un mayor impacto. Este ha sido el origen de los procesos de reforma en que se han embarcado muchos países de todos los niveles de desarrollo económico y con todos los tipos de sistemas políticos desde la mitad del siglo pasado<sup>1</sup>.

Nicaragua ha desarrollado diferentes procesos de reforma del sector salud. **Primera Reforma: Inicia en 1948 con la creación de los Ministerios de Salubridad Pública, en 1955: Seguridad Social y Juntas de Locales de Asistencia y Previsión Social y el Modelo de Salud Segmentado:** Tres instituciones, cada una encargada de la rectoría, financiamiento y prestación de los servicios En 1980 se da la creación del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS) como un primer esfuerzo en concentrar diversas instituciones en una sola con fines de rectorar todo el sistema, asume el enfoque filosófico de Atención Primaria en Salud como estrategia (APS). En 1991, se generan cambios en el sistema que traen consigo una desconcentración de la autoridad normativa a nivel departamental creándose los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), la atención primaria en salud pasó a ser un programa de atención de bajo costo y en otros momentos un nivel de atención de baja complejidad. Sin embargo los problemas de eficiencia llegaron a proponer en el 2002, la creación de otro modelo: Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) cuya meta era organizar los esfuerzos asistenciales a sectores específicos de atención. Si bien acercaba la atención a la población, el modelo requería cambios sustanciales en lo asistencial y normativo<sup>2</sup>.

A pesar de los esfuerzos institucionales y el apoyo de la comunidad internacional el MAIS no se llegó a establecer, persistiendo la problemática que había generado su creación<sup>3</sup>.

El análisis de situación de salud 2007, indica problemas en la equidad del acceso a los servicios de salud y en la calidad de los mismos. Considerándose necesario para dar

salida a los compromisos institucionales de la ley general de salud 423<sup>4</sup> y su reglamento<sup>5</sup> mediante la creación de un nuevo modelo: El modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).

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<sup>6</sup>, así como su implementación equitativa y eficiente en un espacio geográfico-poblacional determinado, variable de acuerdo a los elementos que lo caracterizan.

Este cambio de Modelo de Salud se vincula a la renovación de la APS y constituye una ruta para lograr la Equidad en el sector, un reto que obliga a garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención a los grupos más excluidos socialmente<sup>2</sup>.

Este Modelo de Salud esta enfocado a la atención en salud a la comunidad, donde se privilegia a cada familia nicaragüense, principalmente las más vulnerables. Asimismo, aborda a las personas en todos los ciclos de vida como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y prevención de su salud, atención al daño y rehabilitación con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas al control del medio ambiente<sup>7</sup>.

En aproximadamente dos años de iniciarse la implementación de este modelo, se han realizado algunos avances de sus fases previas. En León se reconocen institucionalmente avances en su implementación<sup>8</sup>. Sin embargo se sabe que el cambio de modelo tiene implicancias severas en los cambios de paradigmas, aspectos que no siempre son fáciles por lo que hemos considerado necesario hacer una evaluación de los avances de esta implementación que nos permitan identificar las fortalezas y debilidades de la implementación que nos permitan promover acciones de mejora que ayuden al sistema a alcanzar su eficiencia y eficacia al menor tiempo y costo posible.

## Antecedentes

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”<sup>9</sup>.

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 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 **basa** fundamental de los Sistemas de Salud en la APS<sup>10</sup>.

El enfoque de la salud familiar y comunitaria no es completamente nuevo en la Región de las Américas. Hasta la fecha, varios países (Brasil, Chile, Costa Rica y Cuba) cuentan con programas de salud familiar y comunitaria bien establecidos y varios otros (Bolivia, Guatemala, Jamaica y Nicaragua<sup>11</sup>) están elaborando sus propios programas o están consolidando los programas existentes. Por otro lado, la Región en su totalidad todavía tiene que lograr un entendimiento común de la salud familiar y comunitaria basada en la estrategia de atención primaria de salud<sup>12</sup>.

En Nicaragua se ha implementando dicho modelo desde hace tres años, para ello se han desarrollado diversos esfuerzos normativos, de sensibilización, capacitación, organización del personal y metas concretas de su avance Sin embargo cualquier actividad involucra, de una u otra manera su evaluación<sup>13</sup>. El diseño y la ejecución del enfoque de salud familiar y comunitaria es una respuesta práctica a estos mandatos.

## **Justificación**

Los resultados de este estudio nos permitirán conocer el nivel de avances que se han obtenido en las unidades de salud del casco urbano del municipio de León, De esta manera podemos identificar las fortalezas y limitaciones que nos permitan orientar a los tomadores de decisiones sobre estrategias de mejoras en su implementación.

De tal forma que podamos aportar a la implementación, haciéndola más efectiva y eficiente en el menor tiempo posible.

## **Planteamiento del problema**

¿Cuál es la situación en que se encuentra la implementación del nuevo modelo de atención en salud (MOSAFC) en las unidades de Salud del casco urbano del municipio de León en el 2,010?

## Objetivos

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 en el segundo semestre del 2010. Específicamente:

- 1) El análisis de situación de la población dispensarizada que han realizado los equipos de trabajo en las unidades de salud del municipio.
- 2) La pertinencia que tienen las actividades y planes de intervención de las unidades de salud en función del quehacer que espera el nuevo modelo de atención en salud familiar y comunitaria.
- 3) La comprensión que tiene el personal de salud de la aplicación del nuevo modelo en el desarrollo de estrategias de atención a las familias y los grupos vulnerables.

## Marco teórico

Un Modelo sanitario es un conjunto de acciones colectivas que tienen como finalidad principal la promoción, recuperación y mantenimiento de la salud poblacional.

Los sistemas de salud a nivel mundial se encuentran en permanente proceso de reforma y adecuación hacia nuevas realidades epidemiológicas, sociales y económicas. La tendencia es buscar el modelo más eficiente posible que considere aspectos de equidad, acceso universal a la atención de la salud y contención de costos con altos niveles de calidad.

No existe en ninguna parte del mundo, una fórmula o un modelo de atención a la salud perfecta, que pueda ser extrapolado a otro país de manera idéntica al de su país de origen, máxime cuando se trata de países con desarrollo económico muy diferente.

Cualquier modelo nuevo que se defina tendrá ventajas, pero también seguramente arrojará sus inconvenientes. La idea es buscar aquel modelo sustituto que: supere en ventajas (acceso, calidad, equidad, eficiencia) al anterior, logre que las desventajas (inaccesibilidad, baja calidad, inequidad e ineficiencia) sean menores y, dentro de una realidad financiera, establezca mecanismos de contención de costos, pero también de incrementos presupuestales, (sobre todo con el fin de lograr ajustes en los rezagos), que en el largo plazo deben ser concordantes con el crecimiento económico del país.

En la historia de Nicaragua se han desarrollado varios modelos entre ellos se definen mejor los siguientes:

- 1) Antes de 1979, caracterizado por la presencia de varias sub instituciones públicas dirigidas por juntas con poca coordinación.
- 2) 1979 a 1990: Sistema Único de Salud: Centrado en un enfoque de Atención Primaria en Salud, amplia participación comunitaria y planificación centralizada.

- 3) 1990 a 2002: Se desarrollan planes de modernización centrado en la reducción del gasto público de salud.
- 4) 2002 al 2006: Se propone y se implementa parcialmente un modelo surgido de un enfoque eficientista (MAIS), orientado a organizar los servicios por sectores y crear equipos asistenciales para esos sectores.
- 5) 2007 a 2010: Se desarrolla el Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, orientado a la promoción de la salud, la participación social y fortalecimiento del rol institucional del sector salud. El modelo está en marcha.

La APS con enfoque familiar y comunitario<sup>14,15</sup>, articulada al enfoque promocional de calidad de vida<sup>16</sup> busca mejorar el acceso de la población mediante el primer contacto, la continuidad de la atención, el fortalecimiento de la coordinación de la acción sectorial e intersectorial y la participación comunitaria.

## **Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitario:**

### **1.- Definición**

MOSAFC, 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.

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.

## **2.- Objetivos del modelo**

De acuerdo con el Reglamento de la **Ley General de Salud**, Modelo de Salud Familiar y Comunitario<sup>4</sup>:

- a) 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.
- b) Satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población.
- c) Proteger de epidemias a la población
- d) Mejorar la calidad de los servicios, respondiendo a las expectativas de la población en recibir servicios de salud de calidad, con calidez humana.
- e) Fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial.

### **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>10</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.

#### **4.- Principios del modelo<sup>4</sup>**

##### **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.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario debe concretizar los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad y equidad<sup>4</sup>. Asimismo se asume el principio de accesibilidad de la **Política Nacional de Población<sup>17</sup>**, aprobada en el año 1997, que reconoce:

- “el respeto a los principios legales, 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”.

#### **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.

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.

#### **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.

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.

#### 4.4.- Coordinación entre los niveles de atención en salud

La coordinación debe ser lo suficientemente efectiva cómo 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.

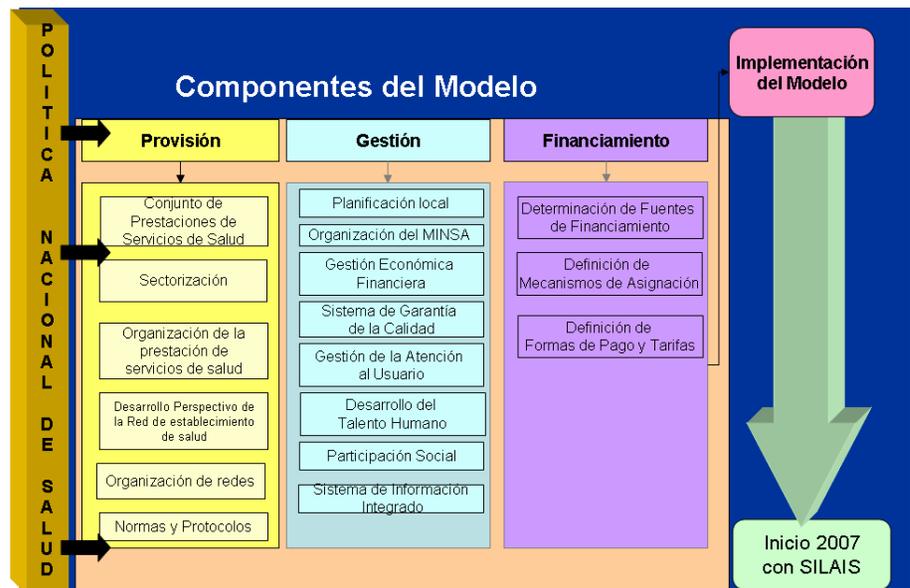
Esto se debe basar en una clara comprensión de parte del usuario, del personal que lo refiere a otro servicio o establecimiento en la red, así como también una comprensión clara del personal que lo recibe, acerca de la importancia y la responsabilidad de garantizar la atención continuada del usuario.

#### 5.- Componentes del Modelo:

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario tiene tres componentes: **provisión, gestión y financiamiento.**

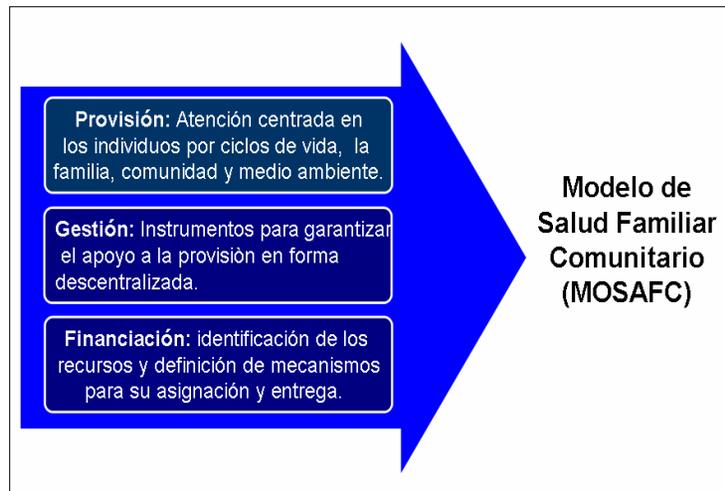
El Modelo de Salud Familiar y Comunitario es el producto de la

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.



## 5.1.- Componente de atención/ Provisión

Componente de provisión se sustenta en un Sistema Integrado de Servicios de Salud el cual se define como un conjunto de acciones concretas, Atención centrada en las personas por ciclo de vida, la familia comunidad y medio ambiente. Tomando en consideración el perfil epidemiológico, el riesgo, las diferencias de género y la vulnerabilidad del grupo poblacional.



Contempla como premisa central la promoción de hábitos y estilos de vida saludable, protección frente a las enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación de discapacidades. <sup>18</sup>, 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.

### 5.1.1.- Elementos de la provisión

Los elementos incluidos en este componente son:

- 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.

#### **5.1.1.1.- 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).

#### **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.

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*: 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.

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.

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.

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

Los diferentes regímenes de salud consideran especialmente a la población vulnerable<sup>4</sup>, 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 biopsicosocial, entre otros el binomio madre-niño, personas de la tercera edad y personas con discapacidad.

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).

### **5.1.1.2 Abordaje integral de la 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 atareó a que pertenezcan Es importante destacar la *aptitud cultural* en la atención.

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<sup>19</sup>. En su interior la familia tiene diferentes roles y funciones como la transmisión de valores y conductas,

El enfoque de atención centrada en la familia lleva al equipo de salud a conocer que factores están influyendo en sus problemas de salud . Se identifican factores de riesgo y daños en el seno de la familia, incluyendo condiciones de vida y otros determinantes de su salud.

*Atención centrada en la comunidad:* Las necesidades de salud son modificadas por su contexto socioeconómico.

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.

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>20</sup>. 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. 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.

*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>21</sup>.

## **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.

### **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
7. Vigilancia, investigación y control epidemiológico, epizootico y Entomológico y comunidad.

**Servicios de protección y prevención en salud:** Son acciones encaminadas a prevenir el daño y mantener el bienestar de la población.

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

1. Atención prenatal, parto, y puerperio
3. Atención inmediata del recién nacido
4. Cuidados de la nutrición
5. Detección temprana del cáncer de cérvix y mama
6. Planificación familiar
7. Promoción de la salud bucal
8. 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.

### **Servicios para atención oportuna del daño**

1. Atención a personas con discapacidad
2. Enfermedades prevalentes de la infancia
3. Emergencias médicas y seguimiento
4. Morbilidad ambulatoria
5. Pacientes con enfermedades crónicas
6. Problemas del recién nacido

7. Rehabilitación con base en la comunidad
8. Trastornos psiquiátricos

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

La entrega de servicios de salud a la población, requieren organizarla en las Unidades de Salud 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.

Se brindarán en la comunidad y los hogares por los equipos 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.

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 debe estar dirigida a grupos especiales de población, como es el caso de embarazadas, niños (as), crónicos y discapacitados.

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.

### **Organización para la provisión de servicios**

La Organización territorial de los servicios de salud sobre la base de un modelo de atención familiar y comunitaria 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.

Se necesita funcionar integralmente y complementariamente, siendo necesario coordinar y regular el accionar de los actores públicos y privados para evitar un funcionamiento independiente de los servicios de salud del Ministerio de Salud, evitando diferencias en la accesibilidad, cantidad y calidad de los servicios, que generen brechas en la atención para los más pobres.

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.

### **Organización de redes**

Una red de servicios de salud organizada, la conforman un conjunto de recursos comunitarios, establecimientos públicos y privados de diversa complejidad y modalidades de atención, que comparten objetivos comunes y se articulan entre sí, para ser capaz de responder a la mayoría de la demanda en salud de una población en un determinado territorio. Pueden ser sectorial, municipal, departamental, nacional y los vínculos que se puedan producir entre ellos.

Su propósito es aumentar la accesibilidad a los servicios de salud, reducir las brechas de atención y mejorar la continuidad de la atención y los cuidados a la salud.

Para la organización de la red de servicios, deben considerarse los siguientes criterios:

- Desarrollo del territorio o sector
- Accesibilidad
- Características de la población

- Oferta de servicios
- Tipos y número de establecimientos de salud existentes en el territorio articulado en redes.

## **Responsabilidad de la organización territorial de las redes de servicios**

*A nivel municipal*

*A nivel departamental*

Las redes de servicios de salud se conforman por establecimientos comunitarios, públicos y privados, que actúan de forma complementaria en la resolución de los problemas de salud de las familias nicaragüenses.

### *1. a) Establecimientos de Salud comunitarios*

- Casas Bases
- Casas Maternas
- Dispensarios médicos comunales

### *1.b) Establecimientos de salud públicos*

- Puesto de salud familiar y comunitario
- Centro de salud
- Hospital Primario
- Policlínico
- Hospital departamental
- Hospital regional con su centro de diagnóstico regional de alta tecnología
- Establecimientos del Ministerio de Gobernación (MIGOB) y Ejército de Nicaragua
- Hospital con servicios de referencia nacional

- Centros Nacionales de Servicios Especializados

*1.c) Establecimientos de salud privados*

- Clínica Médicas Provisionales
- Clínicas de ONG
- Dispensarios Médicos de Instituciones Sociales o Religiosas
- Consultorios y Clínicas Médicas Privadas
- Hospitales
- Farmacias
- Laboratorios Clínicos
- Centro de Estudios por imágenes
- Establecimientos para fisioterapia y rehabilitación
- Ópticas y centros oftalmológicos
- Clínicas de Nutrición
- Centros de Medicina Natural
- Centros de Terapias Alternativas de medicina no occidental
- Cruz Roja Nicaragüense
- Otros Establecimientos

Con el propósito de asegurar efectividad y oportunidad en la atención, la organización funcional de la red de servicios estará integrada por:

- Primer nivel de atención.
- Segundo nivel de atención
- Tercer nivel de atención.

## **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>22</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.

Según la legislación vigente se definen tres niveles: primer nivel de atención, segundo nivel de atención y tercer nivel de atención.

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.
- 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.
- La vigilancia de la salud.

**Primer nivel de atención:** Es el primer escalón de la organización del modelo de atención integral, ahora Modelo de Salud Familiar y Comunitario, 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.

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

- 1) **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 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 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.
  
- 2) **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 cánceres ginecológicos, la atención o referencia a emergencias, las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, asma, etc.), la rehabilitación basada en la comunidad.

- 3) **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.
- 4) **Servicios de investigación y desarrollo:** Desarrolla actividades científicas dirigidas al desarrollo tecnológico y a la generación de nuevos conocimientos aplicables a la realidad del país, mediante la investigación.
- 5) **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.

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.

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

- 1) Servicios ambulatorios: para atención de morbilidad a través de consulta médica de especialidades y otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.
- 2) 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.
- 3) Servicios de rehabilitación.

- 4) Promoción y prevención integral.
- 5) Desarrolla actividades científicas dirigidas al desarrollo tecnológico y a la generación de nuevos conocimientos aplicables a la realidad del país, mediante la investigación.

*2.c) Tercer nivel de atención:* Aunque en Nicaragua en realidad no existe como tal, se identifican algunos servicios especializados en áreas importantes como: Cardiología, Oncología, Nefrología, Radioterapia, los que serán convertidos en el futuro en Institutos de Investigación. 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.

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

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. 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.

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.

## **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.

La descentralización<sup>23</sup> 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.

La desconcentración<sup>20</sup> 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. En el MINSA se está profundizando en esta estrategia a nivel local.

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

Elementos constitutivos del componente de gestión:

- 1) Organización: Roles y estructura de la gestión en salud
- 2) Participación Ciudadana:

***a. Espacios de Concertación***

***b. Control Social***

3) Planificación en Salud

4) Control de la Gestión

**a. Sistema de Garantía de la calidad**

**b. Sistema de Información para la toma de decisiones**

**c. Procesos evaluativos**

5) Recursos:

**a. Desarrollo del Talento Humano**

b. Recursos Físicos

c. Recursos Financieros

d. Suministros

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.
- 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.
- Articular el accionar del sector social en el mejoramiento de la salud a nivel local
- 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.

## **Los recursos humanos:**

Históricamente, la práctica de la profesión médica en la sociedad se ha sustentado en los siguientes presupuestos, como base ideológica compartida con el resto de las profesiones: a) La profesión médica es un ejercicio autónomo, fuera del alcance de los legos, que solamente puede ser valorada por otros miembros de la corporación profesional mediante un código deontológico propio. b) En virtud de la específica calidad de los servicios que presta, considerados por la sociedad de valor superior al estipendio que reciben, esta profesión debe disfrutar de un especial “status” social. No obstante, este tradicional paradigma ideológico presta muy escasa atención al compromiso y a la responsabilidad social de todas las profesiones

. En el nuevo modelo de profesión médica, incluida dentro de los profesionales de la salud, y ejercida en el seno del SNS, el médico financiado por estado trabaja dentro de un equipo multidisciplinario, con una manifiesta responsabilidad social, y su innegable capacidad de decisión ha de encuadrarse en consensuados y justificados protocolos diagnósticos y terapéuticos, desarrollados hoy como medicina basada en evidencias<sup>24</sup>.

El desempeño del sector salud es la suma del desempeño de actores individuales y grupos de actores en cada organización que comprende el sector. A diferencia de los activos físicos de una institución, el capital humano que es la capacidad de la fuerza de trabajo y su voluntad y compromiso para trabajar, es un activo que, con el apoyo apropiado, puede aumentar su valor. Las opiniones y percepciones que los clientes y la comunidad tienen de una organización de prestación de servicios en salud dependen de los empleados de la misma. Un personal competente en una organización contribuye al desempeño organizacional eficiente y efectivo. La administración de recursos humanos es el área particular de la gerencia en una organización explícitamente a cargo de las necesidades de la gente y las prioridades de los empleados en la organización<sup>25</sup>.

Las personas que trabajan en el sistema de salud son el activo más grande del sector salud y de cada una de las organizaciones. Los empleados son clave para la prestación de servicios de salud y para cualquier programa de salud. Los salarios y beneficios de

la gente que trabaja en las organizaciones de salud constituyen la mayor parte del presupuesto de esas organizaciones. Por estas razones, entre otras, la administración de los recursos humanos en el sector salud, es un tema de gran importancia.

La compleja y nada armoniosa relación entre reformas sectoriales y desarrollo de recursos humanos de salud está llena de paradojas. Una de ellas se refiere a que a pesar de la ausencia de las cuestiones del personal de salud en las agendas y discursos políticos de las reformas, éstas han producido importantes cambio con impactos significativos en el conjunto del campo de los recursos humanos, como se podrá observar a continuación. En otras palabras, las reformas sectoriales han sido, de facto, profundas reformas del orden laboral vigente en el sector en la región<sup>26</sup>.

Para analizar el impacto de las reformas sectoriales sobre los trabajadores y su desempeño se necesita un marco de referencia que va más allá de la institucionalidad del sector de la salud.

Hay varias precisiones por hacer antes de entrar de lleno al análisis de la gestión de los RRHH en Salud. Una primera se refiere al énfasis que en esta definición se hace en **el trabajador de salud (individual y colectivo) y su trabajo**, incluyendo no sólo los elementos técnicos de su práctica, sino y de manera importante las relaciones sociales e institucionales que genera y en los que se ubica.

Y no se trata únicamente de una opción teórica, que sería legítima por lo demás. Si algo caracteriza a los procesos de reforma es que colocan en el eje de la gestión laboral, es decir en objeto de la gestión, tres elementos, hasta ahora no suficientemente trabajados por administración de personal existente: **el contrato de trabajo, los procesos de trabajo y las relaciones laborales**. Después, en este texto, quedará más claro por qué se privilegian estas tres categorías<sup>27</sup>.

## Diseño metodológico

**Tipo de estudio:** El diseño del estudio está orientado a la **evaluación** tratando de comparar lo que se espera según la conceptualización teórica del modelo y lo que se está haciendo en la actualidad en el casco urbano del Municipio de León.

1. Para establecer la **situación de salud** encontrada en la población dispensarizada por las unidades de salud del casco urbano del municipio procedimos a:
  - 1.1. Solicitamos al responsable del equipo básico de atención integral en salud familiar y comunitaria el diagnóstico situacional realizado a partir de la información colectada en el censo de salud de la ficha familiar (Ver anexo 1).
  - 1.2. Valoramos la información del diagnóstico situacional de salud de acuerdo al anexo 2.
2. Para identificar la **comprensión** que tiene el personal de salud de la aplicación del nuevo modelo en el desarrollo de estrategias de atención a las familias y los grupos vulnerables procedimos a:
  - 2.1. Se realizó entrevistas al personal sobre el significado que tienen para ellos las formas organizativas y el contenido de trabajo que procura el nuevo modelo de atención. Esta información se interpretó mediante análisis de contenido.
  - 2.2. Se aplicó una encuesta de satisfacción al personal sobre su participación en la implementación del nuevo modelo de atención familiar y Comunitaria (Ver anexo 3). Esta información se analizó en el paquete estadístico Epi-Info.
3. Para valorar la **pertinencia** que tienen las actividades y planes de intervención de las unidades de salud en función del quehacer que espera el nuevo modelo de atención en salud familiar y comunitaria procedimos a:
  - 3.1. Solicitar los planes operativos de trabajo y/o actividades que se encuentran realizando los Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitario.

3.2. Comparamos si las actividades planificadas tienen coherencia con el diagnóstico situacional y las acciones de promoción, prevención y asistenciales que procura el nuevo modelo. Para ello se desarrollaron matrices de análisis (Anexo 4.

**Plan de análisis:**

Los datos de las encuesta de percepción fueron procesadas y analizadas utilizando el paquete estadístico Epi-Info en su versión 3.5.3 para Windows. Se estimará la frecuencia de todas sus variables.

Los resultados se plasmarán en cuadros y gráficos.

**Consideraciones éticas:**

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 entrevistadas no serán tomados en cuenta en ninguno de los instrumentos diseñados y se asegurará la estricta confidencialidad.

El estudio tratará de orientar a las autoridades sus desafíos y compromisos de gestión.

## Operacionalización de variables

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valores</b>
Situación de salud	Es el estado integral de salud de una población, resumida en los daños a la salud y los determinantes de esos daños.	Condiciones demográficas Condiciones de vida Situación familiar. Riesgos potenciales Daños a la salud.	* Se identifican condiciones o factores de riesgo a la salud de la población. * El estado de salud que surge de estos factores de riesgos.
Comprensión que tiene el personal de salud del nuevo modelo.	Es la forma como el personal de salud interpreta la aplicación de las diferentes etapas del nuevo modelo de salud.	Se tomarán en cuenta la comprensión de diferentes aspectos como: Utilidad de la sectorización Valoración del proceso de dispensarización Quehacer del Equipo Básico de Salud Satisfacción con las actividades de implantación del nuevo modelo.	* Pertinente * Aceptable * No pertinente,
Pertinencia de los planes elaborado por el personal.	Es la manera como los planes surgen y responden al análisis de la información generada en el proceso de Dispensarización.	Comodidad con la aptitud que demanda el Nuevo Modelo. Tomar en cuenta si se han considerado las variables demográficas, sociales, económicas, de riesgos a la salud y del estado de salud en los planes elaborados.	* Se ajustan correctamente * Se ajustan parcialmente * No se ajustan
Identificación Posible Riesgos De la Población.	Identificación de Daños.	Desarrollo del Modelo Explicativos.	Actividad en función de las causas.

## Resultados

Se visitaron en los tres territorios 27 Equipos Básicos de Atención en Salud Familiar y Comunitaria.

### **Situación de la población dispensarizada:**

Ninguno de los equipos nos mostró los diagnósticos. Algunos adujeron que los tenían, pero que no estaban disponibles, otros que no los habían terminado, lo que nos hizo imposible hacer juicios sobre la situación de la población dispensarizada.

### **Pertinencia de las actividades y planes de intervención:**

Ninguno de los equipos nos mostraron los planes de trabajo elaborado por ellos mismos, lo que nos hizo imposible hacer juicios sobre la pertinencia de las actividades planificadas por los equipos de salud.

### **Comprensión que tiene el personal de salud:**

Se aplicaron las encuestas a 80 recursos de salud que trabajan en los Equipos Básicos de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, encontrando la siguiente información:

De todos los entrevistados el 40% pertenecen al centro de salud “Perla María Norori”, seguido por el Mantica Berio con el 33.8% y por último por Sutiava con el 26.3%. De acuerdo a su profesión, el 42.5% son médicos generales, el 28.7% son licenciadas en enfermería y el 28.7% son auxiliares de enfermería.

El 90.0% de los encuestados han recibido capacitación alrededor del modelo de atención que se impulsa en Nicaragua.

El 82.5% llevan más de un 76.0% de sus metas cumplidas para la dispensarización (Esto hace referencia a la aplicación de la encuesta domiciliar para el diagnóstico de salud). El 13.7% refieren llevar menos de ese porcentaje y un 3.7% no sabe o no lo reportaron (Vea cuadro 1).

### **Valoración que hace el personal de la importancia del nuevo modelo:**

El 90% de los encuestados refieren que haber sectorizado la atención de la salud juega un papel de gran importancia en el mejoramiento de la atención médica. El 97.5% Considera que haber dispensarizado a la comunidad juega un papel de gran importancia en la planificación de la atención médica. El 96.3% refiere que la información que han recolectado del proceso de Dispensarización tiene utilidad práctica en el proceso de planificación. El 80% refiere que existe algún cambio en la forma como se atiende, actualmente a la comunidad en relación a como se hacía hace 3 años. El 81.3% refiere que estos cambios en la forma de atender han dado mejores resultados (Vea cuadro 2).

### **Percepción sobre los desafíos del nuevo modelo:**

Los encuestados están de acuerdo o muy de acuerdo con las siguientes aseveraciones: “La forma como estamos trabajando actualmente con el nuevo modelo mejora la calidad de la atención”; “Con la forma como se está trabajando actualmente se está mejorando la cobertura”; y “Con el nuevo modelo hay más captación de usuarios y usuarias a los programas”.

Se observa una tendencia a una respuesta neutral en las siguientes aseveraciones: “Con el nuevo modelo de atención se están dando menos complicaciones que antes”; “La comunidad se encuentra participando con la unidad de salud en planificar, realizar y evaluar acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud”; “A las personas de la comunidad que trabajan en salud les ha gustado esta forma de trabajar”; “El personal siente que el esfuerzo que se está haciendo vale la pena”; “Hay mayor libertad entre los profesionales de la salud de hacer su trabajo con este modelo de atención”; El personal está más contento con lo que hace en el nuevo modelo”; y “El personal está contento en hacer las cosas en la forma como lo hace” (Vea cuadro 3).

Al resumir esta información en tres indicadores encontramos que un número importante de los trabajadores encuestados están de acuerdo y completamente de acuerdo en considerar que el modelo es eficaz para abordar los problemas sanitarios del sector,

solamente un apersona estuvo en desacuerdo con la aseveración (Vea gráfico 1). Un número importante de los encuestados asumieron una posición neutra sobre la aceptación de la participación de la comunidad en la implementación del MOSAFC y también encontramos 17 personas que refirieron estar en desacuerdo y completamente en desacuerdo (Vea gráfico 2). Aunque muchas personas estuvieron de acuerdo y completamente de acuerdo con la aceptación del proceso de trabajo, también encontramos un alto número de personas que se mostraron neutrales y también encontramos 15 personas que refirieron estar en desacuerdo y completamente en desacuerdo (Vea gráfico 3).

### **Aceptabilidad que tiene el personal con la implementación del nuevo modelo:**

#### **Dimensión técnica:**

Al valorar la aceptabilidad con la Dimensión técnica relacionada con la estructura los trabajadores estuvieron de acuerdo y completamente de acuerdo con las aseveraciones: “El personal ha sido debidamente capacitado en el proceso de dispensarización”; “Hemos contado con la asesoría necesaria a cada momento para alcanzar con los objetivos del plan de implementación”; “Hemos contado con el material necesario para hacer el censo de salud en la población”.

También encontramos una tendencia a mostrarse neutro y hasta en desacuerdo con las siguientes aseveraciones: “Hemos contado con medios y recursos para procesar y analizar la información” y “Hemos contado con el tiempo necesario para desarrollar cada una de las etapas implementadas” (Vea cuadro 4).

Al resumir esta información en un indicador global encontramos una fuerte tendencia a mostrar neutralidad con las aseveraciones y también desacuerdos (Vea gráfico 4).

Al valorar la dimensión técnica relacionada con el proceso, se encontró que casi un cuarto de los encuestados mostraron neutralidad con la aseveración: “Hemos recibido el apoyo de diferentes sectores para cumplir con cada una de las actividades programas durante la implementación del MOSAFC”.

Una gran parte estuvieron de acuerdo y completamente de acuerdo con las aseveraciones: “Las actividades relacionadas con la dispensarización han sido bien cargadas de sobre esfuerzo del personal”; “El trabajo ha sido muy cansado” y “Los recursos asignados al proceso han sido insuficientes” (Vea cuadro 5).

Al resumir estas aseveraciones en un indicador se observa que una gran parte de los encuestados se encontraban neutros, de acuerdo y completamente de acuerdo, aún cuando las preguntas eran sobre aspectos negativos relacionados con el proceso de implementación del nuevo modelo (Vea gráfico 5).

De acuerdo a dimensión técnica relacionada con el resultados, los encuestados estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo en las siguientes aseveraciones: “Se han generado cambios en las formas de trabajo que lleva el personal”; “Se han desarrollado nuevas formas de trabajo con la comunidad y sus líderes” y “Hemos mejorados la forma de planificar la atención, las actividades de prevención y de promoción”. Se observaron más personas mostrando neutralidad en la aseveración: “Estamos alcanzando mejores coberturas en todos los programas normatizados por el MINSA” (Vea cuadro 6).

Al resumir esta información en un indicador encontramos que aunque hay neutralidad, encontramos más personas de acuerdo y completamente de acuerdo con las aseveraciones (Vea gráfico 6).

### **Dimensión interpersonal:**

En relación a la dimensión Interpersonal, los trabajadores de la salud mostraron neutralidad en las siguientes aseveraciones: “Estamos conformados equipos de trabajo muy colaborativos y solidarios” y “Existen relaciones de camaradería con las autoridades y su personal de apoyo para la implementación del nuevo modelo”. También mostraron estar de acuerdo y completamente de acuerdo con las siguientes aseveraciones: “Tenemos buenas relaciones de apoyo de los equipos docentes de la universidad y del ministerio de salud” y, “Hemos mejorado las formas de comunicación entre todos los actores de la implementación del modelo” (Vea cuadro 7).

Las diferentes aseveraciones relacionadas con esta dimensión fueron resumidas en un indicador encontrando que las respuestas se dividen entre estar de acuerdo y completamente de acuerdo y la neutralidad en sus respuestas (Vea gráfico 7).

Al evaluar la dimensión Interpersonal, en los componentes de procesos encontramos que en todas las aseveraciones los encuestados respondieron estando de acuerdo y completamente de acuerdo. Al evaluar la dimensión interpersonal de los resultados encontramos mayor proporción de personas que respondieron estando en neutralidad (Ver Cuadro 8).

Al resumir la información en indicadores encontramos que la mayor parte de los encuestados se encuentran de acuerdo y completamente de acuerdo con las aseveraciones de proceso (Vea gráfico 8) y se mostraron en desacuerdo y completamente en desacuerdo con bastantes personas mostrando una respuesta neutra para la dimensión interpersonal de los resultados (Vea gráfico 9).

Al resumir todas las respuestas vinculadas con la con la dimensión técnica en un solo indicador global encontramos que prevalece una posición neutra seguido con las respuestas de acuerdo y completamente de acuerdo (Ver gráfico 10).

Al resumir todas las respuestas vinculadas con la dimensión interpersonal en un solo indicador encontramos que prevalece las respuestas neutrales seguidas con respuestas de acuerdo y en desacuerdo (Vea gráfico 11).

### **Aceptabilidad global:**

Al evaluar la aceptabilidad que tiene el personal de salud con todos los diferentes aspectos relacionados con el trabajo realizado en la implementación del MOSAFC, los equipos básicos respondieron de forma neutra en un gran porcentaje continuando en segundo lugar un porcentaje importante que estuvo de acuerdo (vea gráfico 12).

**Cuadro 1. Características del personal de salud encargado de la aplicación del nuevo modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria. León, primer semestre del 2,010.**

<i>Variables</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
<b><i>Territorio de trabajo</i></b>		
• Perla María Norori	32	40.0%
• Mantica Berio	27	33.8%
• Sutiava	21	26.3%
<b>Profesión</b>		
• Médicos generales	34	42.5%
• Licenciada enfermera	23	28.7%
• Auxiliar de enfermería	23	28.7%
<b>Ha recibido capacitación:</b>		
• No	8	10.0%
• Si	72	90.0%
<b>Avances de la dispensarización</b>		
• 0 a 50%	3	3.7%
• 51 a 75%	8	10.0%
• 76 a 100%	66	82.5%
• No reportado	3	3.7%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100.0%</b>

**Cuadro 2. Valoración que hace el personal de salud sobre la importancia de la aplicación del nuevo modelo de atención en salud.**

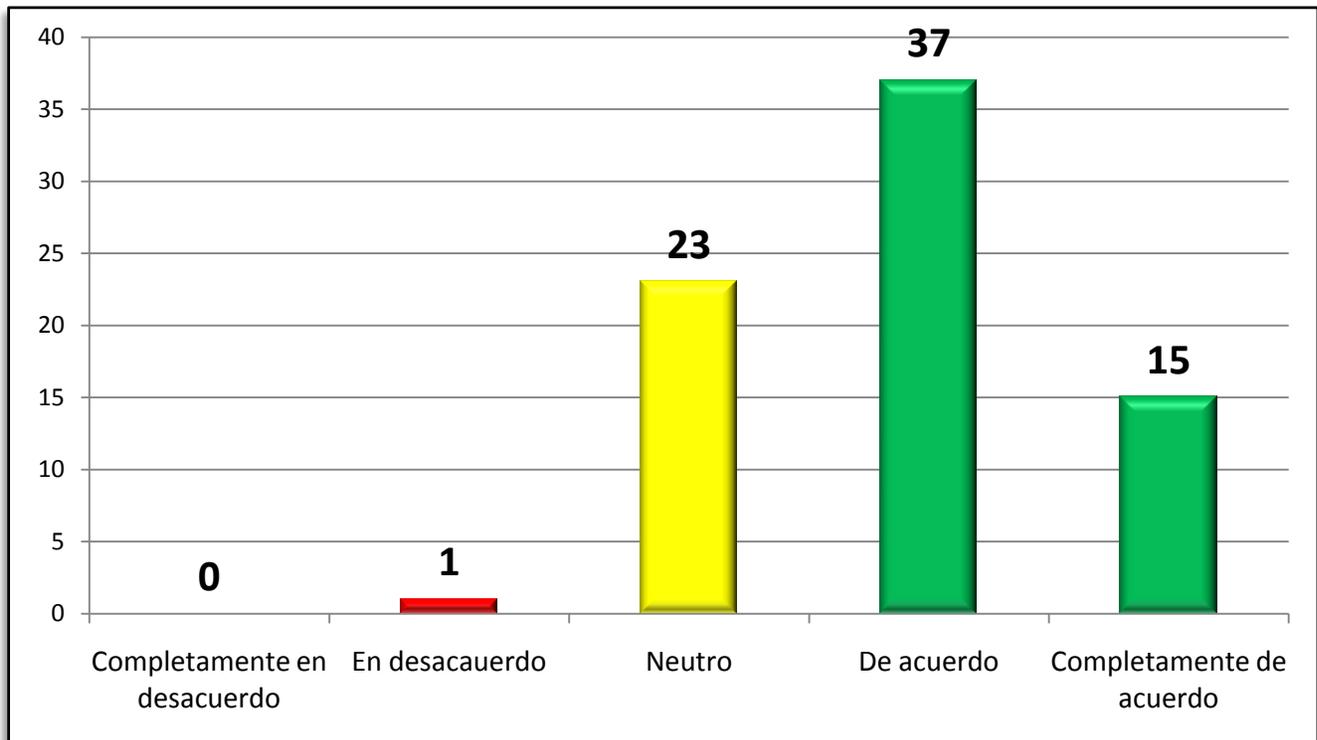
<i>Aseveraciones</i>	<i>Respuestas</i>			
	<i>Si</i>		<i>No</i>	
	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
¿Considera que haber sectorizado la atención de la salud juega un papel de gran importancia en el mejoramiento de la atención médica?	72	90.0%	8	10.0%
¿Considera que haber dispensarizado a la comunidad juega un papel de gran importancia en la planificación de la atención médica?	78	97.5%	2	2.5%
La información que han recolectado del proceso de Dispensarización tiene utilidad práctica en el proceso de planificación?	77	96.3%	3	3.8%
Existe algún cambio en la forma como se atiende, actualmente a la comunidad en relación a como se hacía hace 3 años?	64	80.0%	16	20.0%
Estos cambios en la forma de atender han dado mejores resultados?	65	81.3%	15	18.8%

**Cuadro 3. Percepción que tiene el personal de salud sobre los desafíos del nuevo modelo de atención en salud.**

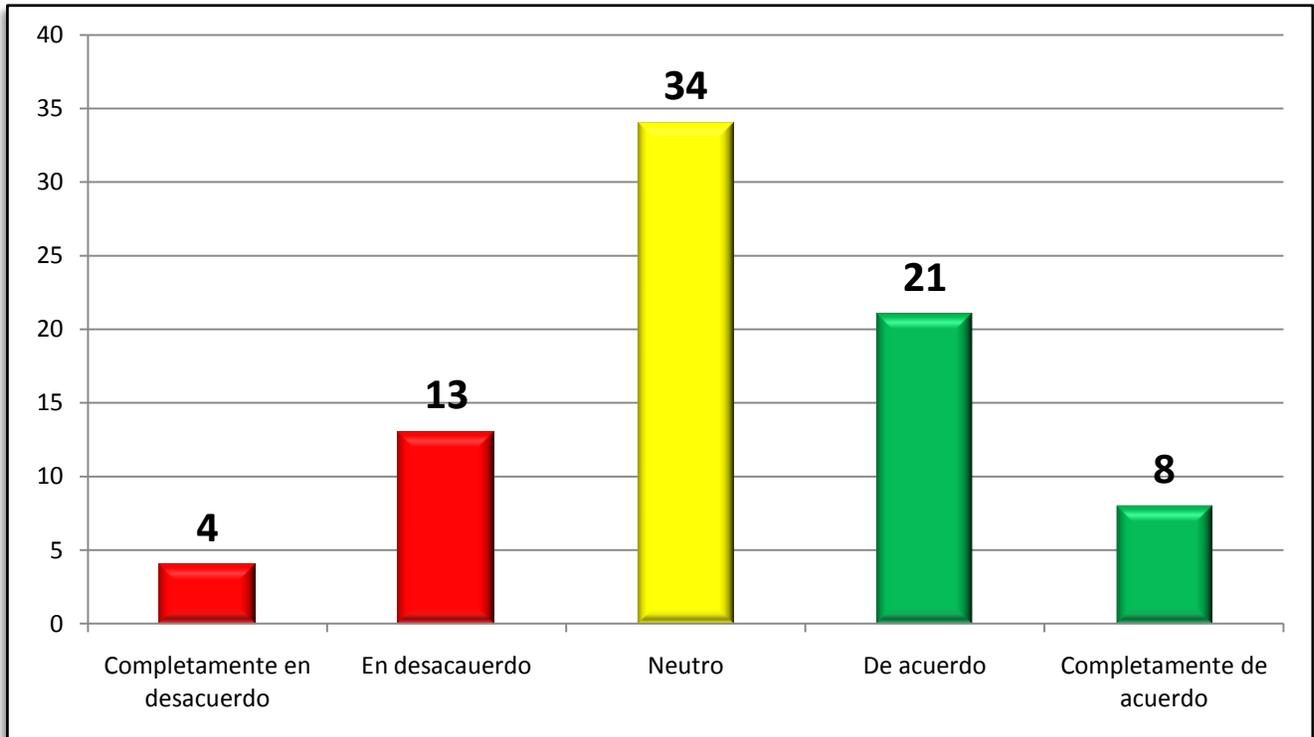
<i>Aseveraciones</i>	<i>Respuestas</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
1) La forma como estamos trabajando actualmente con el nuevo modelo mejora la calidad de la atención	1.3%	3.8%	7.5%	<b><u>61.3%</u></b>	<b><u>26.3%</u></b>
2) Con la forma como se está trabajando actualmente se está mejorando la cobertura	0.0%	2.5%	12.5%	<b><u>60.0%</u></b>	<b><u>25.0%</u></b>
3) Con el nuevo modelo hay más captación de usuarios y usuarias a los programas	0.0%	2.5%	11.3%	<b><u>57.5%</u></b>	<b><u>28.8%</u></b>
4) Con el nuevo modelo de atención se están dando menos complicaciones que antes	0.0%	6.3%	<b><u>26.3%</u></b>	<b><u>45.0%</u></b>	<b><u>22.5%</u></b>
5) La comunidad se encuentra participando con la unidad de salud en planificar, realizar y evaluar acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud	8.8%	<b><u>21.3%</u></b>	<b><u>25.0%</u></b>	<b><u>27.5%</u></b>	17.5%
6) A las personas de la comunidad que trabajan en salud les ha gustado esta forma de trabajar	3.8%	10.0%	<b><u>32.5%</u></b>	<b><u>37.5%</u></b>	16.3%
7) El personal siente que el esfuerzo que se está haciendo vale la pena	2.5%	3.8%	<b><u>22.5%</u></b>	<b><u>43.8%</u></b>	<b><u>27.5%</u></b>
8) Hay mayor libertad entre los profesionales de la salud de hacer su trabajo con este modelo de atención	3.8%	11.3%	<b><u>28.8%</u></b>	<b><u>37.5%</u></b>	18.8%
9) El personal está más contento con lo que hace en el nuevo modelo	2.5%	15.0%	18.8%	<b><u>46.3%</u></b>	<b><u>17.5%</u></b>
10) El personal está contento en hacer las cosas en la forma como lo hace	5.0%	7.5%	<b><u>22.5%</u></b>	<b><u>45.0%</u></b>	<b><u>20.0%</u></b>

1=completamente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4=De acuerdo; 5=Completamente de acuerdo.

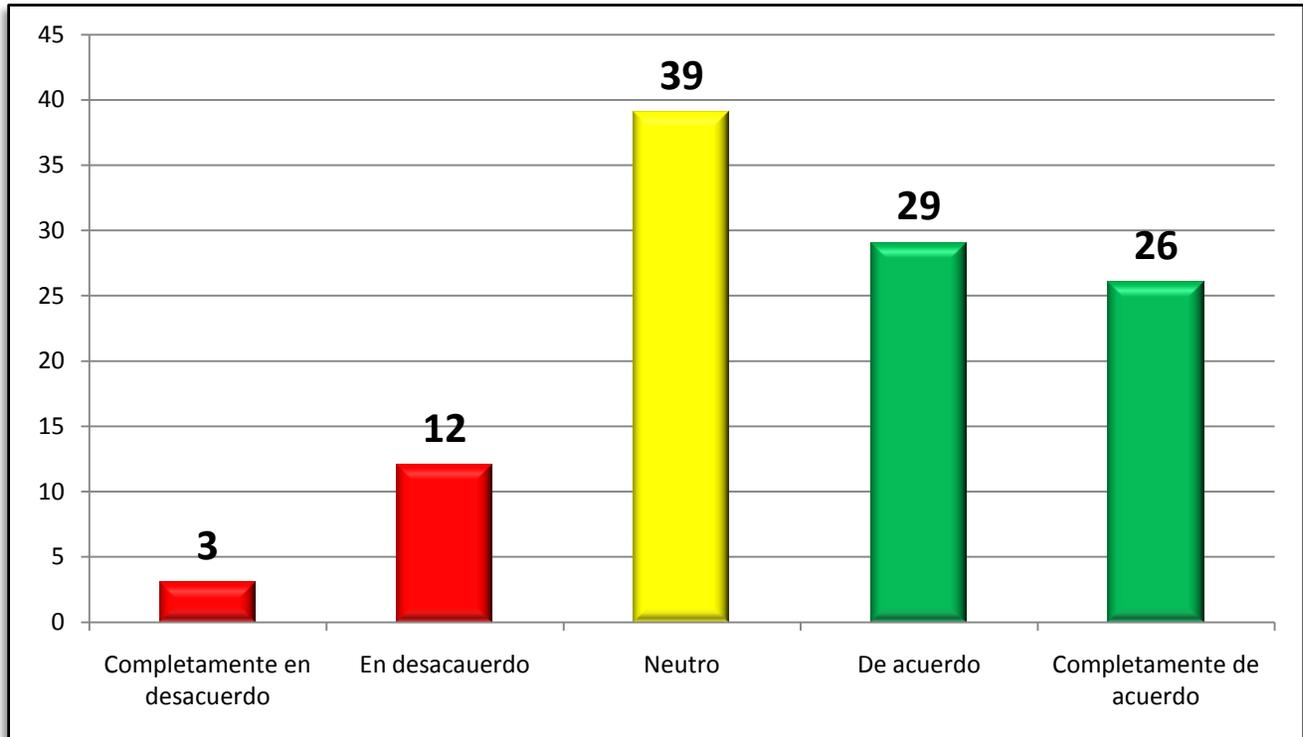
**Gráfico 1. Resumen de la percepción que tiene el personal de salud sobre la eficacia del MOSAFC para abordar los problemas de salud.**



**Gráfico 2. Percepción que tiene el personal de salud sobre la aceptación que tiene la comunidad en la implementación del MOSACF para abordar los problemas de salud.**



**Gráfico 3. Percepción que tiene el personal de salud sobre la aceptación del proceso de trabajo que tiene el personal de salud en la implementación del MOSAF para abordar los problemas de salud.**

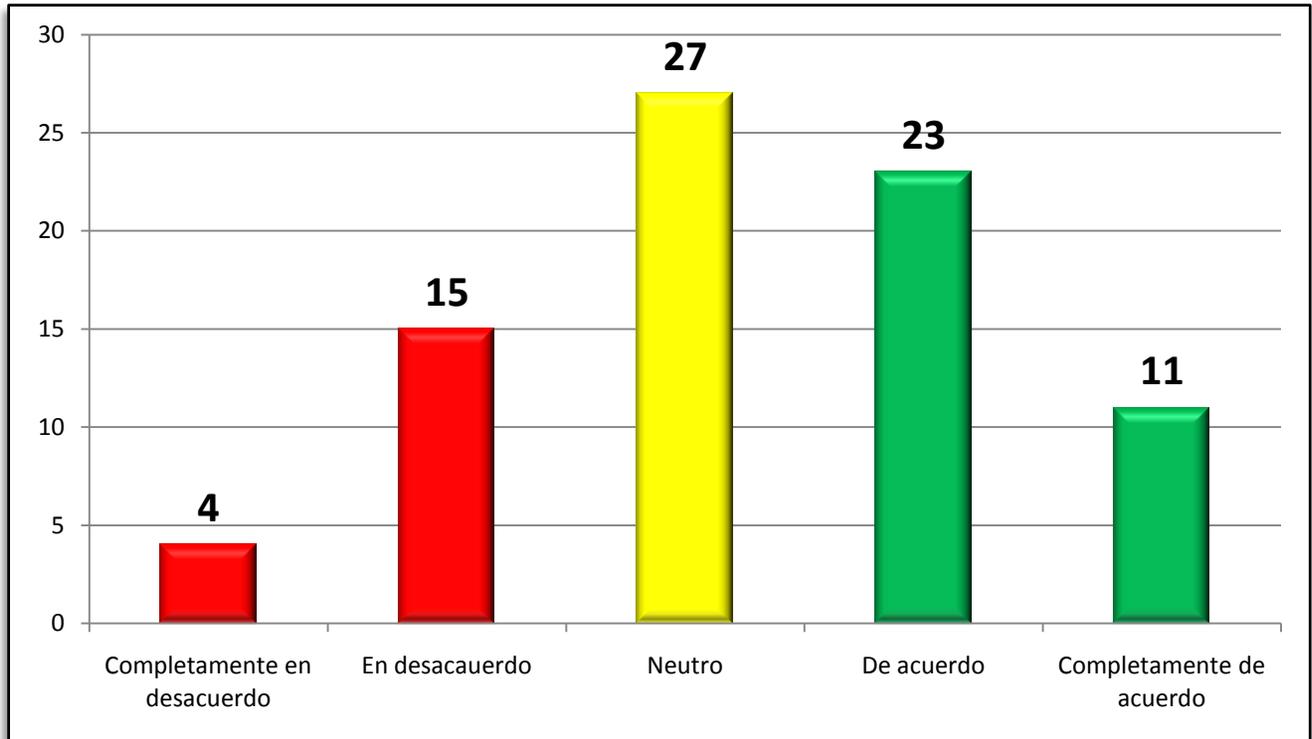


**Cuadro 4. Aceptabilidad que tiene el personal con la implementación del nuevo modelo de atención en salud. Dimensión técnica relacionada con la estructura.**

Aseveraciones	Respuestas				
	1	2	3	4	5
1) <i>El personal ha sido debidamente capacitado en el proceso de dispensarización.</i>	5.0%	7.5%	13.8%	<b><u>45.0%</u></b>	<b><u>28.8%</u></b>
2) <i>Hemos contado con la asesoría necesaria a cada momento para alcanzar con los objetivos del plan de implementación</i>	6.3%	12.5%	15.0%	<b><u>47.5%</u></b>	<b><u>18.8%</u></b>
3) <i>Hemos contado con el material necesario para hacer el censo de salud en la población</i>	0.0%	17.5%	15.0%	<b><u>43.8%</u></b>	<b><u>23.8%</u></b>
4) <i>Hemos contado con medios y recursos para procesar y analizar la información.</i>	6.3%	<b><u>17.7%</u></b>	<b><u>17.7%</u></b>	<b><u>40.5%</u></b>	<b><u>17.7%</u></b>
5) <i>Hemos contado con el tiempo necesario para desarrollar cada una de las etapas implementadas</i>	12.5%	<b><u>21.3%</u></b>	<b><u>20.0%</u></b>	<b><u>27.5%</u></b>	<b><u>18.8%</u></b>

1=completamente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo;  
4=De acuerdo; 5=Completamente de acuerdo

**Gráfico 4. Aceptabilidad que tiene el personal de salud con los diferentes aspectos relacionados con la Dimensión técnica de los elementos estructurales de la implementación del MOSAF.**

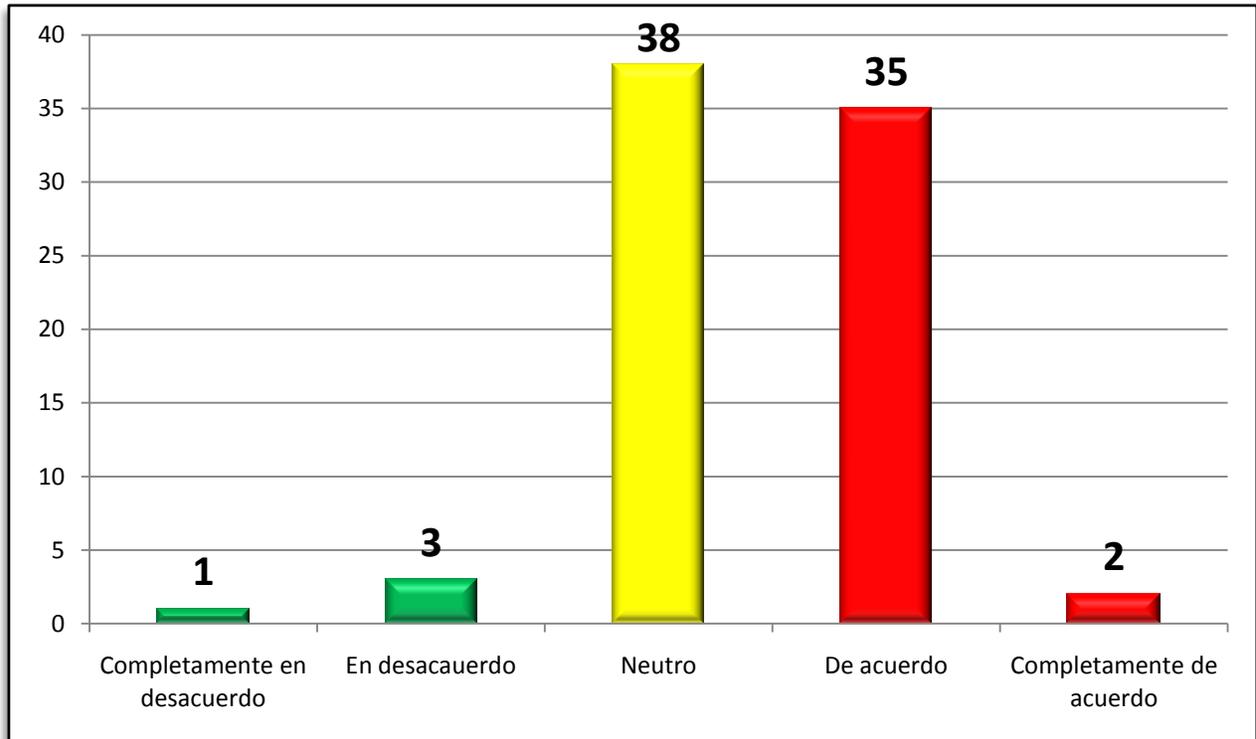


**Cuadro 5. Aceptabilidad que tiene el personal con la dimensión técnica relacionada con el proceso en la implementación del nuevo modelo de atención en salud.**

Aseveraciones	Respuestas				
	1	2	3	4	5
6) Hemos recibido el apoyo de diferentes sectores para cumplir con cada una de las actividades programas durante la implementación del MOSAFC	7.6%	13.9%	<b><u>24.1%</u></b>	<b><u>41.8%</u></b>	12.7%
7) Las actividades relacionadas con la dispensarización han sido bien cargadas de sobre esfuerzo del personal	2.5%	2.5%	10.0%	<b><u>41.3%</u></b>	<b><u>43.8%</u></b>
8) El trabajo ha sido muy cansado	2.5%	0.0%	10.0%	<b><u>38.8%</u></b>	<b><u>48.8%</u></b>
9) Los recursos asignados al proceso han sido insuficientes	7.5%	6.3%	11.3%	<b><u>38.8%</u></b>	<b><u>36.3%</u></b>

1=completamente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4=De acuerdo; 5=Completamente de acuerdo

**Gráfico 5. Aceptabilidad que tiene el personal de salud con los diferentes aspectos relacionados con la Dimensión técnica de los elementos del proceso de trabajo en la implementación del MOSACF.**

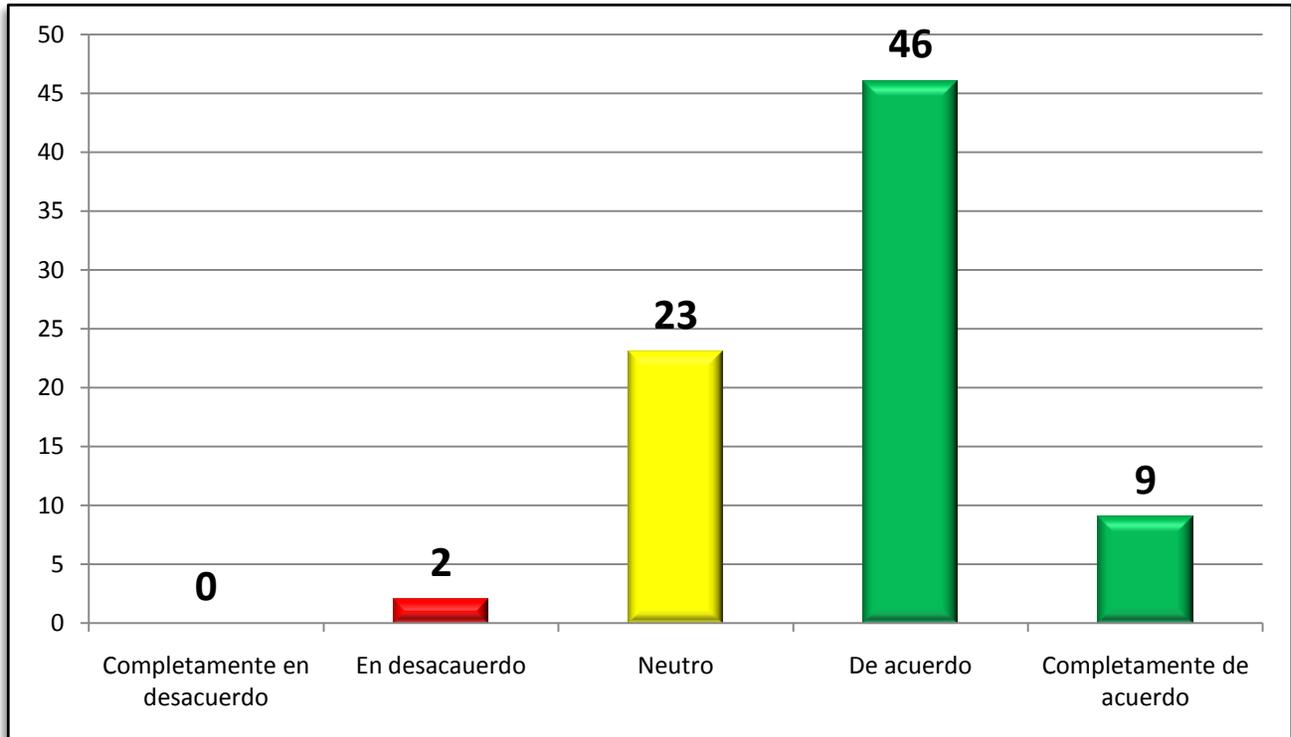


**Cuadro 6. Aceptabilidad que tiene el personal con la dimensión técnica relacionada con el resultado de la implementación del nuevo modelo de atención en salud.**

Aseveraciones	Respuestas				
	1	2	3	4	5
10) <i>Se han generado cambios en las formas de trabajo que lleva el personal</i>	0.0%	3.8%	10.0%	<b><u>50.0%</u></b>	<b><u>36.3%</u></b>
11) <i>Se han desarrollado nuevas formas de trabajo con la comunidad y sus líderes</i>	0.0%	5.0%	17.5%	<b><u>56.3%</u></b>	<b><u>21.3%</u></b>
12) <i>Estamos alcanzando mejores coberturas en todos los programas normatizados por el MINSA</i>	0.0%	2.5%	<b><u>19.0%</u></b>	<b><u>59.5%</u></b>	<b><u>19.0%</u></b>
13) <i>Hemos mejorados la forma de planificar la atención, las actividades de prevención y de promoción</i>	0.0%	5.1%	10.1%	<b><u>53.2%</u></b>	<b><u>31.6%</u></b>

1=completamente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4=De acuerdo; 5=Completamente de acuerdo

**Gráfico 6. Aceptabilidad que tiene el personal de salud con los diferentes aspectos relacionados con la Dimensión técnica de los resultados del trabajo realizado en la implementación del MOSACF.**

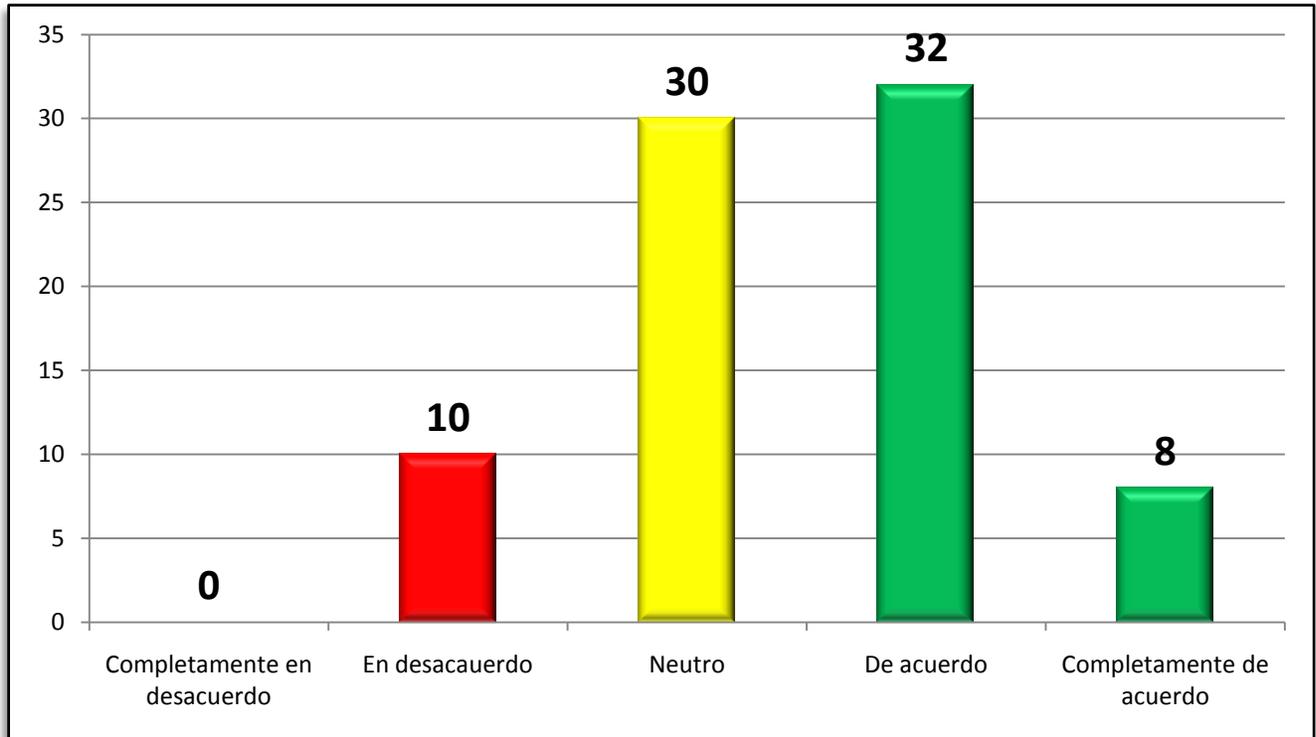


**Cuadro 7. Aceptabilidad que tiene el personal con la dimensión Interpersonal, en los componentes de estructura en la implementación del nuevo modelo de atención en salud.**

Aseveraciones	Respuestas				
	1	2	3	4	5
14) <i>Estamos conformados equipos de trabajo muy colaborativos y solidarios</i>	0.0%	8.8%	<b><u>23.8%</u></b>	<b><u>48.8%</u></b>	18.8%
15) <i>Existen relaciones de camaradería con las autoridades y su personal de apoyo para la implementación del nuevo modelo</i>	1.3%	15.0%	<b><u>22.5%</u></b>	<b><u>43.8%</u></b>	17.5%
16) <i>Tenemos buenas relaciones de apoyo de los equipos docentes de la universidad y del ministerio de salud</i>	1.3%	5.0%	15.0%	<b><u>51.3%</u></b>	<b><u>27.5%</u></b>
17) <i>Hemos mejorado las formas de comunicación entre todos los actores de la implementación del modelo</i>	0.0%	8.9%	19.0%	<b><u>54.4%</u></b>	<b><u>17.7%</u></b>

1=completamente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo;  
4=De acuerdo; 5=Completamente de acuerdo

**Gráfico 7. Aceptabilidad que tiene el personal de salud con los diferentes aspectos relacionados con la Dimensión interpersonal de los elementos estructurales del trabajo realizado en la implementación del MOSACF.**

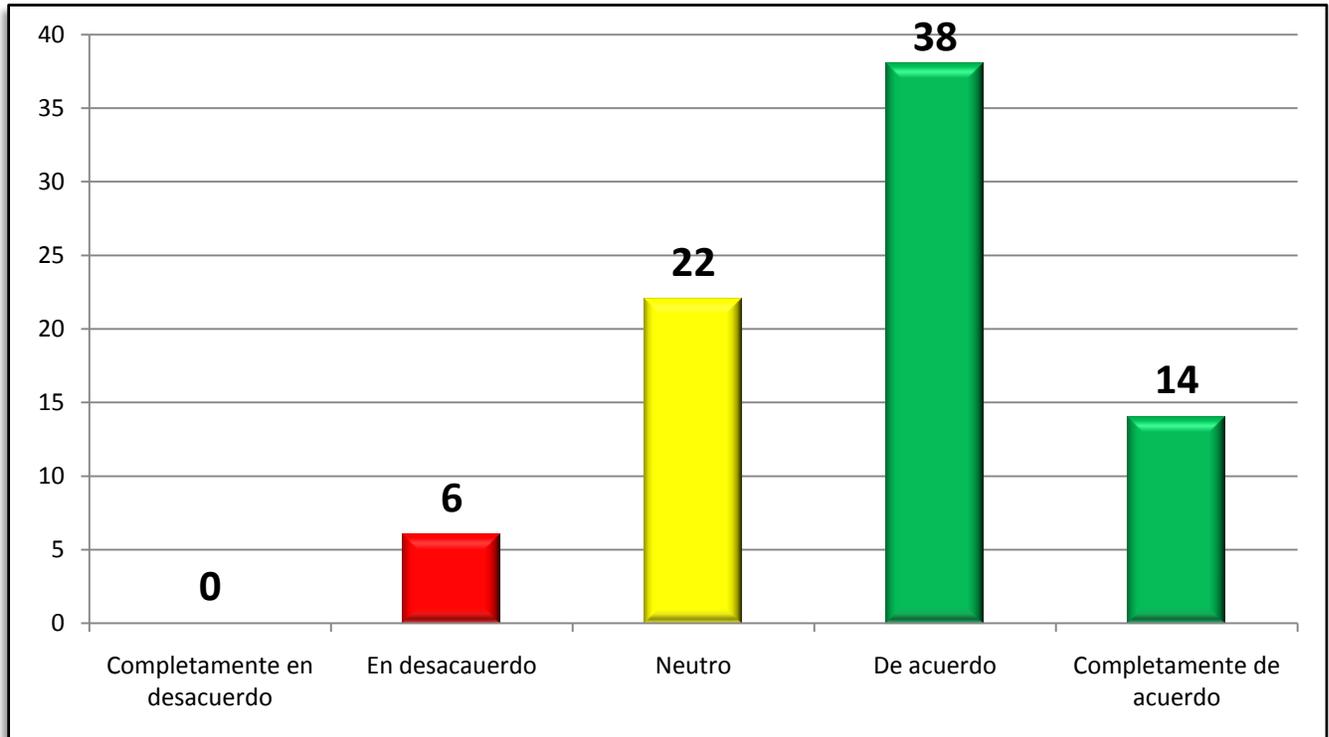


**Cuadro 8. Aceptabilidad que tiene el personal con la implementación del nuevo modelo de atención en salud. Dimensión Inter-personal, en los componentes de proceso y de resultados.**

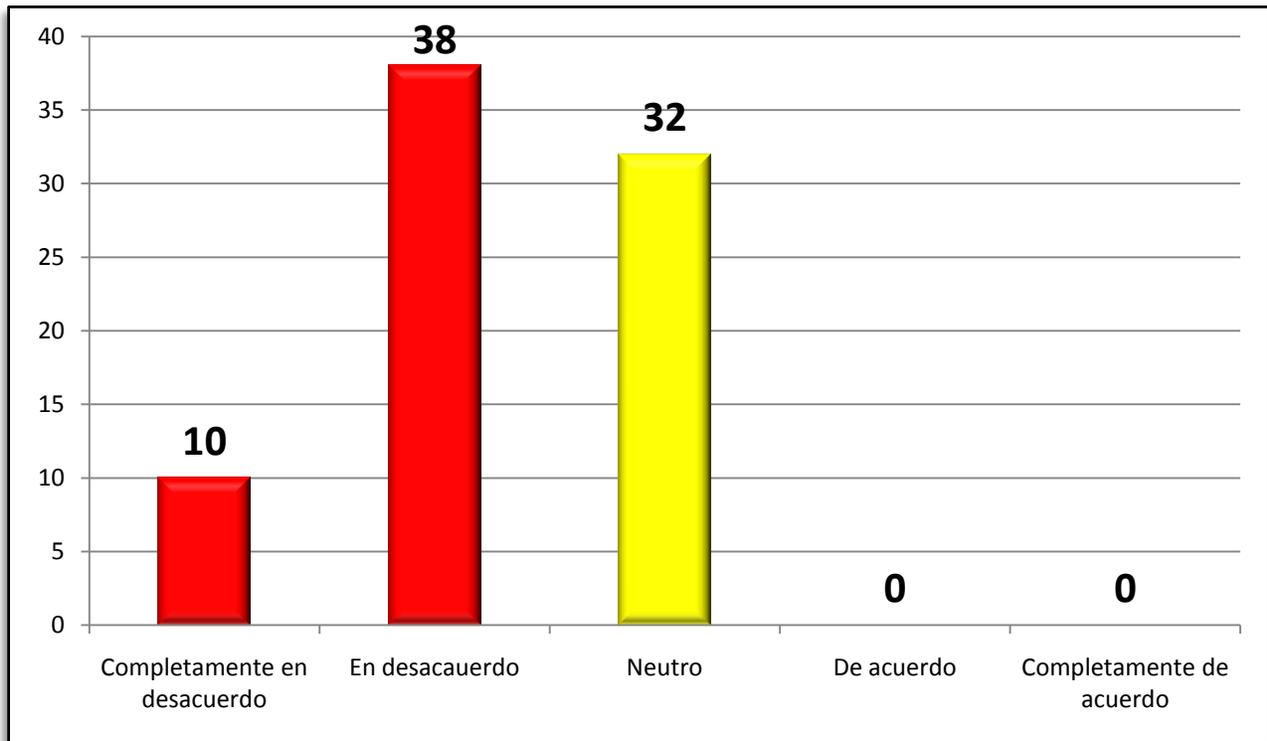
Aseveraciones	Respuestas				
	1	2	3	4	5
<b><i>Dimensión Inter-personal, en los componentes de proceso</i></b>					
18) <i>Presentamos nuestros avances y recibimos recomendaciones de expertos en la implementación del modelo</i>	1.3%	8.8%	17.5%	<b><u>47.5%</u></b>	<b><u>25.0%</u></b>
19) <i>Estamos recibiendo apoyo mediante formas organizadas y educativas de monitoría, supervisión y control del proceso</i>		8.8%	15.0%	<b><u>46.3%</u></b>	<b><u>30.0%</u></b>
20) <i>Se identifican nuevas necesidades de recursos para cumplir con los planes de trabajo</i>		10.0%	11.3%	<b><u>46.3%</u></b>	<b><u>32.5%</u></b>
<b><i>Dimensión Inter-personal, en los componentes de resultado</i></b>					
21) <i>Hemos recibido el reconocimiento moral de las autoridades de salud por el trabajo realizado.</i>	18.8%	15.0%	<b><u>33.8%</u></b>	<b><u>26.3%</u></b>	6.3%
22) <i>Estamos satisfechos con los resultados alcanzados</i>	1.3%	6.3%	<b><u>26.3%</u></b>	<b><u>45.0%</u></b>	<b><u>21.3%</u></b>

1=completamente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4=De acuerdo; 5=Completamente de acuerdo

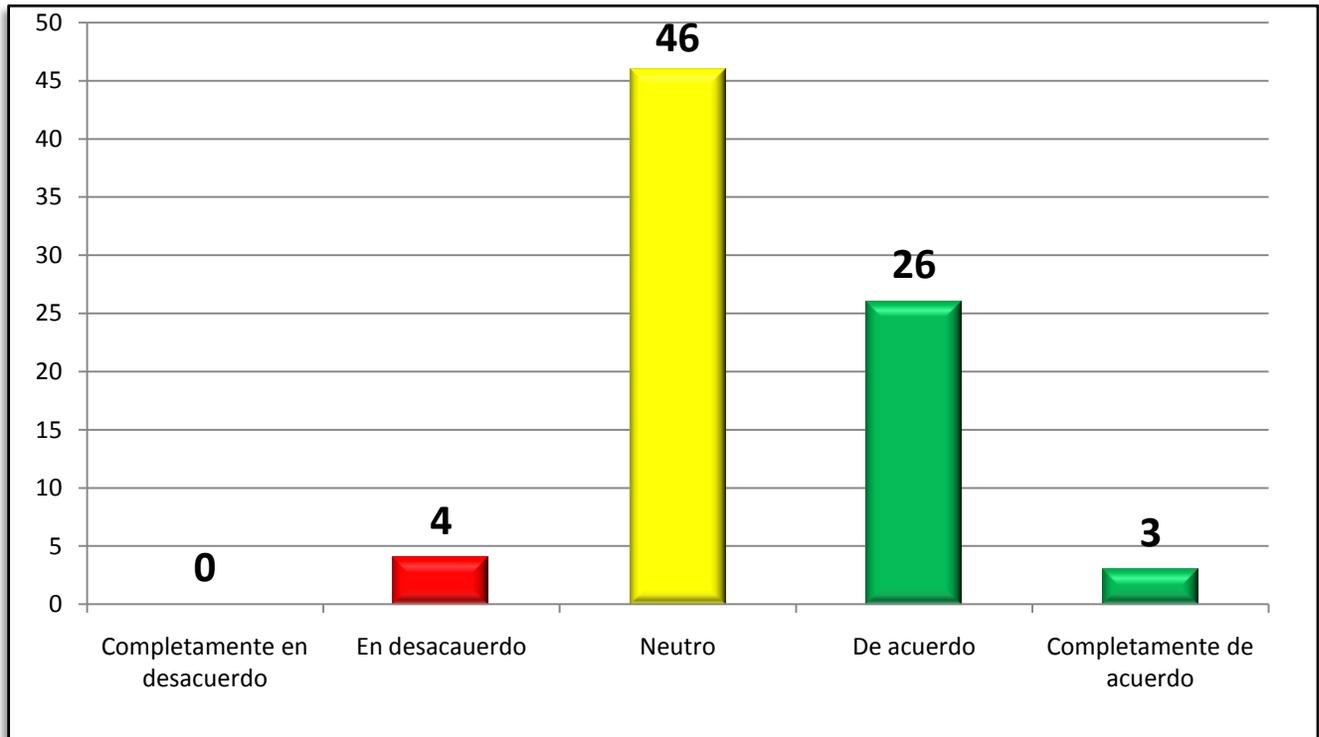
**Gráfico 8. Aceptabilidad que tiene el personal de salud con los diferentes aspectos relacionados con la Dimensión interpersonal de los procesos de trabajo realizado en la implementación del MOSAF.**



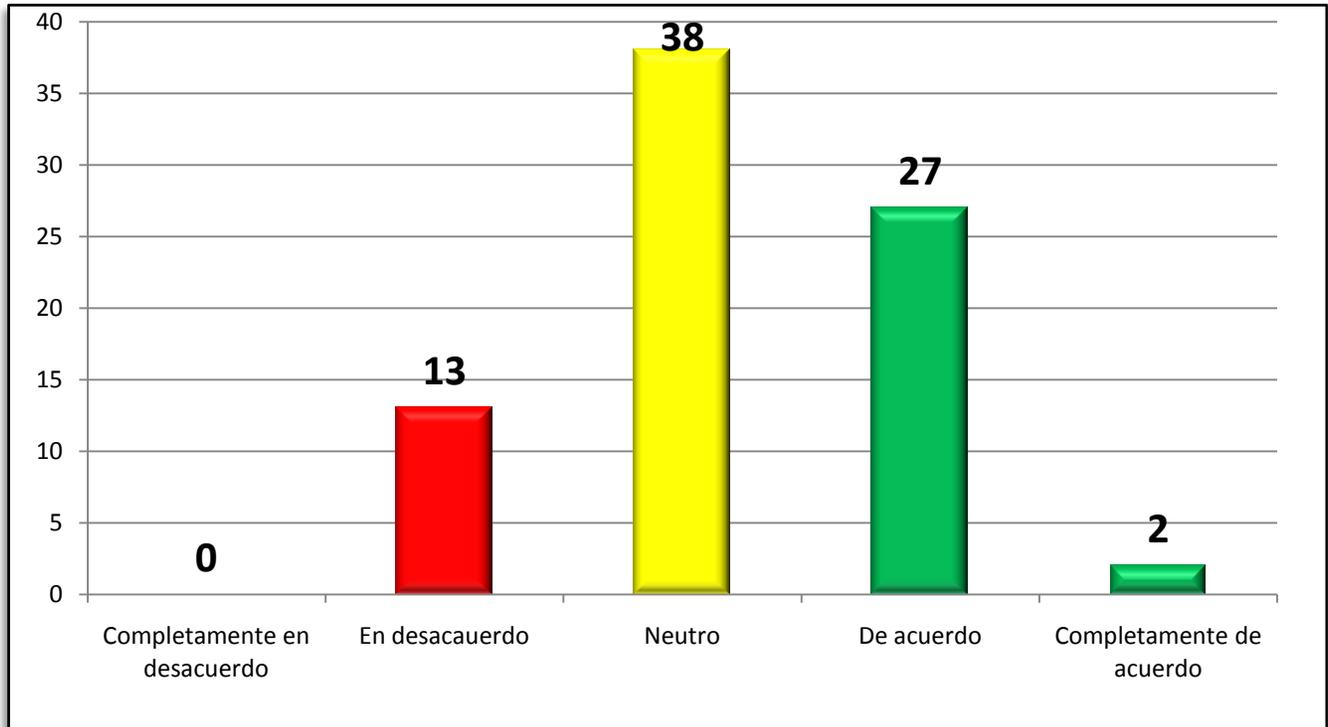
**Gráfico 9. Aceptabilidad que tiene el personal de salud con los diferentes aspectos relacionados con la Dimensión interpersonal de los resultados del trabajo realizado en la implementación del MOSAF.**



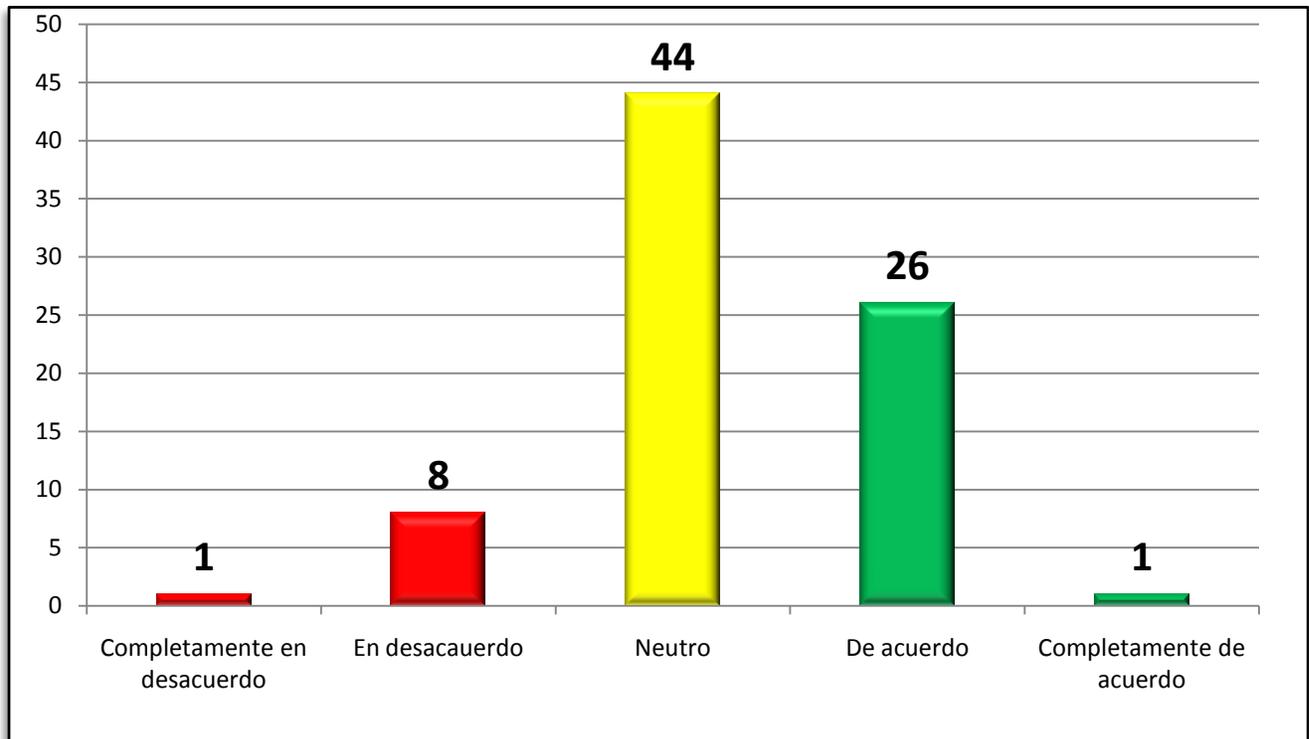
**Gráfico 10. Aceptabilidad que tiene el personal de salud con la Dimensión técnica del trabajo realizado en la implementación del MOSAF.**



**Gráfico 11. Aceptabilidad que tiene el personal de salud con la dimensión interpersonal del trabajo realizado en la implementación del MOSAF.**



**Gráfico 12. Aceptabilidad que tiene el personal de salud con todos los diferentes aspectos relacionados con el trabajo realizado en la implementación del MOSAFC.**



## Discusión de Resultados

Debido a que ninguno de los equipos nos mostró el diagnóstico situacional de salud de su población, no se pudo hacer una valoración de la situación de esa población desde la propia perspectiva de los equipos de trabajo en las unidades de salud. Tampoco estuvieron los planes de trabajo surgida a partir de la problemática encontrada, por lo que tampoco pudo evaluarse la pertinencia de las actividades y planes de intervención de éstos equipos de trabajo en función del quehacer que espera el nuevo modelo de atención en salud familiar y comunitaria.

Aunque las personas encuestadas, reconocen que han avanzado en el proceso de dispensarización, es evidente que todavía no han avanzado a un segundo nivel de complejidad de la gestión del modelo que es programar la prestación de servicios a partir de una realidad concreta, y una forma de interpretación de esa realidad. Sabemos que solo el proceso de levantado de la información domiciliar de cada familia e individuos ha sido penosa y que no han contado con el tiempo suficiente para transformar los roles y desempeño en el nuevo modelo, además de las subsecuentes distracciones del proceso establecidas por el riesgo epidemiológico de la gripe A H1N2, brote de dengue y el de Leptospirosis que significó grandes esfuerzos del personal de salud a cargo de los equipos de trabajo.

El trabajo de capacitación que han desarrollado las autoridades del Ministerio de Salud son notorias debido a que el 90.0% de los encuestados refirieron haber recibido capacitación alrededor del modelo de atención que se impulsa en Nicaragua. También son notorios los esfuerzos en las políticas de recursos humanos ya se encontró que los trabajadores de la salud estaban sensibles a los cambios en la medida de que hay aceptación teórica de las bondades del modelo y tienen grandes expectativas con la eficacia del modelo.

### **Comprensión del modelo:**

Es importante destacar de que se vienen haciendo esfuerzos conceptuales desde hace muchos años con la discusión de los procesos de reforma donde se ha mencionado el reconocimiento implícito de la mala calidad de los servicios, insumos que fueron asumidos como verdaderos cuando se fundamentaba el MAIS como nuevo modelo de atención. Es normal por lo tanto que existan expectativas por parte de los trabajadores de la salud de que el nuevo modelo pueda generar opciones de eficacia y de eficiencia para mejorar la salud de la población a la que sirven.

También se observa que gran parte de los equipos llevan bien adelantado la recolección de información de salud de las familias, sin embargo esto no se ha traducido en el análisis situacional de los sectores ni en el diseño de planes de trabajo con las características que el modelo impulsa: “Centrado en la promoción”. De hecho, ninguno de los equipos mostró el plan, aunque algunos dijeron tenerlo. Si partimos del hecho de que el plan orienta el quehacer y es un documento de gestión, este debe ser visible a todos los actores sociales involucrados en su ejecución. Sin embargo, esto no fue visible. Algunos adujeron que los tenían en electrónico, otros que no estaban autorizados a mostrarlos a pesar de que se hicieran coordinaciones con los Centros de Salud para tener disponibilidad a ellos.

El diseño de planes demuestra y refleja en sí el compromiso con las políticas institucionales y para el MOSAFC un nuevo quehacer centrado en las acciones de promoción, sin embargo el paradigma asistencialista en que se centró por mucho tiempo el modelo de salud y sobre todo el MAIS es difícil superarlo, sobre todo porque también las autoridades superiores deben estar más conscientes de este proceso a tal punto de cambiar los indicadores de insumos, procesos y resultados. En los casos discutidos, el personal de salud se encuentran en el dilema de llevar bajo su responsabilidad el traslape de dos modelos: El MAIS como forma tradicional de atención y el germen del MOSAFC. Germen en el sentido que todavía no podemos hablar de un desarrollo en potencia.

El brote de la emergente gripe AH1N1, puso a prueba el enfoque del modelo y concentro en amplios sectores de la comunidad la responsabilidad de la comunicación. Con la llegada de la vacuna, el enfoque se dirigió nuevamente al trabajo del profesional de la salud con una definida coordinación: Los líderes buscan a las personas, el personal resuelve su aplicación.

El brote esperado de dengue y después el de Leptospirosis llega a evidenciar de que el enfoque promocional de la salud y preventivo de sus problemas no se ha podido asumir en el quehacer del nuevo modelo, su abordaje significó un desgaste en los procesos de planificación a nivel local que consistieron en cumplir metas de coberturas de búsqueda, medicación en la emergencia, mientras los otros problemas no eran abordados en las mismas intervenciones.

La encuesta de la brigada Cubana: “Todos con vos” tuvo mejor coordinación con diferentes sectores sociales, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento, mientras nuestro personal todavía no reconocen que la participación de la comunidad tenga un rol importante en la implementación del modelo.

### **Aceptación de la implementación del nuevo modelo: La dimensión técnica.**

Encontramos una fuerte tendencia a mostrar neutralidad con las diversas aseveraciones y también desacuerdos en aspectos relacionados con la estructura establecida para la implementación del modelo. En esto juega un peso importante de que muchos no consideran suficientes la asesoría para el proceso de dispensarización, faltaron recursos para procesar y analizar la información para la elaboración del diagnóstico y la presión del tiempo, mientras se debieron resolver problemas de la atención cotidiana de las enfermedades y los programas.

En cuanto al proceso prevaleció la posición neutral, de acuerdo y completamente de acuerdo. Esto tiene que ver con el reconocimiento por parte del personal de que los recursos asignados para un compromiso de poco tiempo son insuficientes, llegando a manifestar que el “trabajo es más cansado y cargado de actividades”.

Sin embargo es notorio que más personas se mostraron de acuerdo y completamente de acuerdo con las aseveraciones de la dimensión técnica de los resultados, lo que implica en sí un reconocimiento a que el modelo ha generado cambios positivos en las coberturas de los programas.

Al final en la dimensión técnica prevalece una posición neutra (que puede indicar en estudios como este, el no compromiso con una respuesta negativa), seguida con las respuestas de acuerdo y completamente de acuerdo, lo que indica que se deben reconocer dificultades propias de los aspectos de organización y de gestión de la implementación del modelo, sobre todo aspectos relacionados con una política de incentivos que fortalezcan los cambios.

### **Aceptación de la implementación del nuevo modelo: La dimensión interpersonal.**

Encontramos posiciones de “estar de acuerdo” y “completamente de acuerdo”, seguido por “neutralidad” en sus con la estructura. Aspectos que tienen que ver con las relaciones para el trabajo entre el personal encargado del proceso de dispensarización.

Un aspecto donde hubo mayor desacuerdo fue con el de las relaciones de trabajo entre autoridades y personal, posiblemente se deben de tomar en cuenta que todo cambio genera formas resistencia al mismo y mayor sobre esfuerzo por parte de los gerentes y en este proceso de trabajo se tienden a agrietar las relaciones humanas.

En el proceso de trabajo la dimensión interpersonal se nota un poco el orgullo del trabajador en su participación en la procura de mejoras. Sin embargo esto no llega a ser reconocido por las autoridades a diferentes niveles y son explícitos en manifestarlo.

De forma global prevalecen las respuestas neutrales seguidas con respuestas de acuerdo y en desacuerdo de la dimensión interpersonal. Es importante trabajar el tema de relaciones humanas y clima organizacional con miras a darle mayor empoderamiento al personal con su trabajo.

De forma global, los equipos básicos respondieron de forma neutral en un gran porcentaje continuando en segundo lugar un porcentaje importante que estuvo de acuerdo. Esto es fundamental y un punto de partida para buscar mejorar los aspectos donde hay mayor resistencia a los cambios o formas de insatisfacción para alcanzar mejores formas de compromisos de los trabajadores con el modelo.

## Conclusiones

- 1) La falta de cambios en los procesos de planificación y de gestión a nivel de los equipos de trabajo, está dificultando el desarrollo del modelo y da la apariencia de estar detenido. Sin embargo, 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.
  
- 2) Las dificultades en cuanto a la aceptación del proceso de trabajo se da en la disponibilidad de recursos y la forma como se organizó el trabajo de dispensarización, aunque hay aceptación con los resultados de este trabajo. También los trabajadores consideran que, existe una sobrecarga de trabajo y de poco reconocimiento a la labor realizada.

## Recomendaciones

- 1) Desarrollar desde el SILAIS una amplia discusión sobre los procesos de gestión requeridos para el desarrollo del nuevo modelo ya que ello implica cambios de comportamientos en el personal y es más difícil que cambiar los procedimientos.
- 2) Capacitar a los Equipos de conducción en el apoyo sostenido de a las actividades que realiza el personal de salud, sobre todo de los directores de los Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria.
- 3) Desarrollar indicadores de estructura, procesos y resultados vinculados al nuevo modelo que permitan generar mayores compromisos de trabajo con el modelo a todos los niveles.
- 4) Implementar políticas de estímulo a los trabajadores que participan del cambio.

# Bibliografía

---

- <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.
- <sup>2</sup> Ministerio de salud de Nicaragua. Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Managua, julio 2,008. Documento oficial.
- <sup>3</sup> 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
- <sup>4</sup> 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.
- <sup>5</sup> Nicaragua. Reglamento de la Ley General de Salud. Decreto N° 001-2003. La Gaceta Diario Oficial Año CVII, N° 7 del 10 de Enero de 2003. Artículo 6; p 106.
- <sup>6</sup> Roa R, Siede J, Ruiz Morosini ML. Medicina Familiar. Bases para un nuevo modelo de atención. Editorial Akadia. Buenos Aires, 1997
- <sup>7</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.
- <sup>8</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 2,009.
- <sup>9</sup> 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.
- <sup>10</sup> Vidal Ledo, M., Rodríguez AL. Enseñanza de la Atención Primaria de Salud. Educ Med Sup; 2004 18 (3).
- <sup>11</sup> Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas, 2007 (Vol. II). Documento oficial disponible en: <http://www.paho.org/hia/home.html>.

- 
- <sup>12</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>13</sup> Osorio Gómez, JC, Herrera Umaña, MF. Modelo para la evaluación del desempeño de los proveedores utilizando AHP. Ingeniería & Desarrollo. Universidad del Norte. 23: 43-58, 2008.
- <sup>14</sup> Starfield B, 1998. Primary Care. Balancing health needs, services and technology. New York, Oxford University Press.
- <sup>15</sup> 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 2004.
- <sup>16</sup> De Negri Filho A, 2004. Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade das políticas públicas. En: Girotti Sperandio, A.M. O Processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas-São Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS
- <sup>17</sup> Nicaragua. Ministerio de Acción Social. Política de Población. Managua 1996. Documento oficial.
- <sup>18</sup> Organización Mundial de la Salud. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá 1986.
- <sup>19</sup> Silva Gómez, Edelmira, et al. Influencia del medio ambiente en la organización familiar. Universidad Santo Tomás de Aquino. Bogotá. 1975. p.33
- <sup>20</sup> Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense. op. cit. p. 23.
- <sup>21</sup> Organización Panamericana de la Salud; Atención primaria ambiental (APA). OPS/HEP/98.1. Washington D. C. 1998. p. 24.
- <sup>22</sup> Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines 1920. Informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el consejo Consultivo de servicios médicos y afines. publicado por OPS/OMS en publicación científica No. 93 Washington D. C. 1961. párrafo 4.

- 
- <sup>23</sup> Nicaragua, Secretaria de la Presidencia - SETEC, Política y estrategia nacional de descentralización para el desarrollo local y reducción de la pobreza, Feb. 2007
- <sup>24</sup> Cristóbal Pera. Formación de los profesionales de la salud Una reflexión a las puertas del siglo XXI. Desde la formación pre graduada a la formación postgraduada. Una travesía azarosa. *Jano*, Vol. L, nº 1171, 1996.
- <sup>25</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.
- <sup>26</sup> Brito P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Rev Panam Salud Públ.* 2000; 8:43-54.
- <sup>27</sup> Ministerio de Salud de Brasil- OPS/OMS/CONASEMS. Coordinadora General de RRHH. Política de Recursos Humanos para la Salud: Cuestiones en el área de gestión y regulación del trabajo. Informe Final. Brasilia, 1999.

# **Anexos**

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR Vivienda No:										
SILAIS:		COMUNIDAD:			Sector			FAMILIA No:		
Municipio.		Direccion o referencia de la vivienda								
Nombre del que realiza la visita					Profesion:					
No.	Nombre y Apellidos	Fecha nacim	Edad	Etnia	Sexo	Escolaridad	Profesión	Ocupación	Facts Riesgo/Enfermedades	GD
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
CARACTERÍSTICAS HIGIÉNICO-SANITARIAS										
Fecha	Hacinamiento	Animales Doméstico	Riesgo Accidentes	Facts Medio ambientales	Combustible Cocinar	Abastec. Agua(fuente)	Calidad Agua	Electricidad	Depósito Excretas	Depósito de basura
FACTORES SOCIOECONÓMICOS							FAMILIOGRAMA			
Fecha	Caráct Estruct Vivienda	Cultura Sanit.	Caráct Psicossociales	Satisfacción Necesidades Básicas						
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR										
Fecha	Tamaño	Ontogénesis	Etapa Ciclo Vital	Crisis Normativa	Crisis Paranormativa					
<b>OBSERVACIONES</b>										

**PROGRAMACION DE CONSULTAS Y TERRENOS**

<b>No.</b>	<b>MESES</b>											
	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>A</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>J</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>D</b>
<b>1</b>												
<b>2</b>												
<b>3</b>												
<b>4</b>												
<b>5</b>												
<b>6</b>												
<b>7</b>												
<b>8</b>												
<b>9</b>												
<b>10</b>												
<b>Intervenciones realizadas:</b>												

## ***Diagnóstico situacional de la población por unidades de salud***

En la unidad se ha analizado la información recabada por el censo de familia y se ha realizado un diagnóstico situacional de salud. Le solicitamos el informe realizado sobre el diagnóstico.

<b>I.- Datos generales:</b>	
Puesto de Salud:	Territorio: <input type="checkbox"/> Perla María Norori <input type="checkbox"/> Mántica Berio <input type="checkbox"/> Sutiava
EBAISFC:	
<b>II.- Información generada por el análisis de los datos:</b>	<b>Observaciones específicas:</b>
1) Indicadores demográficos de la población: a. Se identifican grupos representados mayoritariamente: i. Por edad ii. Por género iii. Por sectores geográficos iv. Por nivel educativo b. Se identifica problemas socioeconómicos i. A partir de su ocupación ii. Su género iii. Su escolaridad	
2) Sobre el estado de las familias: a. Se clasifican las familias i. Por tamaño ii. Ontogénesis iii. Etapa del ciclo vital b. Se identifican la presencia de crisis: i. Normativas ii. Paranormativas	

<p>3) Riesgos a la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Se identifican riesgos socio demográficos: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Físicos</li> <li>ii. Ambientales</li> <li>iii. Sociales</li> </ul> </li> </ul>	
<p>4) Daños a la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Se identifican enfermedades agudas</li> <li>b. Se identifican factores de riesgos <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Modificables</li> <li>ii. No modificables</li> </ul> </li> <li>c. Se identifican enfermedades crónicas</li> <li>d. Se identifican cada una de los grupos dispensariales</li> </ul>	
<p>Observaciones generales:</p>	

**Comprensión de la aplicación del nuevo modelo en el desarrollo de estrategias de atención a las familias y los grupos vulnerables.**

<b>I.- Datos generales:</b>		
Territorio:	Puesto de salud:	
<input type="checkbox"/> Sutiaba <input type="checkbox"/> Perla María <input type="checkbox"/> Mántica	Persona que da información	Tiempo de trabajar en el MINSA (en años): /__/__/
	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Auxiliar	Ha recibido capacitación en el nuevo modelo de salud:
Nivel de avance del proceso de Dispenzarización (en %): /__/__/		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>II.- Sobre la aplicación del nuevo modelo de atención en salud:</b>		
Considera que haber sectorizado la atención de la salud juega un papel de gran importancia en el mejoramiento de la atención médica?		
<input type="checkbox"/> Si Explique: <input type="checkbox"/> No		
Considera que haber dispensarizado a la comunidad juega un papel de gran importancia en la planificación de la atención médica?		
<input type="checkbox"/> Si Explique: <input type="checkbox"/> No		
La información que han recolectado del proceso de Dispenzarización tiene utilidad práctica en el proceso de planificación?		
<input type="checkbox"/> Si Explique: <input type="checkbox"/> No		
Existe algún cambio en la forma como se atiende, actualmente a la comunidad en relación a como se hacía hace 3 años?		
<input type="checkbox"/> Si Explique: <input type="checkbox"/> No		
Estos cambios en la forma de atender han dado mejores resultados?		
<input type="checkbox"/> Si Explique: <input type="checkbox"/> No		

**III.- Percepción sobre los desafíos del modelo:** (responda según corresponda.

1=completamente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4=De acuerdo; 5=Completamente de acuerdo)

<b>Aseveraciones</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
11) La forma como estamos trabajando actualmente con el nuevo modelo mejora la calidad de la atención					
12) Con la forma como se está trabajando actualmente se está mejorando la cobertura					
13) Con el nuevo modelo hay más captación de usuarios y usuarias a los programas					
14) Con el nuevo modelo de atención se están dando menos complicaciones que antes					
15) La comunidad se encuentra participando con la unidad de salud en planificar, realizar y evaluar acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud					
16) A las personas de la comunidad que trabajan en salud les ha gustado esta forma de trabajar					
17) El personal siente que el esfuerzo que se esta haciendo vale la pena					
18) Hay mayor libertad entre los profesionales de la salud de hacer su trabajo con este modelo de atención					
19) El personal está más contento con lo que hace en el nuevo modelo					
20) El personal está contento en hacer las cosas en la forma como lo hace					
Observaciones:					

<b>IV, Aceptación con la implementación del nuevo modelo;</b>					
<i>Pregunte al personal como se ha sentido en relación a los siguientes aspectos. Marque la respuesta según el siguiente código: 1 = Completamente en desacuerdo; 2 = en desacuerdo; 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 =De acuerdo; 5 = Completamente de acuerdo.</i>					
<b>Aseveraciones</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Dimensión técnica relacionada con la estructura:</b>					
23)El personal ha sido debidamente capacitado en el proceso de dispensarización.					
24)Hemos contado con la asesoría necesaria a cada momento para alcanzar con los objetivos del plan de implementación					
25)Hemos contado con el material necesario para hacer el censo de salud en la población					
26)Hemos contado con medios y recursos para procesar y analizar la información.					
27)Hemos contado con el tiempo necesario para desarrollar cada una de las etapas implementadas					
<b>Dimensión técnica relacionada con el proceso</b>					
28)Hemos recibido el apoyo de diferentes sectores para cumplir con cada una de las actividades programas durante la implementación del MOSAFC					
29)Las actividades relacionadas con la dispensarización han sido bien cargadas de sobre esfuerzo del personal					
30)El trabajo ha sido muy cansado					
31)Los recursos asignados al proceso han sido insuficientes					
<b>Dimensión técnica relacionada con el resultado:</b>					
32)Se han generado cambios en las formas de trabajo que lleva el personal					
33)Se han desarrollado nuevas formas de trabajo con la comunidad y sus líderes					
34)Estamos alcanzando mejores coberturas en todos los programas normatizados por el MINSA					
35)Hemos mejorados la forma de planificar la atención, las actividades de prevención y de promoción					

<b>Dimensión Inter- personal, en los componentes de estructura</b>					
<b>Aseveraciones</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
36) Estamos conformados equipos de trabajo muy colaborativos y solidarios					
37) Existen relaciones de camaradería con las autoridades y su personal de apoyo para la implementación del nuevo modelo					
38) Tenemos buenas relaciones de apoyo de los equipos docentes de la universidad y del ministerio de salud					
39) Hemos mejorado las formas de comunicación entre todos los actores de la implementación del modelo					
<b>Dimensión Inter- personal, en los componentes de proceso</b>					
40) Presentamos nuestros avances y recibimos recomendaciones de expertos en la implementación del modelo					
41) Estamos recibiendo apoyo mediante formas organizadas y educativas de monitoría, supervisión y control del proceso					
42) Se identifican nuevas necesidades de recursos para cumplir con los planes de trabajo					
<b>Dimensión Inter- personal, en los componentes de resultado</b>					
43) Hemos recibido el reconocimiento moral de las autoridades de salud por el trabajo realizado.					
44) Estamos satisfechos con los resultados alcanzados					

