

T194  
B533  
2002

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA**

**"FACTORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS QUE INCIDEN EN EL  
RETARDO DE LA SELECCIÓN DE LOS PACIENTES SOSPECHOSOS DE  
TUBERCULOSIS EN EL MUNICIPIO DE DIRIAMBÁ,  
JUNIO- DICIEMBRE DE 1999"**



*Alma Lila Portera*

**ALUMNAS :**

- DRA. JACKELINE BERROTERAN MEJIA**
- DRA. MARILYN GONZALEZ MENDOZA**
- DRA. MARIBEL RIVAS VIVAS**

**TUTOR:**

**DR. ALEJANDRO SOLIS MARTINEZ  
MASTER EN SALUD PUBLICA**

**MAYO DE 2,002**

## CONTENIDO

	PAGINAS
I- INTRODUCCIÓN	1
II- ANTECEDENTES	2
III- JUSTIFICACIÓN	5
IV- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V- OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS	7
VI- MARCO TEORICO	8
VII- DISEÑO METODOLOGICO	22
VIII- RESULTADOS	30
IX- DISCUSIÓN DE RESULTADOS	32
X- CONCLUSIONES	35
XI- RECOMENDACIONES	36
XII- BIBLIOGRAFÍA	37
XIII- ANEXOS	39

## *Resumen Ejecutivo*

La tuberculosis es un problema de Salud Pública, debido a que es la causa de 1.5 millones de muertes al año a nivel mundial, situación que se empeora con el VIH/SIDA, ya que aproximadamente 2 millones de personas a nivel mundial tienen latente la enfermedad.

Nicaragua aplicando la estrategia DOTS/TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) desde 1984, ha incidido en la reducción de la enfermedad, alcanzando Tasas de Curación del 81%. No obstante, se hace necesario el fortalecimiento de las actividades que se llevan a cabo en el programa, de forma oportuna y eficaz para contribuir a la iniciativa mundial de control de la Tuberculosis.

El estudio “Factores de los Servicios de Salud públicos que inciden en el retardo de la Selección de los pacientes sospechosos de Tuberculosis” es de tipo descriptivo de corte transversal, en donde se utilizó el Análisis Operacional como Herramienta de Evaluación de Procesos de atención. El cual se realizó en el Municipio de Diriamba durante el período de Junio–Diciembre de 1999.

El universo lo constituyeron 107 pacientes SR + 21 que acudieron a realizarse baciloscopia en las diferentes Unidades de Salud del municipio de Diriamba, seleccionándose una muestra de 93 pacientes.

Entre los principales resultados asociados a los factores de los Servicios de Salud Públicos que inciden en el retardo de la Selección de los pacientes sospechosos de tuberculosis, se encontraron los siguientes:

- En relación a la accesibilidad geográfica a los servicios de salud Público el 64% de los pacientes entrevistados manifestaron que para acudir al Puesto de Salud tardan menos de 15 minutos y la mayoría lo hace a pie; el 40% de los que asisten al Centro de Salud y Hospital tardan más de 45 minutos en ambos y lo hacen a través de autobús.
- El 95% de los prestadores de servicios expresaron tener conocimientos sobre la Norma del Programa de Control de Tuberculosis, prevaleciendo el perfil profesional Médico (29%) del Sector Público como Privado. El perfil de Enfermería Técnico Medio y Superior del Sector Público tuvieron el menor porcentaje de conocimiento con el 9%. El 77% de todos los profesionales entrevistados han recibido capacitación formal a través de Talleres anuales impartidos por el PCT y el 23% no ha recibido.

- Con respecto a la indicación del BAAR a los pacientes entrevistados según proveedor de servicios, al 73% se le indicó este examen a través de los establecimientos Públicos, con predominio de esta indicación en el Hospital (40%) y al 27% se le indicó BAAR a través de Consultorios Privados.
- El tipo de gasto que predominó en las diferentes búsquedas de alivio, fue en orden de importancia el relacionado con el transporte y compra de medicamentos no antifímicos, siendo estos gastos generados en su mayoría por Médicos del Sector Privado.

Los resultados antes expuestos permiten considerar la necesidad de hacer las siguientes propuestas de intervención a las Autoridades del Ministerio de Salud, para que contribuyan a mejorar la atención de los pacientes sospechosos de tuberculosis y acortar el proceso de selección de los mismos:

**1- Sensibilización a la población y personal de salud Médicos, Enfermería y Laboratorio, tanto del sector Público y Privado a través de las siguientes acciones:**

Realizar sesiones informativas semestrales sobre el comportamiento epidemiológico de la enfermedad y distribución dos veces al año de Boletines informativos sobre el manejo de la enfermedad así como establecer coordinación con los medios de comunicación local para brindar Educación sobre este problema de salud pública.

Coordinar un encuentro anual entre prestadores de servicios y pacientes para la presentación de Testimonios y experiencias sobre el padecimiento y curación de la enfermedad.

**2- Fortalecimiento de la atención con enfoque integral a los pacientes sospechosos de tuberculosis para disminuir el retardo en la selección de los mismos, a través de:**

Capacitación a Médicos, Enfermeras, Técnicos de Laboratorio, tanto del sector público como privado a través de Talleres polivalentes haciendo uso de las Normas con que cuenta el MINSA, incorporando el manejo de los pacientes sospechosos de tuberculosis en el plan de Educación Permanente a nivel local, reorganizar los servicios de salud orientado al enfoque integral de la atención, fortalecer la consejería dirigida a los pacientes en relación a su involucramiento en la solución de la enfermedad, mantener el Plan de Monitorización y Supervisión del Programa de Control de Tuberculosis, captación oportuna de pacientes sospechosos de tuberculosis a través de visitas de terreno del personal de enfermería con la guía establecida actualmente.

## **AGRADECIMIENTO**

*A los pacientes, ejes principales y motivadores de nuestro estudio*

*A Carmen Delia Zúñiga, Enfermera del PCT del municipio de Diriamba por su incondicional apoyo y acompañamiento durante el desarrollo de este trabajo*

*Al Dr. Alejandro Solís, Tutor de nuestro trabajo, por su paciencia, esmero entrega y dedicación para la realización del estudio*

*A Lic. Alma Lila Pastora, por sus amistad incondicional y sus consejos sabios y oportunos en el desarrollo de este trabajo.*

*Al Dr. Julio Piura, y a su excelente Cuerpo Docente, quienes nos transmitieron sus conocimientos y experiencias y nos motivaron a desarrollar habilidades de investigación en la Salud Pública*

*A Jean Macq, como coordinador del Proyecto UNIOSS quién nos brindo apoyo logístico para la realización de este estudio.*

*A todas las personas que nos apoyaron para concluir con éxito nuestro trabajo de investigación*

*Jackeline Berroterán Mejía  
Marilyn González Mendoza  
Maribell Rivas Vivas*

## **DEDICATORIA**

*A Dios todo poderoso que guía mis pasos en cada instante de mi vida*

*A mis padres Wilder y Josefa a quienes debo todo lo que soy, por todo su esfuerzo y todos los valores que inculcaron en mi infancia que me han servido para valerme en la vida*

*A mis profesores del CIES por enseñarme todos sus conocimientos y experiencias*

*A mis amigas y compañeras de estudio Maribell y Marilyn por apoyarme en todo momento de la realización de este trabajo*

*A todas las personas que me apoyaron para concluir este estudio*

*Jackeline Berroterán Mejía*

## **DEDICATORIA**

*A Dios por ser mi guía en todo momento de mi vida*

*A mis Padres Luz María y Ramón , por su amor, consejos y apoyo que siempre me han brindado desde el inicio de mi carrera.*

*A mis hermanos que siempre me están apoyando en cualquier momento y circunstancia de mi vida.*

*A mi amiga y compañera de trabajo Yolanda, que siempre me motiva a salir adelante, por ese apoyo incondicional que me brindó durante el desarrollo de este trabajo*

*A mis amigas Maribell y Jackeline que siempre me motivaron a seguir adelante con ese empeño, dedicación y optimismo para concluir este estudio*

*Marilyn González Mendoza*

## **DEDICATORIA**

*Agradezco a Dios Todopoderoso quien me ha concedido todas las peticiones en mi vida*

*A mi madre Lucrecia quien se esforzó para garantizar mis estudios y me inculcó principios para lograr éxitos en la Vida .*

*A mi esposo Orlando por su incondicional apoyo y amor que me ha motivado a seguir adelante .*

*A mis hijas Lis y Janise a quienes amo y me inspiran a tener un futuro mejor*

*A mis Profesores del CIES quienes me transmitieron parte de su conocimiento con abnegación y empeño y la amistad incondicional que me han brindado .*

*A Marilyn y Jackeline amigas incondicionales en todo momento y quienes me motivaron a realizar este estudio*

*Maribell del Carmen Rivas Vivas*

## I. INTRODUCCION

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, causada por el micobacterium tuberculosis (bacilo de Koch). La tuberculosis en América Latina se halla controlada o en vías de control en algunos países, sin embargo constituye un problema de salud pública grave, y es la primera causa de mortalidad debido a un agente infeccioso único en los individuos entre los 15 y 49 años de edad.

En 1964, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) propuso como estrategia para el control de esta enfermedad, la elaboración de Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis (PNCTB), los cuales deberían basar sus actividades, en la utilización de la bacteriología para fines diagnósticos.

El Programa Nacional de Tuberculosis surge en Nicaragua, a partir de los años 1984 y es de los programas priorizados en las Políticas Nacionales de Salud, cuenta con un sistema propio de información, Normas establecidas, Programación de Insumos Médicos y no Médicos. El Programa tiene como políticas la capacitación anual de los recursos asignados, mecanismo de gestión como son las Supervisiones Trimestrales, Evaluación Anual basándose en indicadores trazadores previamente establecidos propios del Programa y no del Modelo de Atención de los Servicios de Salud.<sup>1</sup>

Partiendo de la Situación actual del Programa y de la falta de integralidad en los Servicios de Salud, orientamos nuestro estudio a la identificación de factores en los servicios de salud que inciden en el retardo de la Selección de pacientes sospechosos de Tuberculosis, en el municipio de Diriamba-Carazo, utilizando como instrumento de investigación el Método de Análisis Operacional, el cuál permite analizar el proceso de atención del paciente tuberculoso y ayuda a identificar las disfunciones tanto del programa y la propuesta de intervenciones prioritarias para el mejoramiento del proceso de atención.<sup>2</sup>

Consideramos importante en nuestro estudio desarrollar la Etapa de Selección, ya que en las unidades de atención del país se reconoce que existe retardo en la Selección de un paciente sintomático respiratorio de más de 21 días (SR +21) como sospechoso de tuberculosis, orientándose el diagnóstico hacia otras patologías, omitiéndose los criterios mencionados en las normas del programa de tuberculosis donde se tiene como criterio básico para la selección de un paciente sospechoso, la tos por más de 21 días y el envío de su Baciloscopia para su diagnóstico oportuno.<sup>3</sup>

En la estructura organizativa del MINSA, el Municipio de Diriamba pertenece al SILAIS Carazo, con una población asignada por INEC de 55,370 hab, 341 km<sup>2</sup> de extensión territorial, para una densidad poblacional de 165 hab/km<sup>2</sup>. Dispone de una red de servicio de 6 unidades de salud, de ellas 1 Hospital, 1 Centro de Salud y 4 Puestos de Salud, además existe prestación de servicios por Consultorios Médicos Privados y una Empresa Médica Previsional. Cuenta con 63 recursos humanos de los cuáles 8 son Médicos y 27 personal de Enfermería. Los Puestos de Salud disponen de personal Médico y de Enfermería de forma permanente. En relación a Laboratorio Clínico, sólo se dispone en el Centro de Salud Cabecera.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Normas de Tuberculosis, Nicaragua 1994 y 2000.

<sup>2</sup> Macq Jean, Orozco M, Solís A, Utilización del análisis operacional para mejorar la integración del programa de control de la tuberculosis en los servicios de salud en América Latina 1999.

<sup>3</sup> OPS/OMS Guía para la evaluación de un programa nacional de Tuberculosis, 1998.

<sup>4</sup> Ministerio de Salud, Plan de salud, SILAIS Carazo año 2001.

## II. ANTECEDENTES

La tuberculosis (TB), es la enfermedad más antigua que ha padecido el hombre y la que más lo ha diezmado a lo largo de su historia, continúa siendo en la actualidad la infección humana que mayor número de enfermos y muertes ocasiona anualmente en el mundo.

En la actualidad, cuando la población mundial se encuentra cercana a los 6,000 millones de habitantes, se estima que una tercera parte (1.900 millones) se encuentra infectada por *M. Tuberculosis*. Sin embargo, mientras en los últimos 40 -45 años los países desarrollados han seguido acertados programas de control de la TB que se han encargado de detectar precozmente y de curar a la mayoría de los enfermos, las naciones en vías de desarrollo escasamente han luchado contra esta enfermedad y han mantenido un elevado número de casos infectantes en la comunidad.

La mortalidad anual por TB es actualmente cercana a los 3 millones, lo que convierte al *M. Tuberculosis* en el mayor asesino, considerado como patógeno único.

En España se producen cada año entre 16,000 y 18,000 nuevos casos de enfermedad tuberculosa, de los que la mitad son altamente contagiosos. Esto supone unas tasas específicas de 40-45 nuevos casos por cada 1000,000 habitantes. Por otra parte, la distribución etárea de nuestros enfermos dibuja una curva más cercana a la estimada para los países en vías de desarrollo y a la que presentaban las naciones desarrolladas hace 40 años, que a la que ofrecen actualmente este último grupo de países. Así el grupo de 25-34 años continúa siendo el más afectado, seguido del 15-24 y del de 35-44.

En estudios realizados en Japón<sup>5</sup>, Malasia<sup>5</sup>, Holanda<sup>6</sup>, Chile<sup>7</sup>, Perú<sup>8</sup>, han revelado tiempos de diagnóstico, que sobrepasan en un alto porcentaje, los tres meses después que el paciente ha iniciado la sintomatología. Los factores asociados con el tiempo de demora para el diagnóstico cambian de acuerdo al país donde se lleva a cabo el estudio, sin embargo, en términos generales, se mencionan los siguientes: falta de tiempo del paciente, automedicación, cantidad excesiva de Unidades de Salud visitadas y número de consultas realizadas, factores socioeconómicos, accesibilidad, etc.

En Nicaragua, el equipo del Nivel Central del Programa de Control de Tuberculosis, en los años 1994-1995, realizó el primero y único estudio para conocer el tiempo de demora en el diagnóstico y posterior tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar.

---

<sup>5</sup> Aoki, M; Mori,T; Shima, T. Studies on factor influencing patients, doctor and total of tuberculosis case detection in Japan. Bulletin of international Union Against Tuberculosis. 60 (3-4). Sep- Dec 1985.

6- Cheon – Pak-Soon. El factor tiempo en la detección de los casos bacilíferos de tuberculosis en Malasia. Boletín de la Unión Internacional contra la Tuberculosis. 54 (2) Junio 1979.

7- Hellinga, H.A.; Geuns, V.; Styblo,K. Vigilancia de las medidas de tratamiento y diagnóstico de la tuberculosis pulmonar. Boletín de la Unión Internacional contra la Tuberculosis. 54 (2) Junio 1979.

8- Farga, V. Tuberculosis. Publicaciones técnicas mediterránea. 2ª ed. 1992.

9- Perú. Ministerio de Salud. Tuberculosis en el Perú. Demora en el diagnóstico y tratamiento, informe de 1995.

Los principales resultados de la Investigación fueron los siguientes.<sup>10</sup>

- El 56.8% acudieron a la Unidad de Salud después de tres meses de iniciado la sintomatología clínica y 19.2% acudieron después de seis meses.
- Una vez que el paciente entró en contacto con la Unidad de Salud, el diagnóstico fue realizado después de 3 semanas a un 13% de ellos, y el 6.6% fue diagnosticado hasta después de un mes.
- El 72.15% eran bacilíferos, de ellos, el 13.2% inició el tratamiento después de una semana del diagnóstico, incluyendo 7 pacientes que empezaron su tratamiento 3 meses después.

En un estudio realizado en el SILAIS Managua, por los Doctores: Indiana González y Fernando Campos, sobre "Factores asociados a la demora en el diagnóstico y tratamiento de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva en los meses de Marzo- septiembre de 1997" se encontró que el 56.4% de los pacientes estudiados tuvieron un tiempo de espera menor o igual a 21 días desde que el paciente hace el primer contacto con los servicios de salud, hasta que se realizó el diagnóstico a través de baciloscopia. En el otro extremo, se obtuvo que un 42.6% fueron diagnosticados en un tiempo mayor de 3 semanas.<sup>11</sup>

Se realizó una investigación utilizando la Metodología de Análisis Operacional para Evaluar el proceso de atención a pacientes tuberculosos en 5 municipios de 3 SILAIS de Nicaragua", la cuál al hacer un análisis de las fichas de los pacientes ingresados en el PCT de las cohortes 97 y 98 se encontró, que en el municipio de El Viejo- Chinandega, el 39.2% de los pacientes encuestados esperaban más de 60 días entre la primera consulta y el inicio del tratamiento; En Momimbó- Masaya un 25% y en Masatepe un 13.8%.<sup>12</sup>

Recientemente se llevo a cabo una investigación que abordo los factores que intervienen en el proceso de toma, recolección y entrega de resultados de las muestras de esputo de los pacientes SR+21 de tres municipios del departamento de Jinotega en el cual se encontró que el 84% del personal de salud utilizó más de 4 minutos para brindar las orientaciones a los pacientes SR+21 sobre como hacer para obtener una buena muestra de esputo.<sup>13</sup>

Actualmente en el Departamento de Carazo y en todo el País se evalúa solamente el Programa de Control de Tuberculosis analizando Indicadores y Metas aislados de todo el proceso de atención, lo que no permite profundizar en el mismo, es por ello que sentimos la necesidad de utilizar el Método de Análisis Operacional en la Etapa de Selección por considerarla como la etapa principal para la identificación oportuna de la enfermedad y así acortar la cadena de transmisión de dicha patología.

<sup>10</sup> Cruz González, J.R. Tardencilla A, Demora del diagnóstico y tratamiento de tuberculosis por Silais, 1994-1995. Nicaragua, Ministerio de Salud. Programa de Control de Tuberculosis . OPS. 1997. P. 10-12.

<sup>11</sup> González, M. Indiana; Campos, O. Fernando. "Factores asociados a la demora en el diagnóstico y tratamiento de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva, Managua Marzo- Septiembre 1997".

<sup>12</sup> Macq Jean, Orozco M, Solís A. Utilización del análisis operacional para mejorar la integración del programa control de la tuberculosis en los servicios de salud en América Latina, 1999.

<sup>13</sup> Velásquez, H, López, Huete M. Factores que intervienen en el proceso de toma, recolección y entrega de resultados de las muestras de esputo de los pacientes SR+21 de los municipios de Jinotega, pantasma y Bocay en el período de Marzo- Abril del 2000.

En esta etapa de Selección los factores de accesibilidad geográfica y la organización de los Servicios de Salud son aspectos fundamentales para disminuir la morbi-mortalidad de este Problema de Salud Pública.

### **III. JUSTIFICACION**

Partiendo del hecho de que en Nicaragua existe un porcentaje elevado de demora para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar, y que en el Programa Nacional de Control de Tuberculosis no dispone de estudios operativos de los servicios de salud sobre los factores que inciden en el retardo de la selección de un paciente sospechoso de tuberculosis, hemos considerado necesario realizar este estudio en el municipio de Diriamba, durante los meses de Junio- Diciembre de 1999.

Tomando también en consideración que el rango de captación a nivel nacional de los SR+21 oscila entre 0.3-2.4 muy por debajo del 2% del indicador establecido por el Programa Nacional

Dicho estudio pretende obtener información útil que pueda servir a los tomadores de decisiones para el establecimiento de estrategias que permitan modificar esta situación.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En base a lo anteriormente planteado en la justificación de nuestro estudio se formula las siguientes preguntas

¿Cuáles son los factores de los servicios de salud públicos que inciden en el retardo de la selección de los pacientes sospechosos de tuberculosis, en el municipio de Diriamba, de Junio- Diciembre de 1999?

¿Cuál son los factores de accesibilidad geográfica de los servicios de salud públicos que inciden en la Selección temprana de pacientes sospechosos de tuberculosis?

¿Qué factores organizacionales de los servicios de salud públicos y privados inciden en la selección temprana de los pacientes sospechosos de tuberculosis ?

¿Cuáles son las oportunidades perdidas en los centros de atención para la Selección precoz de un paciente sospechoso de tuberculosis ?

¿Incurren los pacientes sospechosos de tuberculosis en gastos económicos durante su búsqueda de alivio ?

¿Qué propuesta de intervención se puede diseñar para los tomadores de decisiones ?

## **V. OBJETIVO GENERAL**

Analizar los factores de los Servicios de Salud Públicos que inciden en el retardo de la selección de los pacientes como sospechosos de tuberculosis en el municipio de Diriamba, de Junio a Diciembre de 1999.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1- Determinar los factores que inciden en la accesibilidad geográfica a los Servicios de Salud Públicos, para la selección temprana de pacientes sospechoso de tuberculosis.
- 2- Conocer los factores organizacionales de los Servicios de Salud Públicos y Privados que inciden para la selección temprana de los pacientes como sospechosos de tuberculosis.
- 3- Identificar las oportunidades perdidas en los centros de atención para la selección precoz de un paciente sospechoso de tuberculosis.
- 4- Analizar el gasto económico en que incurren los pacientes sospechosos de Tuberculosis durante las búsquedas de alivio.
- 5- Sugerir propuesta de intervención para la Toma de Decisión

## **VI. MARCO TEORICO**

### **Proceso de Salud –Enfermedad de la Tuberculosis**

El proceso salud- enfermedad, como objeto de estudio de la ciencia epidemiológica, es la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los distintos grupos la aparición de riesgos o potencialidades características, que se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud.

Así como el proceso salud- enfermedad, como proceso social está determinado por el carácter de la formación económica, social en la que se encuentra, ésta también va a determinar como se organiza la práctica de salud como proceso social.

La tuberculosis fue descubierta por Roberto Koch en 1882 en esputo tísico, donde a partir de entonces se considero necesario “desinfectar” estos esputos.

La TB está producida por uno de los 4 microorganismos que integran el complejo Mycobacterium tuberculosis y que son M. Tuberculosis, M bovis, M. Africanum y M. Microtti. A la familia de las micobacterias pertenecen además otros más de 100 gérmes que principalmente se encuentran en el medio ambiente. Estos tienen escasa capacidad patógena, pero son capaces de producir enfermedad ante situaciones de inmunodeficiencia. Aunque han recibido muchos nombres, quizás el más adecuado sea el de Micobacterias Ambientales Oportunistas (MAO)

M. tuberculosis es un microorganismo con forma bacilar, que se comporta como aerobio estricto. El reservorio de M. Tuberculosis es el hombre, bien el sano infectado o el enfermo.

El mecanismo de transmisión más importante y el que causa la casi totalidad de los contagios es la vía aerógena. El hombre enfermo elimina pequeñas micro gotas (en forma de aerosoles) cargadas de micro bacterias, al hablar, cantar, reír, estornudar y sobre todo al toser.

El potencial de infectividad de un enfermo depende de los siguientes factores: Grado de extensión de la enfermedad, considerándose altamente contagiosos los enfermos con baciloscopia positiva y los portadores de radiografía cavitaria. Severidad y frecuencia de la tos, siendo más contagioso el enfermo cuanto más tose. Carácter y volumen de las secreciones. A menudo un esputo poco viscoso pueden ser el vehículo ideal como aerosol y por lo tanto resultar más patógeno. Quimioterapia antituberculosa, siendo 50 veces menos infectantes los pacientes que la reciben.

La gran mayoría de los individuos infectados por M. Tuberculosis pueden controlar la infección inicial pasando el bacilo tuberculoso a un estado latente dentro de los macrófagos, pudiendo reactivarse a lo largo de la vida del sujeto infectado, cuando éste sufra alguna situación que debilite sus defensas. Es por ello que todo infectado es un enfermo en potencia y hace que el estado de mayor protección frente a M. Tuberculosis es el de la persona que nunca se ha infectado.

El gran problema actual de la TB es que nos encontramos frente a un elevadísimo número de infectados que nunca están libres de padecer la enfermedad. Sin embargo, sólo el 10% de los infectados inmunocompetentes desarrollarán la enfermedad a lo largo de su vida, un 5% como progresión de la enfermedad inicial y otro en el resto de la vida por reactivación de los bacilos latentes que lleva alojados en el interior. Esta situación cambia radicalmente en el SIDA donde se estima que el 50-60% de los infectados por M. Tuberculosis acabarán padeciendo TB activa a lo largo de su vida.

El comienzo en la mayoría de las ocasiones, es insidioso y poco alarmante, por lo que pueden pasar varios meses hasta que se llegue al diagnóstico de certeza. La primoinfección acostumbra a ser subclínica y la TB del adulto tiene también con frecuencia un comienzo solapado en forma de tos, expectoración muco purulenta, sudoración nocturna, cansancio fácil, etc. Aunque en algunas ocasiones el inicio es agudo con fiebre alta, escalofríos, expectoración hemoptóica o hemoptisis franca. En cualquier caso, lo más importante es que el médico descarte TB en todos los “sintomáticos respiratorios”, definidos como aquellos pacientes que presentan tos y/o expectoración durante más de 21 días.

Generalmente se sospecha el diagnóstico de Tuberculosis pulmonar ante los siguientes signos y síntomas: Tos productiva y persistente, especialmente si ha durado más de 2 –3 semanas (SR+ 21), pérdida de peso, dolor en el pecho, fiebre, sudoración en la noche.

La baciloscopia del esputo es la forma más rápida y segura para que el diagnóstico de tuberculosis pulmonar se confirme . En cualquier lugar y momento de la consulta, cuando se sospecha tuberculosis, se indica recolectar sucesivamente tres muestras de esputo (BAAR seriado). El personal de salud debe explicar claro y brevemente al paciente por qué se toma y cómo obtener una buena muestra.

La baciloscopia es altamente específica, adecuada para su aplicación en países desarrollados y sub-desarrollados y puede ser realizada en muchas condiciones.

Los principales resultados que se han encontrado en estudios realizados por la OMS en New Delhi en el proceso de toma, recolección y entrega de los resultados de las muestras de esputo fueron:

- Pobre información a los pacientes SR+21 sobre como recolectar la muestra de esputo por el personal de salud.
- La mayoría de las muestras producidas por los pacientes SR+21 eran saliva.
- El personal de salud no le dedicaba el tiempo necesario a los pacientes SR+21 para explicarles su problema de salud.
- No se usan metodologías educativas para enseñarles a los pacientes SR+21 como producir y recolectar las muestras de esputo por parte del personal de salud.

Es mejor invertir más tiempo en explicarle al paciente SR+21 como hacer para producir y recolectar una buena muestra de esputo y con ello preparar un buen frotis a fin de hacer un examen microscópico más fácil y rápidamente, que perder mucho tiempo en un lectura microscópica de una mala muestra de esputo. <sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> R. Obrien, Foulds Factores que inciden en la mala calidad del esputo. Programa Mundial de Control de la Tuberculosis, Organización Mundial de la Salud, página 3, 1992.

El personal de salud que identifica a los pacientes con síntomas respiratorios, reciben las muestras y las envían al laboratorio. Esto no significa que sólo el personal de la consulta médica es responsable, sino cualquier trabajador de la salud donde sea que trabaje. Se deben utilizar todas las oportunidades posibles para diagnosticar la tuberculosis.

El principal problema que tienen que solucionar los países con la pesquisa de casos viene provocado por el descuido al que se ha sometido a la TB en los últimos 20 años. Ello ha motivado, en primer lugar, que el enfermo retrase en demasiado su consulta médica ante la presencia de síntomas inespecíficos y, sobre todo, que el médico sospeche poco esta enfermedad y produzca otro consiguiente retraso. Existen dos formas de tratar de reducir esta demora y, por lo tanto, de mejorar la pesquisa y educación del médico, paciente y público en general y, en segundo lugar, facilitar el acceso a la atención sanitaria de todos los enfermos con síntomas.

Los servicios de salud sin embargo, no pueden por sí solos conducir al control de la tuberculosis. El Estado debe responsabilizarse de mejorar las condiciones materiales de vida, logrando modificar así el perfil de enfermedad de la población.

La práctica de salud que se realiza a través de los servicios de salud no constituye el único elemento para la acción de salud, ya que su efecto puede llegar a anularse frente al peso determinante de las condiciones de reproducción social (condiciones de vida y trabajo), que experimentan las clases o grupos sociales, y de lo que se deriva la forma como se origina la demanda de los servicios de salud por parte de la población. En una sociedad con una formación económica social en transición, la acción de los servicios de salud es parte de una transformación social a fondo, no restringida por condiciones económicas, ni políticas ajenas a los intereses de la población beneficiaria y por tanto los efectos de los programas de salud y de las actividades que se realizan en los servicios se potencian.

### **Los Servicios de Salud**

“La Organización de los Servicios de Salud deben supeditarse a las necesidades de los demandantes expresadas en forma de organización y conciencia adecuadas, debiéndose diseñar prácticas de Salud que coloquen como centro de cambios las condiciones de vida y trabajo, a través de programas integrales que actúan transformadoramente sobre el papel de reproducción social de dichas clases.”

La atención de servicios de salud, que es más adecuada cuando se estructura en función del sistema de necesidades cada vez cambiante y ascendente de la población, se logra mediante la participación popular en la planificación y manejo de las acciones de salud.

Generalmente existe la tendencia a descargar sobre el enfermo toda la responsabilidad de los fracasos individuales del programa, pero tomando en cuenta todo lo expresado anteriormente, se deben buscar las causas en la organización del programa, en la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad del servicio y de su personal para atender al paciente tuberculoso.

En cuanto a la accesibilidad es la condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios de salud. Las personas que quieren hacer uso de los servicios de una agencia de salud a veces tienen que afrontar una serie de barreras que pueden ser geográfico, de tipo organizacional, cultural y económico.

**Barreras de tipo geográfico:** La localización física de los servicios es un aspecto importante de la accesibilidad, especialmente apreciable en áreas rurales donde el tiempo necesario para llegar al servicio es en ocasiones tan grande que la atención no puede ser oportuna, en las ciudades se combina con el factor económico pues muchos pacientes podrían llegar a los servicios si tuvieran dinero para el taxi, o aun para el bus, pero muchas veces carecen de él.

En términos de accesibilidad geográfica el tiempo promedio de transporte más corto encontrado en el Análisis del Sector Salud del año 2000 fue: para los Puestos de Salud con 27 minutos en el área urbana y 35 minutos en el área rural; le sigue el Médico Privado, con 44 minutos para área urbana y 103 para el área rural; el Centro de Salud con 46 minutos y 78 minutos respectivamente y, finalmente el Hospital con 53 minutos en las ciudades y 111 minutos para el área rural.

El tiempo promedio de espera para recibir atención ambulatoria normalmente es de 1 hora y 15 minutos en el Centro de Salud y 1:07 min. en el Hospital, prácticamente una hora en el Puesto de Salud y 1/2 hora en el Subsector Privado. Entre las principales razones que llevan a la población a no demandar servicios, se menciona la falta de dinero en un 18% de casos y hasta un 20% en el área rural.

**Barreras Organizacionales:** Teniendo recursos suficientes la organización interna de los servicios, en ocasiones establecen barreras de tiempo a los pacientes que han logrado llegar a la institución. En la consulta medica de los Hospitales y los Centros de Salud se pueden encontrar pacientes que después de haber esperado 2 o 3 horas, logran llegar a una ventanilla donde son rechazados, en los casos de urgencias no se rechazan pacientes, pero en ocasiones se les obliga a permanecer un tiempo de espera grande.

Algunos valores muy altos como los 183 minutos (3horas 3 min.) impiden el uso de los servicios ya que las personas que trabajan se ven obligadas a destinar ½ días hábiles para lograrlo, lo cual les crea problemas de tipo económico y laboral.

En este mismo análisis se menciona que la población que se sintió enferma y busco atención lo hizo en mayor proporción en el Centro de Salud, seguido del Médico Privado. La búsqueda de atención en el Puesto de Salud y el Hospital se dio en igual proporción.

Más de un 25% de la población acude directamente a Servicio Privados: 20.4% al Médico, 4.6% Farmacias, y un 0.5% al Brujo; un 69.4% de los que buscan atención curativa ambulatoria de primer contacto lo hacen en la red del MINSA, pero sin utilizar el sistema escalonado de atención: Puesto de Salud, luego el Centro y luego el Hospital. En la búsqueda primaria tiene igual peso el Hospital y Centro de Salud (c/u 11%), lo cual es contradictorio si se toma en cuenta que los hospitales representan el 3% de las unidades y los puestos el 80%.

Una explicación puede ser la baja capacidad de resolución de los últimos, debido a la calificación de sus recursos y a su insuficiente dotación tecnológica y de insumos, además de los problemas de horarios inaccesibles.

El 97% de los entrevistados que requirió servicios ambulatorio manifestó que volvería a solicitar atención a la misma unidad de atención por las siguientes razones: por considerar que es el mejor y que le brinda satisfacción la atención recibida, volvería al hospital solo el 30%, pero el 56% volvería a esa unidad porque no tiene otra alternativa (o es la más cercana, o la más barata, o no hay otra), más del 11% de los consultados hizo valoraciones positiva para volver al Centro de Salud, pero 83% volvería por no tener alternativa.

En los Puestos de Salud, solo el 9% volvería por considerarlos buenos, y un 88% lo haría por ser la única alternativa. El 70% de los entrevistado valoró positivamente a los Médicos Privados.

La agencia debe diseñar sus servicios de tal manera que estas barreras desaparezcan o reduzcan al mínimo, por ello las actividades fundamentales de cualquier programa descansan en un buen trabajo de enfermería. La adecuada preparación, responsabilidad y capacidad organizativa y operacional de la enfermera, parecen un requisito indispensable para el éxito del programa. Tradicionalmente el médico elude el papel de responsable del programa o lo asume de forma excesiva y establece una relación de subordinación, dependencia y pasividad que es negativa y no fomenta el trabajo en equipo.

Es necesario que el trabajo en equipo e integrado, se fortalezca, siendo la enfermera, la que debe tener más influencia dentro del grupo, constituyendo un elemento principal de continuidad entre los profesionales y quienes ejecutan las acciones y tienen un contacto más permanente con la población a la cual conocen mejor y de la cual a veces forman parte, como brigadistas, parteras, etc.

En un estudio sobre el impacto económico, las cargas y los obstáculos en la búsqueda de atención de los pacientes tuberculosos en el período que precede al diagnóstico, realizado en un área urbana de Zambia se encontró que de 202 pacientes entrevistados, el 64% trabaja normalmente y el 31% dejó de trabajar debido a la tuberculosis, durante un promedio de 48 días. La duración promedio de la enfermedad previa al registro fue de 63 días. Hasta llegar el diagnóstico los pacientes alcanzan a gastar el 127% de su ingreso mensual promedio. Además los pacientes pierden en promedio 18 días de trabajo antes del diagnóstico. Los costos por atención de salud representan el 31% del ingreso mensual promedio.

## **“Sistema de Salud en Nicaragua”**

### **1) Modelo de Atención:**

Desde los años 93-94 el Ministerio de Salud ha venido impulsando un amplio proceso de reflexión y ajuste a sus Políticas y Estrategias, principalmente las relacionadas con la organización de los servicios de salud y la priorización en la atención de los grupos poblacionales más desprotegidos de Nicaragua.

En 1994, se profundiza la reorganización del MINSA y se inicia una revisión de los mecanismos y procedimientos para la entrega de servicios de salud a la población, dándose inicio a la formulación de un nuevo modelo de atención que permita alcanzar progresivamente un amplio grado de integralidad en la prestación de los servicios.

A pesar de que en 1994, se trato de diseñar y aplicar un nuevo modelo de atención con el interés de lograr la integridad en el abordaje a las personas, eficiencia en el uso de los recursos y equidad en el acceso, entre otros principios. No obstante, la integralidad no se logró, ya que solo se realizó el abordaje de la atención a la mujer y la niñez, con intentos de extensión a la adolescencia sin desarrollar el concepto de integralidad hacia otros grupos poblacionales; hubo falta de coordinación interprogramática, ya que no se contempló la integración de los diferentes programas de atención a daños y al medio ambiente, por lo que la atención siguió ofreciéndose de forma paralela.

De hecho la atención hospitalaria no tuvo articulación con el primer nivel de atención (Centros de Salud y Puestos de Salud), que era donde se desarrollaba el llamado “Modelo de Atención Integral”. Fue así que la atención hospitalaria comenzó a resolver sus problemas de financiamiento, por un lado estableciendo venta de servicios de atención diferenciada para pacientes privados y de la Seguridad Social, y por otro lado, imponiendo cobros generalizados por atenciones en los servicios hospitalarios dedicados a población sin recursos. Esta situación provocó barreras en el acceso e incrementó los problemas de equidad.

Por último, la atención previsual para asegurados no está inserta en el modelo de atención integral diseñado por el Ministerio de Salud; y tampoco fue contemplado en el desarrollo del mismo el papel de los servicios privados.

Se entiende por Atención Integral las acciones dirigida a las personas, familia, comunidad y su relación con el medio, en un proceso continuo con momentos interrelacionados de Promoción de Salud, Recuperación y rehabilitación de la enfermedad e incapacidad.<sup>15</sup>

La Política Nacional de Salud (1997-2002) se inscribe en el compromiso de la política social de reducir la pobreza y mejorar el acceso a los servicios de salud, principalmente en los sectores más pobres y vulnerables de la población.

La cuarta política,<sup>16</sup> “Desarrollo de nuevas Estrategias en Salud Pública”, busca enfrentar el doble reto que la situación de salud impone. Para ello se plantea redefinir el modelo de atención en salud, de lo curativo hacia acciones integrales; fortalecer los Centros y Puestos de Salud y redefinir y entregar un paquete básico de servicios de salud a toda la población, según las disponibilidades económicas que contemple la educación sanitaria, la prestación de servicios clínicos preventivos y la lucha antiepidémica.

La concepción de integralidad no parte del hecho de la persona enferma, sino del análisis de todos los factores posibles que inciden en los fenómenos y nudos críticos, definiendo lo susceptible de intervención directa por parte de la Institución, determinando a qué sectores sociales y estatales compete su abordaje y estableciendo una efectiva coordinación ínter programática e intersectorial para enfrentarlos.

La Atención Integral es un esfuerzo conjunto del todo el Sistema de Salud para organizar sus actividades y recursos en relación a las necesidades de salud de la población y sus riesgos principales. Institucionalmente significan el ordenamiento y la integración de servicios y actividades para la atención a las personas, la familia, la comunidad y la atención al medio de una manera coherente armónica y lógica.

---

<sup>15</sup> Ministerio de Salud, Atención Integral a la Mujer y la Niñez, Abril 1995. Pag. 9-12.

<sup>16</sup> Ministerio de Salud, Análisis del Sector Salud, Marzo 2000. pag. 62.

## **La atención integral deberá ser abordado desde varias perspectivas :**

### **a) Integralidad de la atención a las personas**

La integralidad contempla a la personas como ser biopsicosocial perteneciente a una familia o comunidad, no solo como el receptor de las acciones diseñadas, ofertadas y brindadas por los servicios de salud, sino como un actor social y sujeto que define sus propias metas en la vida y por tanto toma decisiones respecto a su salud de manera concientes y sistemática.

### **b) Integralidad de atención en el Territorio**

La organización de la atención en un territorio debe estar dispuesta de tal manera que un individuo enfermo recupere su salud aunque tenga que pasar por varios niveles de complejidad o resolución.

### **c) Integralidad de los Programas**

La nueva concepción de Programa de Salud responderá a las necesidades locales, tomando en consideración: el perfil epidemiológico, la situación diferenciada de hombres y mujeres la estratificación y el enfoque de riesgos, por lo que deberán revisar sus objetivos y metas planteadas y ajustar sus normas a los criterios de integración de las acciones a través de los servicios para lograr lo que se conoce como convergencia de programas.

El modelo de atención integral conlleva a romper el abordaje tradicional y vertical de los programas de salud, reorientando la atención al logro de la eficiencia programática y dirigiendo los esfuerzos a apoyo para la solución integral de los problema de salud.

### **d) Integralidad en las acciones intersectoriales**

Actualmente el Ministerio de Salud no es la única institución que presta servicios de salud. Otras organizaciones no gubernamentales, religiosos, centros alternativos y el sector privado están adquiriendo un importante rol en la prestación de servicios de salud, por lo cual se debe establecer coordinación de trabajo y discusión de sus planes de salud para hacer coincidir los esfuerzos y recursos.

### **e) Integralidad en la participación de la Comunidad**

El modelo de atención integral promueve la participación comunitaria como un medio y un fin para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, lo cual implica que debe superarse los esquemas de participación basado en la simple colaboración de la comunidad en las tareas institucionales.

Este enfoque integrador apunta hacia la creación de espacios de gestión y autogestión, donde los conjuntos sociales y los trabajadores de la salud concierten sobre los procesos de identificación de problemas, establecimiento de prioridades y la búsqueda de soluciones.

## **f) Integralidad en la gestión institucional del Ministerio de Salud**

El Nivel Central apoyará el desarrollo de las capacidades técnicas de los SILAIS y los Municipios sin crear estructuras paralelas o verticales para cada área de interés, aunque en determinada circunstancia sean necesaria asesoría especializada.

El SILAIS con la participación de todo el personal de salud, municipios y la comunidad debe organizar en función de las necesidades de la población, según los principales problemas y los recursos disponibles

## **2) Modelo de Organización:**

La organización de los servicios debe orientarse a que toda persona reciba una atención integral independientemente del motivo de consulta y que el personal de salud realice acciones integrales, asegurando que toda persona reciba todos los servicios necesarios.

Esto implica que el trabajador de salud que brinda la atención practique el proceso de integración de las diferentes normativas de los programas.

Todos los servicios se deben ofertar en forma simultánea para que los usuarios (as) no tengan que regresar de nuevo a otra consulta, de esta manera se logrará resolver la mayoría de los problemas en una sola visita, identificándose aquellos que requieran de una atención especializada u otro nivel que amerita la referencia ya sea interna en el mismo establecimiento o hacia otra unidad.

## **I- Flujo para la atención:**

- **Admisión:** En todas las unidades de salud debe realizarse el proceso de admisión, en el cual se identificará al usuario (a) según tipo de demanda: espontánea, referida o citada.
- **Clasificación:** Para esto se designara un recurso médico o de enfermería en dependencia de la disponibilidad de cada unidad, quien realizará una breve entrevista y una inspección física general para recomendar el área de atención a la que debe ser remitido.
- **Espera:** Mientras el usuario(a) espera ser atendido, el personal de salud deberá aprovechar para brindar educación en salud sobre los temas de promoción, prevención de enfermedades, tratamiento y recuperación de la salud, promoción de los servicios que presta la unidad, horarios e importancia de asistir a las citas programadas.
- **Atención:** Al usuario (a) que consulta por primera vez se le brindará atención para resolver su motivo de consulta. Si están enfermos (as) se les hace el diagnóstico y plan de tratamiento y a la vez se le completarán acciones integrales (historia clínica, examen físico, detección de factores de riesgos, valoración del estado de salud, etc.).

- **Exámenes clínicos:** Las unidades que cuentan con este servicio realizarán los exámenes que le son ordenados a los usuarios(as) en las distintas consultas como parte complementaria de la atención integral.
- **Entrega de Medicamentos:** La entrega de medicamentos es el último paso en el flujo de la atención de servicio a los usuarios(as) para completar la integralidad de la atención, con el objetivo de que el usuario y la usuaria no pierdan mucho tiempo, y dependiendo de las característica y la capacidad de la unidad se recomienda descentralizar la entrega de algunos insumos donde se brinda la atención.

## **II. Horarios de atención:**

Cada unidad de salud deberá realizar una revisión de sus horarios y los días de atención de acuerdo a las necesidades, demandas, hábitos de la población y régimen laboral vigente, evitando los horarios que surjan por conveniencia al personal de salud, los cuales deberán ser conocidos ampliamente por toda la población, organismos estatales, privados y no gubernamentales adscritos en su territorio.

## **III- Referencia y contrarreferencia:**

El nivel de resolución de una unidad de salud estará definido por su capacidad o posibilidad de resolver problemas, que dependerá de la capacitación, habilidades y destrezas de sus recursos humanos y la disponibilidad de los recursos tecnológicos. Si el Puesto o Centro de Salud no tiene capacidad de resolución por falta de recursos humanos o tecnológicos debe referir a los usuarios hasta llegar al nivel de referencia más adecuado en el SILAIS.

### **3) Modelo de Gestión:**

Es importante que a nivel de cada unidad de salud y municipio se realicen actividades relacionadas con la gestión de recursos para el financiamiento de sus planes de acción.

Para ello el equipo de salud del territorio debe orientar sus esfuerzos a la captación de ingresos y recurso locales por otras fuentes, lo que permitirá obtener un presupuesto en base a fondos del Ministerio de Salud, de otros sectores del estado, de la cooperación externa y de la propia comunidad. Así mismo, debe redefinir las formas de asignación de recursos presupuestarios, cambiando de una asignación por programas verticales o patologías específicas a una asignación por actividades a ser realizadas en forma integral y conforme a la población que atiende y ejercer un estricto control del presupuesto, analizando periódicamente la eficacia con que se desarrollan las actividades financiadas.

## **Programa de Control de Tuberculosis de Nicaragua**

El programa de control de Tuberculosis, desde su creación ha funcionado como un programa vertical, que recibe orientaciones directas del Ministerio de Salud (MINSAL) Central, esto no ha permitido la integración con los otros programas de los Servicios de Salud.

Este programa se encuentra bajo la Dirección General de Salud Ambiental y Epidemiología. Funciona a nivel de todos los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), sin embargo no existe en los niveles más locales (Puesto de Salud ), debido a falta de personal en estas unidades de atención, a su alta rotación de personal y falta de recursos materiales y financieros.

Desde esta concepción vertical del programa, puede presentar las siguientes desventajas:<sup>17</sup>

- Posible dedicación de los recursos a unos pocos problemas, en perjuicio del desarrollo de sistemas completos de salud.
- Gran dependencia financiera de los donantes, con los problemas consiguientes de sostenibilidad y vulnerabilidad a sus cambios de políticas.
- Estructura propia y paralela al servicio general de salud con presupuesto controlado y metas fijadas desde arriba.
- Posible ausencia de apoyo político y comunitario sostenido al ser impuesta la intervención desde arriba.
- Posible carga de los servicios locales con tareas descoordinados, programas docentes y sistemas de notificación decididos por el nivel central del sistema.

En 1984 el Ministerio de Salud comenzó a implementar la estrategia recomendada e impulsada por el Dr. Karel Styblo (Director de Investigación UICITER) actualmente conocida como la Estrategia del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (DOTS/TAES).

En 1993 se publicó la tercera edición del “Manual de Programa de Control de Tuberculosis” en esta edición se modificó el tratamiento con el esquema ACORTADO, sustituyendo la Estreptomina por Etambutol, teniendo este último una eficacia similar al primero el cual está indicado a todos los pacientes BAAR(+) nuevos bajo supervisión en la fase inicial. Esto se decidió para evitar las inyecciones a los pacientes por el auge de los casos de SIDA y disminuir los costos operativos (jeringas). El resto de los esquemas no se modificaron.

En el año 2001, se publicó la cuarta Norma en la cual se eliminó el esquema Estándar por recomendaciones de la Unión Internacional Contra la Tuberculosis (UICITER). Además se modificaron algunos conceptos básicos como: Inasistencia, Abandono y Crónico.

Las Estrategias de captación del Programa se orientan a:<sup>18</sup>

a.- El examen bacilosκόpico de pacientes que se presentan por su propia iniciativa a las unidades de salud con signos y síntomas sospechosos de tuberculosis.

<sup>17</sup> OPS/OMS, Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Junio 1999. pag. 131.

<sup>18</sup> Ministerio de Salud, Nicaragua, Manual de programa de Control de la tuberculosis, año 2000. 4ta edi.pág. 13.

b.- Concientización dirigida a los médicos, al personal de salud y a la población en general sobre los principales síntomas de tuberculosis, para que los enfermos acudan a los servicios de salud y el personal los capte.

c.- Control de foco en los contactos de pacientes tuberculosos de una misma casa, escuela o centro de trabajo, sobre todo de los pacientes BAAR positivos.

Se calcula que entre el 5 y 10 % de los consultantes adultos de los servicios de salud tienen tos y expectoración y son por lo tanto, sintomáticos respiratorios. De ellos del 1 al 10% o más pueden tener baciloscopia positiva.

La tasa de detección de casos debe elevarse al 60-65% del total de enfermos en los países subdesarrollados con bajos ingresos, que cuentan con sistemas de transporte y de comunicación poco desarrollados.

El éxito de los Programas Nacionales contra la TB depende de un cierto número de medidas importantes. En primer lugar, deben cumplir cuatro premisas básicas: abarcar a todo el país, ser permanentes, adaptarse a las demandas expresadas por la población y estar integrados en los servicios básicos de salud, es necesario en la lucha antituberculosa que estén perfectamente compenetrados la asistencia primaria y la especializada.

El principio más importante para la elaboración de un programa nacional de la TB es la organización de los componentes básicos de estos programas. Para ello, es imprescindible: 1) un compromiso político por parte del Gobierno; 2) elaborar una infraestructura dentro del programa; 3) asegurar un abastecimiento de medicamentos y materiales; 4) confeccionar una buena distribución de laboratorios de microbiología con control de calidad; y 5) un adecuado sistema de registro y notificación de casos.

### **Los objetivos de todo programa de control de la TB deben ser:**

1) Disminuir la mortalidad provocada por TB 2) disminuir la prevalencia y la incidencia de la enfermedad; y 3) disminuir el número de personas que se infectan por M. Tuberculosis.

La medida prioritaria que debe perseguir todo programa de control de TB es de conseguir mejorar la tasa de curación de los pacientes sometidos a tratamiento, sobre todo los contagiosos con bacilos copia de esputo positiva.

El fundamento es que si los pacientes con baciloscopia positiva son convertidos en negativos por el efecto de la quimioterapia, se interrumpe la cadena de transmisión del bacilo tuberculoso. La segunda medida que no debería perseguirse hasta que se haya logrado la primera, sería el de incrementar la detección de casos. Por último, en un tercer lugar se sitúan los esfuerzos dirigidos a la prevención de padecer TB, que se aplicará dependiendo del desarrollo económico de cada zona.

El programa de tuberculosis ha venido respondiendo a las necesidades de los afectados por esta patología, si bien es cierto existe problema de captación la incidencia en Nicaragua es alta.

Se han implementado estrategia de organización para la Gerencia de este programa como podemos citar el establecimiento de una red de diagnóstico, tratamiento y prevención, la responsabilidad por parte del personal de salud, empleo de un sistema de evaluación de resultados y para la búsqueda de casos nuevos.

Todo programa de control de la Tuberculosis debe ser evaluado periódicamente en cada una de sus funciones, para comprobar si se están cumpliendo los objetivos marcados.

La evaluación, como parte de la función control, es fundamental para la gestión administrativa de un servicio de salud o programa. Es un componente esencial de la planificación del mismo, cuando se realiza como comparación del dato diagnóstico anterior con el actual, permitiendo identificar los problemas para así intervenir en ellos.<sup>19</sup>

Debido a que casi todo el mundo, incluyendo los médicos, piensan que la tuberculosis es una enfermedad del pasado, la instauración de sistemas de supervisión como parte del trabajo de rutina será una de las funciones más importantes del control de esta enfermedad en las décadas venideras.

### **Investigación Operacional**

El análisis operacional es la utilización de un modelo para identificar las principales etapas de un programa de salud específico. La elaboración de este modelo debe permitir identificar, en una segunda etapa, las disfunciones encontradas cuando el programa se concreta. (5)

### **Origen del Modelo Operacional**

Esta metodología fue propuesta por Mauricio Piot quien decidió desarrollar un modelo matemático de la ruta de atención al paciente TB en 1967 y modificado por el profesor Mercenier de la Escuela de Salud Pública de Amberes - Bélgica. Este modelo se simplificó y progresivamente se convirtió de estrictamente matemático en un modelo cuali-cuantitativo.

Este modelo se ha utilizado para la evaluación de los programas de tuberculosis, pero puede ser utilizado por otros programas de salud: control del embarazo, planificación familiar, administración de medicamentos esenciales, etc.

El modelo operacional permite simplificar la realidad compleja y por supuesto el proceso de atención del paciente tuberculoso. El modelo ayuda a identificar las disfunciones tanto del programa de control de tuberculosis como las de los servicios de salud. Así mismo, permite analizar los factores que intervienen en la relación de ambos aspectos.

---

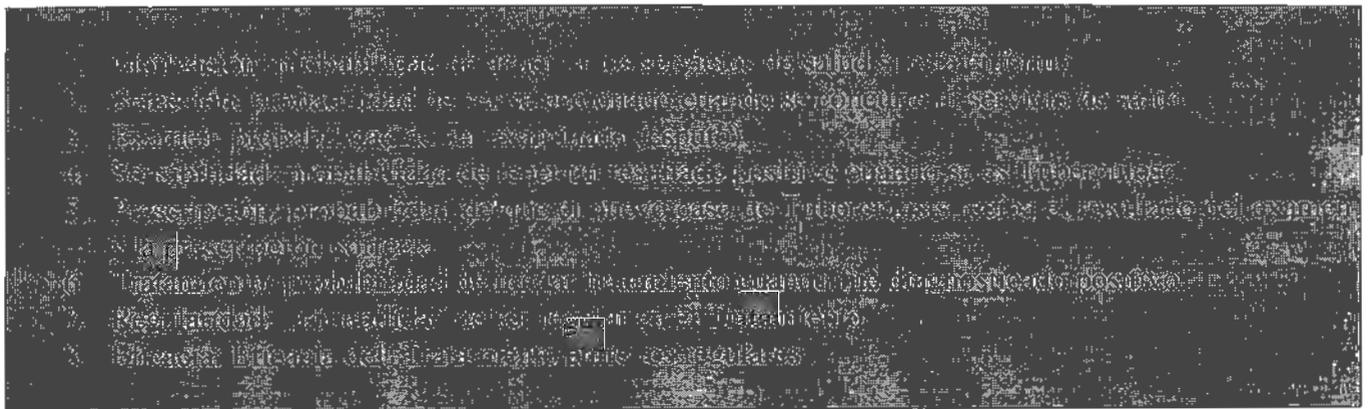
<sup>19</sup> Caminero Ja, Fernández. FAUL. Manual de Neumología y Cirugía Torácica. Editorial . Edinsa Madrid, 1998. pág. 1389-1390.

### **Estrategia general:**

- Selección de un problema de salud
- Descripción y conocimiento de la estrategia elaborada

### **Etapas del Modelo Operacional**

Específicamente, el Análisis Operacional divide el proceso de Atención en diferentes etapas a través de las cuales cada paciente, tiene que progresar para tener respuesta a sus problema; en el caso de la Tuberculosis se puede dividir en ocho etapas:<sup>20</sup>



### **Interés del análisis operacional:**

1- En el mejoramiento del funcionamiento del sistema de salud:

- Análisis del proceso de atención
- Identificación de disfunciones y soporte a la evaluación (cuantificación)
- Responsabilidad directa de los responsables de los servicios de salud
- Identificación de investigaciones prioritarias necesarias
- Instrumento de auto- evaluación (y entonces de motivación)
- Instrumento de discusión con los especialistas (maximizar- optimizar)

2- En la interfase utilizadores - sistemas de salud:

- Que pasa con el paciente? Aspecto diacrónico
- Permite comprender mejor los problemas que se plantean a los utilizadores
- Permite identificar y analizar ciertos factores de comportamiento

<sup>20</sup> Resumen, presentación en segunda conferencia científica nacional organizada por el Consejo Nacional de Universidades 23 y 24 de Mayo del 2001, Recinto Universitario Rubén Darío, Managua- Nicaragua.

## **Utilización de un modelo de análisis operacional**

Se utiliza para:

- Identificar las disfunciones más importantes que ocurren en la ejecución del programa del control de Tuberculosis
- Identificar las investigaciones complementarias necesarias
- Identificar las intervenciones prioritarias para el mejoramiento del programa y los Servicios de Salud
- Mejorar la auto- evaluación (y entonces de motivación) para el personal de salud
- Intercambiar y discutir con los especialistas (maximizar - optimizar) y si es necesario, modificar la estrategia del programa.

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a) **Tipo de Estudio:** Es un estudio Descriptivo de corte transversal, en donde se utilizó el “Análisis Operacional” como herramienta de evaluación de procesos. Dicho estudio se realizó en el municipio de Diriamba, durante el período de Junio – Diciembre 1999. Teniendo como principal objetivo obtener información útil de los servicios de salud que sirva para la toma de decisiones en relación al problema de la tuberculosis.

b) **Universo y Muestra:** El universo lo constituyeron 107 pacientes que acudieron a realizarse baciloscopia en las diferentes unidades de salud del municipio de Diriamba durante el II semestre del año 1999 y se seleccionó una muestra de 93 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

c) **Unidad de análisis:** Fueron los 93 pacientes sospechosos de tuberculosis que asistieron a las diferentes unidades de salud del municipio de Diriamba.

d) **La fuente de información:** Fue primaria a través de entrevista a los 93 pacientes que acudieron a realizarse la Baciloscopia .

e) **Recolección de la información:** Para recolectar La información se utilizaron dos tipos de instrumentos (cuestionarios):

- El primer cuestionario estaba dirigido a pacientes que asistieron a realizarse baciloscopia en los Laboratorios Públicos y Privados de los municipios de Diriamba y Jinotepe durante el II semestre del año 99. Se revisaron libros de registro de laboratorios del Hospital Regional de Jinotepe, Hospital San José de Diriamba, del C/S de Jinotepe y Diriamba, así como los laboratorios de Shillin, Muñoz y Santa Gema (que forman parte de los privados) sacando el listado de nombres y direcciones exactas de los pacientes para poder visitarlos y aplicarles el cuestionario.
- El segundo cuestionario estaba dirigido al personal de salud que trabaja en las diferentes Unidades de Salud del municipio de Diriamba, tanto públicas como privadas.

El cuestionario fue llenado directamente por las investigadoras, los pacientes fueron agrupados de acuerdo a su lugar de origen o residencia, para esto contamos con el apoyo de la responsable del PCT del municipio de Diriamba, la que se encargó de invitar a los pacientes y citarlos en un punto de referencia común que fue el P/S , C/S, Casa Base, Casa Comunal, etc.

Para el llenado del segundo instrumento, que estaba dirigido a los trabajadores, se visitaron directamente las Unidades de Salud y los Consultorios Privados.

**f) Criterios de Inclusión :**

- Para los pacientes:
  - Paciente mayor de 15 años
  - Residente del municipio de Diriamba tanto urbano como rural .
  - Haberse realizado baciloscopía en laboratorios públicos y/o privados del municipio de Diriamba y Jinotepe en el periodo Junio – Diciembre del año 1999.
  
- Para los trabajadores de la salud:
  - Médicos y Enfermeras que tuvieran al menos un año de laborar.
  - Haber brindado atención directa a pacientes en cualquiera de las Unidades de Salud del municipio de Diriamba.

**g) De acuerdo a los objetivos planteados, se utilizaron las siguientes variables :**

- **Objetivo No. 1:** Determinar los factores que inciden en la accesibilidad geográfica a los Servicios de Salud Públicos, para la selección temprana de pacientes sospechosos de tuberculosis.
  - Tipo de Transporte Casa-P/S
  - Tipo de Transporte Casa-C/S
  - Tipo de Transporte Casa-Hospital
  - Tiempo utilizado desde casa –P/S
  - Tiempo utilizado desde casa –C/S
  - Tiempo utilizado desde casa –Hospital
  
- **Objetivo No. 2:** Conocer los factores organizacionales de los Servicios de Salud Públicos, que inciden en la selección temprana de pacientes sospechosos de tuberculosis.
  - Perfil profesional
  - Años de laborar en los servicios de salud
  - Capacitación sobre la Norma del PCT
  - Asignación directa al programa
  - Tiempo de espera para ser atendido
  - Duración de la consulta

- **Objetivo No. 3:** Identificar las oportunidades perdidas de los centros de atención para la selección precoz de pacientes sospechosos de tuberculosis.
  - Búsqueda de alivio
  - Tipo de personal que brinda atención
  - Proveedor de Servicios de Salud
  - Síntomas indicadores de Tuberculosis
  - Indicaciones terapéuticas
  - Indicación de BAAR
  - Consejería
  
- **Objetivo No. 4:** Analizar el gasto económico en que incurren los pacientes sospechosos de tuberculosis durante las búsquedas de alivio.
  - Tipo de gastos incurridos por el paciente
  - Total de gastos incurridos por el paciente

## h) Operacionalización de variables

### Objetivo No. 1

Variable	Def. Operacional	Valor	Escala	U.M
Tipo de transporte Casa- P/S	Medio utilizado para movilizarse de su casa- P/S	- A pie - Autobús - Carro propio - Bestia	-	-
Tipo de transporte Casa- C/S	Medio utilizado para movilizarse de su casa - C/S	- A pie - Autobús - Carro propio - Bestia	-	-
-Tipo de transporte. Casa- Hospital	Medio utilizado para movilizarse de su casa- Hosp.	- A pie - Autobús - Carro propio - Bestia	-	-
Tiempo utilizado desde casa- P/S	Tiempo que se invierte en trasladarse desde su casa- P/S	<15- > 45 minutos	- <15 minutos - 15- 29 - 30- 45 - > 45	Tiempo
Tiempo utilizado desde casa- C/S	Tiempo que se invierte en trasladarse desde su casa- C/S	< 15- > 45 minutos	- < 15 minutos - 15- 29 - 30- 45 - > 45	Tiempo
Tiempo utilizado desde casa- Hospital	Tiempo que se invierte en trasladarse desde su casa- Hospital	< 15- > 45 minutos	- < 15 minutos - 15- 29 - 30- 45 - > 45	Tiempo

## Objetivo No. 2

Perfil profesional	Calificación técnica de las personas al momento de la entrevista	Médico Enfermera Otros	-	-
Años de laborar en los servicios de salud	Tiempo de servicio en la Unidad de Salud	1 a más de 5 años	- < de 1 año - 1- 5 años - > 5a	Tiempo
Capacitación sobre las Normas de Tuberculosis	Capacitación formal sobre las Normas de Tuberculosis a través de diferentes Metodología	Si No	-	-
Asignación al programa de Tuberculosis	Es el nombramiento formal a los recursos	Si No	-	-
Tiempo de espera	Tiempo que tarda del paciente desde su ingreso a la Unidad de Salud hasta su atención	10- > 60 minutos	- 10- 20 minutos - 21- 40 minutos - 41 - 60 minutos - > 60 minutos	Tiempo
Duración de la consulta	Tiempo transcurrido durante el proceso de atención	5- > 25 minutos	- 5- 15 minutos - 16- 25 minutos - > 25 minutos - Sin datos	Tiempo

### Objetivo No. 3

Búsqueda de alivio	Contactos del paciente con la Unidad de Salud en la búsqueda de atención para la solución de su problema de salud	- 1- 4 contactos	- 1 - 2 - 3 - 4	Número de contactos
Tipo de personal que brinda la atención	Persona que brinda atención en salud	- Médico - Enfermera - Curandero	-	-
Proveedor de servicio de salud	Persona o institución que brinda servicios de salud	- Privado - Público (MINSA) - EMP	-	-
Síntomas indicativos de Tuberculosis	Manifestaciones clínicas sugestivas de tuberculosis expresadas por el paciente	- Si - No	- Tos - Fiebre - Pérdida de peso - Sudoración	-
Indicaciones terapéutica	Orientaciones emitidas por el prestador de servicios	- BAAR - Radiografía - Medicamento	-	-
Indicación de BAAR	Prueba diagnostica prescrita por el prestador de servicio	- Si - No	-	-
Consejería	Información brindada por el proveedor de salud durante la búsqueda de atención	- Si - No	-	-

#### Objetivo No. 4

Tipo de gastos incurridos por el paciente	Inversión económica del paciente en diferentes servicios, para solución de su problema de salud	- Transporte - Consulta médica - Exámenes de laboratorio - Medicamento no antifímico	-	-
Total de gastos incurridos por el paciente	Dinero Utilizado por el paciente en la búsqueda de Alivio	- < 100 -> 200	- Sin costo - < 100- 200 - > 200	Córdobas

#### i) Procesamiento de datos y análisis

Para esto se diseñó una base de datos en EPI-INFO donde se vació la información obtenida en los cuestionarios utilizados en las entrevistas, posteriormente se hizo el cruce de variable para su debido análisis e interpretación, la cual se plasmó en tablas y gráficos.

El cruce de variable se realizó de la siguiente manera:

##### ➤ OBJETIVO No. 1

- Tipo de Transporte casa- P-S / Tiempo utilizado casa – P-S
- Tipo de Transporte casa- C-S / Tiempo utilizado casa – C-S
- Tipo de Transporte casa- hospital / Tiempo utilizado casa –hospital

##### ➤ OBJETIVO No. 2

- Perfil profesional / Capacitaciones recibidas
- Perfil profesional / Años de laborar
- Perfil profesional / Asignación directa al PCT
- Tiempo de espera / Proveedor de servicio
- Duración de la consulta / Perfil profesional

➤ **OBJETIVO No. 3**

- Búsqueda de alivio / Proveedor de servicios de salud
- Indicaciones terapéuticas / Búsqueda de alivio / Síntomas indicativos de tuberculosis
- Indicación de BAAR / Proveedor de servicios / Búsqueda de alivio
- Consejería

➤ **OBJETIVO No. 4**

- Tipo de gastos incurridos /Búsqueda de alivio / Prestador de servicios
- Total de gastos incurridos por el paciente / Búsqueda de alivio

## VIII. RESULTADOS

En este estudio se investigaron a 93 pacientes sospechosos de tuberculosis que asistieron en búsqueda de solución a su problema de salud a las diferentes Unidades de Salud tanto primarias como secundarias, de orden Público y Privado del municipio de Diriamba – SILAIS Carazo, durante el período de Junio a Diciembre de 1999.

En relación a la accesibilidad geográfica a los servicios de salud públicos, el 64% de los pacientes entrevistados manifestaron que para acudir al Puesto de Salud tardan menos de 15 minutos y la mayoría lo hace a pie; el 40% de los que asisten al Centro de Salud y Hospital tardan más de 45 minutos en ambos y lo hacen a través de autobús (tabla No 1).

El 77% de todos los profesionales entrevistados han recibido capacitación formal sobre la Norma del PCT, a través de Talleres anuales impartidos por el programa y el 23% no ha recibido.

El 51% ha laborado de 1-5 años en el Ministerio de Salud y el 39% más de 5 años. El 67% de los entrevistados manifestaron no estar asignados al PCT y solamente el 33% esta asignado directamente al mismo (tabla No 2).

En relación al tiempo de espera de un paciente para ser atendido, el 34% de los prestadores de servicios públicos refirieron que tardan entre 41 a 60 minutos, siendo el Hospital el establecimiento de salud en el que tardan más tiempo los pacientes en ser atendidos. En cambio, en el sector privado el tiempo de espera de los pacientes que predomina es de 21-40 minutos siendo el Consultorio el lugar donde más se demoran (tabla No 3).

En cuanto a la duración de la consulta el 19% de los Médicos que laboran en el sector público tardan entre 5 a 15 minutos en la atención del paciente, y el que tarda más tiempo es el Médico del sector privado que dedica más de 25 minutos a la atención del paciente (tabla No 4).

En relación a la primera búsqueda de alivio, el 28% de los pacientes entrevistados entró al sistema público por el Puesto de Salud, siguiéndole en orden de importancia el Centro de Salud (27%) y a Consultorios Privados 23 %. Los que tuvieron necesidad de una segunda búsqueda de alivio (28%) entraron al sistema público, a través del Puesto de Salud, el 29% por el Consultorio Privado. En la tercera búsqueda de alivio el 46% lo hizo por el Consultorio Privado y solamente el 30% entró al sistema público por el Centro de Salud. Siendo atendidos en su mayoría por Médicos (tabla No 5).

Se observa que del total de los pacientes sospechosos de tuberculosis (SR + 21) que tuvieron una primera búsqueda de alivio, al 66% se le indicó medicamento no antifímico y a un 45% BAAR. Situación similar sucedió en la segunda y tercera búsqueda de alivio de los pacientes SR + 21, donde prevalecieron estas misma indicaciones terapéuticas. Aunque en la segunda búsqueda de alivio se incrementa de manera importante la indicación de BAAR (tabla No 6).

*Con respecto a la indicación del BAAR a los pacientes entrevistados según proveedor de servicios, al 73% se le indicó este examen a través de los establecimiento públicos, con predominio de esta indicación en el Hospital (40%) y al 27% se le indicó BAAR a través de Consultorios Privados (Gráfico No.1).*

En relación a consejería brindada por el personal de salud, las indicaciones más recordadas por los pacientes fueron las relacionadas a la realización de exámenes (83%); toma de medicamentos (63%) y orientaciones para la recolección de muestra de esputo (40%). (tabla No. 7).

El tipo de gasto que predominó en las diferentes búsquedas de alivio, fue en orden de importancia el relacionado con el transporte y compra de medicamentos no antifímicos, siendo estos gastos generados en su mayoría por Médicos del sector privado (tabla No 8).

De los pacientes entrevistados independientemente de las búsquedas de alivio incurrieron en gastos que van desde C\$ 100.00 y C\$ 200.00 córdobas, destacándose el pago de transporte (tabla No.9).

## IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A pesar que el Puesto de Salud es la unidad más accesible para la población entrevistada del Municipio de Diriamba, tardando menos de 15 minutos a pie para llegar a este, solamente el 28% de los pacientes acudieron a esta unidad en su primera búsqueda de alivio; el 27% al Centro de Salud y un 24% al Sector Privado. En el Análisis del Sector Salud del año 2000 (11), se destaca que para acceder a los Puestos de Salud del área rural se tarda 35 minutos y para el Médico Privado en el sector rural tardan 103 minutos para llegar a este. Tomando en cuenta que en los Puestos de Salud del municipio de Diriamba, existe de forma permanente personal calificado tanto médicos como enfermeras y a tiempo completo, consideramos que esta baja demanda puede estar asociado a la insuficiente dotación de tecnología de laboratorio, lo que hace buscar a los pacientes una unidad con mayor nivel de resolución, ya que para realizar el diagnóstico de tuberculosis se necesita de exámenes de laboratorio específicos y actualmente los Puestos de Salud de este municipio no cuentan con este servicio.

En relación a los factores organizacionales de los servicios de salud de este municipio, se encontró que solo el 77% de los prestadores de servicio habían recibido capacitaciones formales sobre la Norma del PCT, con excepción de algunos Médicos Privados que no tienen contacto con el Ministerio de Salud, ya que la mayoría de médicos que ejercen la medicina privada, también laboran para el sector público, por tanto han sido capacitados por este.

El 51% ha laborado entre 1 a 5 años en el Ministerio de Salud. Solamente el 30% manifestó tener asignación de responsabilidad al PCT, esto se asocia a la verticalidad del programa establecida en la Normativa del Nivel Central en relación a la asignación de responsabilidad del PCT a determinados recursos lo que limita el trabajo en equipo y la coordinación interprogramática e intersectorial, lo que es contradictorio con el Modelo de Atención del Ministerio de Salud ya que dicho modelo conlleva a romper el abordaje tradicional y vertical de los programas reorientando la atención al logro de la eficiencia programática y dirigiendo los esfuerzos al apoyo para la solución integral de los problemas de salud. (10, 15) Lo antes señalado se evidencia con la indicación de BAAR, ya que al 73% de los pacientes se le indicó a través de los establecimientos públicos y de estos la mayoría por el Hospital, durante su primera búsqueda de alivio. Mientras que a través del sector privado, se le indicó en el 68% de los casos hasta en una segunda o tercera búsqueda.

Con respecto al tiempo de espera el 34% de los prestadores de servicios expresaron que los pacientes esperan de 41 a 60 minutos para ser atendido en el sector público y 21 a 40 minutos en el sector privado (18%), datos que son similares a lo encontrado en el Análisis del Sector Salud del año 2000, donde se menciona que el tiempo de espera para la atención ambulatoria normal es de 1: 1/4 hora en Centro de Salud; 1: 07 minutos en Hospital, 1 hora en Puesto de Salud y 1/2 en el Sector Privado (15).

Estos datos se consideran adecuados ya que algunos valores muy altos como 183 minutos (3horas 3 minutos) impiden el uso de los servicios, ya que las personas que trabajan se ven obligadas a destinar ½ días hábiles para lograrlo, lo cual les crea problemas de tipo económico y laboral.

En cuanto a la duración de la consulta de los pacientes, el 43% de los profesionales entrevistados expresaron que tarda entre 16-25 minutos y el 24% manifestó entre 5 -15 minutos, esto en el sector público y en el sector privado el 18% manifestó que es de 25 minutos. En todos los casos es el Médico el que tarda más tiempo durante la consulta del paciente, ya que este tiene que elaborar historia clínica,

examen físico, orientaciones, etc. Lo que supera lo normado por el Ministerio de Salud, donde el Médico debe atender a 6 pacientes por hora, o sea 10 minutos por cada paciente. Por lo tanto consideramos que este parámetro de la organización de servicios no es obstaculizador para la selección temprana del paciente sospechoso de tuberculosis.

De los 93 pacientes entrevistados que buscaron atención por primera vez para la solución de su problema de salud, el 76% entró por el Sistema de Salud Pública; el 24% acudió directamente a Servicios Privados encontrándose ligera similitud con lo señalado en el Análisis del Sector Salud del año 2000, donde se menciona que el 69.4% de los que buscan atención curativa ambulatoria lo hacen en la red del MINSA sin utilizar el sistema escalonado de atención y un 25% acude al Sector Privado. Esta situación tiene estrecha relación con los problemas económicos de la población, dado por los bajos salarios, desempleo, falta de cobertura de la seguridad social, o porque son las unidades más cercanas o no hay otro prestador de servicios.

Llama la atención que a medida que los pacientes tienen que llegar a una segunda y tercera búsqueda de alivio a sus problemas, la demanda en el Sector Privado se incrementa y se reduce la prestación de servicios del sector público, lo que hace suponer una valoración positiva hacia la atención del Médico Privado. Esto se confirma en lo encontrado en el Análisis del Sector Salud del año 2000, donde un 70% de los entrevistados valoró positivamente al Médico Privado. Cabe señalar que el Modelo de Organización menciona que todos los servicios se deben ofertar en forma simultánea para que los usuarios (as) no tengan que regresar de nuevo a otra consulta, de esta manera se logrará resolver la mayoría de los problema en una sola visita, identificándose aquellos que requieran de una atención especializada u otro nivel que amerita la referencia ya sea interna en el mismo establecimiento o hacia otra unidad (10, 11).

Es importante mencionar que el 100% de los pacientes que tuvieron una primera búsqueda de alivio tenían como síntomas indicativos de TB, la tos de más de 21 días, fiebre o sudoración, y de ellos al 66% se le indicó medicamento no Antifímico y solo a un 45% se le indicó BAAR. Situación similar sucedió en la segunda y tercera búsqueda de alivio lo que hace pensar que a pesar del nivel de conocimiento que se tiene de la Norma del PCT y de haber recibido capacitación sobre la misma, no se esta seleccionando adecuadamente al paciente sospechoso de TB durante su primera consulta y tiene que asistir a una segunda o tercera búsqueda de alivio para ser clasificado como tal, aumentando las oportunidades perdidas por parte de los prestadores de servicio, lo que implica deterioro o exacerbación de la enfermedad, reducción de los años de vida, pérdida de tiempo y aumento en los gastos económicos de estos pacientes. En el estudio realizado por el Programa de Control de Tuberculosis del Nivel Central en los años 1994 – 1995, se encontró que una vez que los pacientes tuvieron contacto con la Unidad de Salud, el diagnóstico fue realizado después de 3 semanas al 13% de ellos y un 6.6% fue diagnosticado hasta después de un mes (13).

La consejería brindada por el personal de salud en relación a la recolección de una buena muestra de esputo (baciloscopia), es pobre, tomando en cuenta que tienen conocimiento a cerca de la enfermedad, ya que solamente el 40% de los pacientes que se realizaron baciloscopia (93), recibieron consejería relacionado a como recolectar una buena muestra de esputo, cuando esta es una orientación que debe realizarse a todos los pacientes a los que se le indica este examen.

Lo antes señalado se puede evidenciar en los resultados del estudio realizado por Velázquez H y Col., en donde se encontró que el 84% del personal de salud utiliza más de 4 minutos para brindar orientaciones a los pacientes SR+21 sobre como hacer para obtener una buena muestra de esputo.

El personal de salud utiliza en un 68% la metodología de charla sobre como obtener una buena muestra de esputo; el 23% con ejercicios prácticos y un 9% utiliza rotafolios (24).

Los gastos totales incurridos por los pacientes sospechosos de tuberculosis se consideran altos tomando en cuenta que el 100% de los pacientes incurrieron en algún tipo de gasto, tales como transporte, medicamentos no antifímicos, exámenes de laboratorio etc. Estos gastos están directamente relacionados a las oportunidades perdidas por la falta de selección temprana de los pacientes como sospechosos de tuberculosis a pesar de tener síntomas sugestivos de la misma, y al no pensar en tuberculosis se orienta el diagnóstico hacia otras patologías. Si se seleccionaran oportunamente a los pacientes como sospechosos de tuberculosis no tendrían que incurrir en tantos gastos, porque tanto la baciloscopia como el medicamento antifímico son gratuitos. En un estudio sobre el impacto económico, las cargas y los obstáculos en la búsqueda de atención de los pacientes tuberculosos en el período que precede al diagnóstico realizado en un área urbana de Zambia, se encontró que de 202 pacientes entrevistados, hasta llegar al diagnóstico alcanzan a gastar el 127% de su ingreso mensual promedio. Los costos por atención de salud representan el 31% del ingreso mensual promedio (9).

## X. CONCLUSIONES

- 1- El Puesto de Salud es la unidad más cercana o accesible a la población entrevistada, contando de forma permanente con personal Médico y de Enfermería, aunque carece de servicio de laboratorio para la realización de BAAR, lo que obliga a los pacientes a buscar otras unidades con mayor nivel de resolución.
- 2- Existe amplio conocimiento de la Norma del Programa de Control de Tuberculosis por parte de los prestadores de servicios de salud, fundamentalmente en el sector público. Sin embargo, no se aplican en el ejercicio médico para indicar el BAAR a los SR+21
- 3- Hay una débil coordinación entre el Sector Público y Privado, en lo referente a las capacitaciones y actualización de la Norma del PCT, lo que incide en la Selección oportuna de los pacientes sospechosos de Tuberculosis.
- 4- La asignación de responsabilidad a determinados prestadores de servicios dada por la verticalidad del programa, limita la coordinación interprogramática y por lo tanto la integralidad de la atención y el trabajo en equipo.
- 5- Tanto el tiempo de espera como la duración de la consulta se considera adecuado, según lo establecido en las Normas del Ministerio de Salud Nicaragüense
- 6- La mayoría de los pacientes sospechosos incluidos en el estudio demandaron atención en el sector público, predominando la atención brindada por Médicos.
- 7- Las indicaciones Clínicas que más prevalecieron fueron la prescripción de medicamentos no antifímicos e indicación de BAAR, considerando como criterio clínico indicativo de tuberculosis la tos mayor de 21 días, fiebre o sudoración.
- 8- El Hospital público fue el que mayoritariamente indico BAAR a los pacientes sospechosos de tuberculosis.
- 9- La consejería brindada por el personal de salud estuvo orientada básicamente a la realización de exámenes y toma de medicamentos.
- 10- El tipo de gasto en que incurrieron los pacientes fueron por el pago de servicios de transporte y compra de medicamentos no antifímicos. Siendo afectados en mayor porcentaje los pacientes que accedieron al sub- sector privado.
- 11- El gasto total en que incurrieron los pacientes se incrementó a medida que aumentaron sus búsquedas de alivio.

## **XI. RECOMENDACIONES Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

### **1- Sensibilización a la población y personal de salud: Médicos, Enfermería y Laboratorio, tanto del Sector Público y Privado a través de las siguientes acciones:**

Realizar sesiones informativas semestrales sobre el comportamiento epidemiológico de la enfermedad y distribución dos veces al año de Boletines informativos sobre el manejo de la enfermedad así como establecer coordinación con los medios de comunicación local para brindar Educación sobre este problema de salud pública.

Coordinar un encuentro anual entre prestadores de servicios y pacientes para la presentación de Testimonios y experiencias sobre el padecimiento y curación de la enfermedad.

### **2- Fortalecimiento de la atención con enfoque integral a los pacientes sospechosos de tuberculosis para disminuir el retardo en la selección de los mismos, a través de:**

Capacitación a Médicos, Enfermeras, Técnicos de Laboratorio, tanto del sector público como privado a través de Talleres polivalentes haciendo uso de las Normas con que cuenta el MINSA, incorporando el manejo de los pacientes sospechosos de tuberculosis en el plan de Educación Permanente a nivel local, reorganizar los servicios de salud orientado el enfoque integral de la atención, fortalecer la consejería dirigida a los pacientes en relación a su involucramiento en la solución de la enfermedad, mantener el Plan de Monitorización y Supervisión del Programa de Control de Tuberculosis, captación oportuna de pacientes sospechosos de tuberculosis a través de visitas de terreno del personal de enfermería con la guía establecida actualmente.

### **3- Implementar mecanismo de coordinación interinstitucional e intersectorial a través de:**

Reuniones de coordinación entre el sector público y privado de forma trimestral, dotar al sector privado de boletas de enfermedades de notificación obligatoria (ENO) para el registro de los casos, de la Norma del PCT y Boletines del Programa.

### **4 – Fortalecer los Mecanismo de Gestión a nivel Institucional**

Gestionar ante el Nivel Central la plaza de un Médico General para la morbilidad de adultos en el Centro de Salud de Diriamba, demandar financiamiento para la adquisición de unidades de laboratorio clínico para los Puestos de Salud de San Gregorio y Casares los cuáles presentan mayor demanda de atención, gestionar mayores fondos de capacitación ante los organismo donantes para incluir en estas a los profesionales de salud del Sector Privado.

## **XII. BIBLIOGRAFIA**

- 1- Arosteguí, Juana; Aguilar, Vilma. Demora en le Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis, Apoyo III- Sultana. Perú. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Tuberculosis 1995.
- 2- Benenson, S. Abraham. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre P.C. N° 442. OPS. 13ª ed. 1980.
- 3- Breilh, Jaime; Granda Edmundo. Factores asociados al uso de los servicios de salud en el Ecuador. Taller regional: La investigación sobre la mortalidad infantil en América Latina. CEAS, Bogotá, Febrero 1983.
- 4- Crofton, Jhon et al, Tuberculosis Clínica 1ª Ed 1994.
- 5- Dujardin, Bruno, El Análisis Operacional, Metodología para la evaluación de los programas de salud.
- 6- Enarson Donald A, Guía de la tuberculosis para los países de bajos recursos económicos 2ª Ed 1996.
- 7- Enarson DA .Principios de los programas de control de la Tuberculosis en colaboración con la UICTER.Bof un int Tuberc Enferm Resp 1991:66:215-220
- 8- Farga, V. Tuberculosis. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. 2ª ed. 1992.
- 9- Macq Jean y Col., Utilización del análisis operacional para la investigación del Programa de Control de Tuberculosis en los servicios de salud en América Latina 1999.
- 10- Ministerio de Salud, Atención Integral a la Mujer y Niñez ,Manual Operativo. Managua ,Nicaragua abril 1995 Pág.9 a23
- 11- Ministerio de Salud, Nicaragua. Análisis del sector salud año 2000.
- 12- Ministerio de Salud, Nicaragua. Informe anual del Programa de Control de la Tuberculosis, Julio de 2001.

- 13- Ministerio de Salud, Nicaragua. Programa de Control de Tuberculosis, Demora del diagnóstico y tratamiento de tuberculosis por Silais años 1994 – 1995.
- 14- Ministerio de Salud, Nicaragua. Informe anual del Programa de Control de la Tuberculosis año 1993.
- 15- Ministerio de Salud, Nicaragua. Plan de Salud SILAIS Carazo 2000
- 16- . Ministerio de Salud, Nicaragua. Informe anual del Programa de Control de la Tuberculosis año 1997.
- 17- Ministerio de Salud, Nicaragua. Plan de salud 1997.
- 18- - OPS / OMS, TB/ VIH Directrices para los programas nacionales 1997.
- 19- OPS/OMS ,TB/VIH Manual Clínico para América Latina ,1997
- 20- OPS / OMS, Boletín. Volumen 88, No. 2.
- 21- Pavón, Hipólito. Evaluación de la calidad de la atención, Cali Colombia 1996.
- 22- Piura, López Julio, Introducción a la metodología de la investigación científica 3ª Ed 1998.
- 23- Riberola A Bombi JA, Maltofre C, Cardesa A Mortalidad por Tuberculosis Med Clin (Barc) 1991;96:756
- 24- Styblo K. Impacto de la Infección VIH en la Epidemiología Mundial de la Tuberculosis .Bol Un Int Enferm resp 1991;65:27-33
- 25- Velázquez H, López N y Huete, M. Factores que interviene en el proceso de toma, recolección y entrega de resultados de las muestras de esputo de los pacientes SR+21 de los Municipios de Jimoteqa, Pantasma y Bocay en el período de Marzo - Abril del 2000.

# ***ANEXOS***

## **GLOSARIO DE TERMINOS**

BAAR	:	Bacilo ácido alcohol resistente
C/S	:	Centro de Salud
Con.	:	Consultorio
EMP.	:	Empresa Médica Previsional
Hosp.	:	Hospital
Med.	:	Medicamentos nos antifímicos
MINSA	:	Ministerio de Salud
Priv.	:	Privado
PCT	:	Programa de Control de Tuberculosis
P/S	:	Puesto de Salud
Rx	:	Rayos X
SILAIS	:	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
SD	:	Sin datos
SR+21	:	Sintomático respiratorio de más de 21 días
TB	:	Tuberculosis

Tabla No. 1

**TIPO DE TRANSPORTE Y TIEMPO UTILIZADO POR LOS PACIENTES PARA ACUDIR A LOS SERVICIOS DE SALUD**

n= 93

Tiempo Utilizado de casa a Unidad de Salud	Puesto de Salud			Centro de Salud			Hospital		
	A pie %	Auto bus %	Total %	A pie %	Auto bus %	Total %	A pie %	Auto bus %	Total %
< 15 minutos	48	16	64	14	5	19	14	5	19
15- 29 minutos	18	10	28	17	14	31	17	14	31
30- 45 minutos	2	2	4	1	9	10	1	9	10
> 45 minutos	4	0	4	0	40	40	0	40	40
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>68</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta a pacientes sospechosos de TB. del municipio de Diriamba, Mayo- Junio 2000.

**Tabla No. 2**

**FACTORES ORGANIZACIONALES DEL PCT QUE INCIDEN EN LA SELECCIÓN TEMPRANA DE PACIENTES SOSPECHOSOS DE TUBERCULOSIS**

n= 21

PERFIL PROFESIONAL	Capacitación %		Años de laborar			Asignación al PCT %	
	Si	No	<1 año	1-5	>5	Si	No
Auxiliar de enfermería	19	0	0	14	5	14	5
Enfermera técnico medio	10	0	0	5	5	0	10
Enfermera técnico superior	10	0	0	5	5	5	5
Médico público	38	18	5	27	24	14	42
Médico privado	0	5	5	0	0	0	5
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>51</b>	<b>39</b>	<b>33</b>	<b>67</b>

Fuente: Encuesta a personal de salud del municipio de Diriamba, Mayo 2001.

**Tabla No. 3**

**TIEMPO DE ESPERA A LA CONSULTA DE LOS PACIENTES  
SOSPECHOSOS DE TB SEGÚN PROVEEDOR DE SERVICIO**

n= 21

TIEMPO DE ESPERA	PROVEEDOR DE SERVICIO						
	PÚBLICO %				PRIVADO %		
	P/S	C/S	Hosp	Total	EMP	Consultorio	Total
10 – 20 minutos	14	0	0	14	0	5	5
21 – 40 minutos	14	0	0	14	0	18	18
41 – 60 minutos	10	10	14	34	0	0	0
> de 60 minutos	0	5	0	5	10	0	10
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>67</b>	<b>10</b>	<b>23</b>	<b>33</b>

Fuente: Encuesta a personal de salud del municipio de Diriamba, Mayo 2001.

**Tabla No. 4**

**DURACIÓN DE LA CONSULTA DE LOS PACIENTES SOSPECHOSOS DE TB, SEGÚN PERFIL PROFESIONAL**

**n= 21**

PERFIL PROFESIONAL	DURACIÓN DE LA CONSULTA (en minutos)				TOTAL
	5-15	16-25	> 25	SD	
Auxiliar de enfermería	0	10	5	5	20
Enfermera técnico medio	0	5	0	5	10
Enfermera técnico superior	5	5	0	0	10
Médico Público	19	23	0	0	42
Medico privado	0	0	18	0	18
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>43</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta a personal de salud del municipio de Diriamba, Mayo 2001.

Tabla No. 5

**PROVEEDOR DE SERVICIOS UTILIZADO POR LOS PACIENTES  
SOSPECHOS DE TB, EN SU BUSQUEDA DE ALIVIO**

n= 93

Personal que atendió	Primera búsqueda de alivio					Segunda búsqueda de alivio					Tercera búsqueda de alivio				
	Público %			Privado %		Público %			Privado %		Público %			Privado %	
	P/S	C/S	Hosp	EMP	Con	P/S	C/S	Hosp	EMP	Con	P/S	C/S	Hosp	Emp	Con
Personal de Enfermería	15	18	0	0	0	12	8	0	0	0	0	15	0	0	0
Médico	13	9	21	1	23	16	10	23	0	29	0	15	24	0	0
Curandero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>29</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>46</b>

Fuente: Encuesta a pacientes sospechosos de TB. del municipio de Diriamba, Mayo- Junio 2000.

**Tabla No. 6**

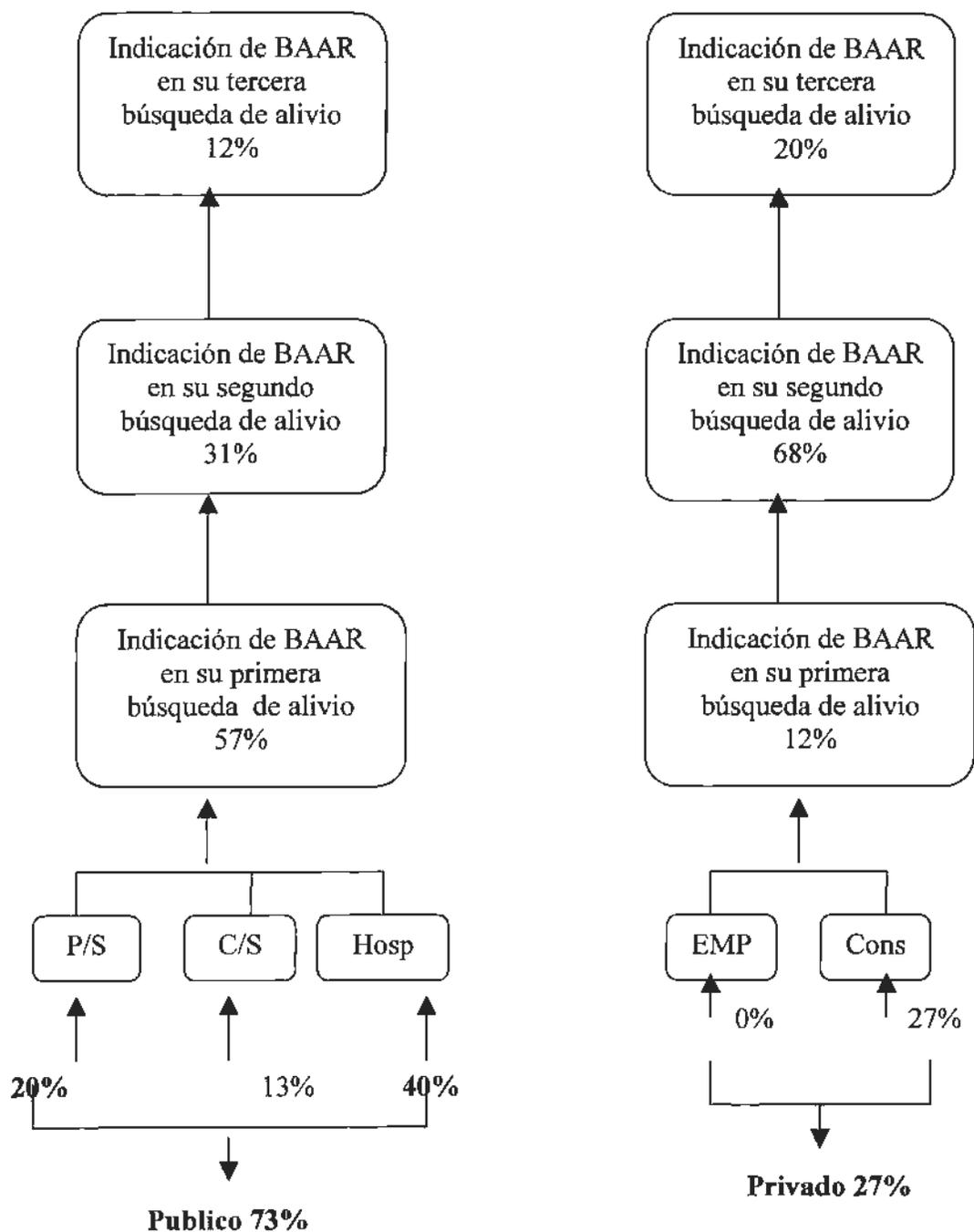
**INDICACIONES CLINICAS SEGÚN SÍNTOMAS INDICATIVOS DE TUBERCULOSIS A LOS PACIENTES SOSPECHOSOS EN SU BÚSQUEDA DE ALIVIO n=93**

SÍNTOMAS INDICATIVOS DE TUBERCULOSIS	1 <sup>er</sup> BÚSQUEDA DE ALIVIO %			2 <sup>do</sup> BÚSQUEDA DE ALIVIO %			3 <sup>er</sup> BÚSQUEDA DE ALIVIO %		
	BAAR	RX	Med	BAAR	RX	Med	BAAR	RX	Med
Tos > de 21 días	45	8	66	69	4	75	46	0	100
Fiebre	34	7	47	55	2	63	31	0	62
Pérdida de peso	11	3	14	6	0	10	15	0	31
Sudoración	11	3	17	0	0	20	0	0	8

Fuente: Encuesta a pacientes sospechosos de TB. del municipio de Diriamba, Mayo- Junio 2000.

Gráfico No .1

**INDICACIÓN DE BAAR A PACIENTES SOSPECHOSOS DE TB,  
SEGÚN PROVEEDOR DE SERVICIOS (n=93)**



**Puerta de entrada de pacientes a los Sistemas de Salud Públicos y Privados**

Fuente: Encuesta a pacientes sospechosos de TB. del municipio de Diriamba, Mayo- Junio 2000.

**Tabla No. 7**

**CONSEJOS BRINDADOS POR EL PERSONAL DE SALUD A LOS  
PACIENTES SOSPECHOSOS DE TB, EN SU BÚSQUEDA DE ATENCION**

**TESTIMONIOS BRINDADOS POR LOS PACIENTES SOSPECHOSOS DE TB**

- Acuérdesse de realizarse los exámenes que le mandó el Doctor ( 83)
- Tómese el medicamento como se lo mandó el Doctor(63)
- Sacar el gargajo en ayuna y echarlo en el vasito, taparlo bien y llevarlo al laboratorio(40)
- Regrese a la cita con los resultados de los exámenes (33)
- Tome bastante líquidos y coma bien (30)

Fuente: Encuesta a pacientes sospechosos de TB. del municipio de Diriamba,  
Mayo- Junio 2000.

Tabla No. 8

**TIPO DE GASTOS INCURRIDOS POR LOS PACIENTES  
DURANTE LA BÚSQUEDA DE ALIVIO**

n=93

GASTOS INCURRIDO	1 <sup>era</sup> Búsqueda de alivio %					2 <sup>da</sup> Búsqueda de alivio %					3 <sup>era</sup> Búsqueda de alivio %				
	P/S	C/S	Hosp	Priv	total	P/S	C/S	Hosp	Priv	total	P/S	C/S	Hosp	Priv	total
Consulta Medica	0	0	0	24	24	0	0	0	35	35	0	0	0	46	46
Medicamentos no Antifimico	5	16	0	24	45	0	8	0	35	43	0	23	0	23	46
Exámenes de Laboratorio	0	4	2	19	25	0	18	0	16	34	0	31	0	15	46
Transporte	24	11	11	18	64	20	10	24	16	70	0	46	0	15	61

Fuente: Encuesta a pacientes sospechosos de TB. del municipio de Diriamba, Mayo- Junio 2000.

Tabla No. 9

**TOTAL DE GASTOS INCURRIDOS POR LOS PACIENTES SOSPECHOSOS DE TB DURANTE SU BÚSQUEDA DE ALIVIO**

n= 93

GASTOS INCURRIDOS POR EL PACIENTE	1ra BÚSQUEDA DE ALIVIO		2da BÚSQUEDA DE ALIVIO		3ra BÚSQUEDA DE ALIVIO	
	Gastos médicos %	Transp. %	Gastos médicos %	Transp. %	Gastos médicos %	Transp. %
Sin Costo	68	37	64	33	56	42
C\$ < 100 – 200	31	63	35	67	44	58
C\$ > 200	1	0	1	0	0	0

Fuente: Encuesta a pacientes sospechosos de TB. del municipio de Diriamba, Mayo- Junio 2000.

## INSTRUMENTO # 1

### ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD

Esta entrevista esta dirigida al personal de salud de las diferentes unidades de atención del municipio de Diriamba, que tienen contacto con pacientes sospechosos de tuberculosis .

Objetivo: conocer los factores de los servicios de salud que inciden en la selección de los pacientes sospechosos de tuberculosis en el municipio de Diriamba.

### DATOS GENERALES

1- Unidad de Salud: C/ S:----- P/S:-----

Hospital.----- Privado.-----

2- Perfil del entrevistado: Médico.----- Enfermera.-----

Tec. Laboratorio.----- Otros.-----

3- Años de laborar:-----

### PREGUNTAS

4- Nivel de conocimiento sobre tuberculosis.

a- Ha recibido capacitación acerca de la norma de tuberculosis? SI----- NO-----

b- Cuantas capacitaciones ha recibido? -----

c- Conoce los criterios de selección de los pacientes sospechosos de tuberculosis?

SI----- NO-----

d- Cuales son esos criterios?

a) - -----

b) -----

c) -----

d) -----

e) De estos criterios cuales considera usted más importante?

5- Que decide Ud. Cuando el criterio que más prevalece es a, b, c, d .

a).-----

b).-----

c).-----

d).-----

6- Que orientaciones se le brindan a los pacientes posterior a la selección de estos criterios.

7- Si el paciente no regresa nuevamente a la consulta, que hace Ud. Desde la Unidad de Salud.

8- Ud. Como personal de salud, que relación tiene con el técnico de Laboratorio posterior al envío de baciloscopia de un paciente sospechoso de tuberculosis.

9- Que tiempo espera un paciente para ser atendido:-----

10-Cuanto tiempo dura la consulta de los pacientes: -----

**GRACIAS**

## INSTRUMENTO # 2

### ENTREVISTAS A ADULTOS CASOS SOSPECHOSOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR

Este estudio esta dirigido a pacientes sospechosos de Tuberculosis, teniendo como principal objetivo conocer los determinantes que influyen en el retardo de la selección y el gasto de los pacientes. En el municipio de Diriamba, de Junio-Diciembre 1999.

#### 1. DATOS SOBRE LA ENTREVISTA

- 1.1. País: **NICARAGUA**  
1.2. Región: **Diriamba, Carazo**  
1.3. Nombre y apellido del entrevistador: ..... / .....  
1.4. Fecha de la entrevista: //  
1.5. Lugar de la entrevista:  
 1. Centro de Salud Diriamba  
 2. Puesto de Salud  
 3. Otros  
1.6. Número del paciente en el estudio:

#### 2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- 2.1 Nombre y apellidos del paciente: .....  
2.2. Edad :   
2.3. Sexo : Masc  Fem

#### 3. DATOS DOMICILIARES Y LABORALES DEL PACIENTE

- 3.1. Area : rural  urbana   
3.2. Dirección del paciente  
.....

3.3. Cuál es su trabajo?

1. No tengo trabajo  
 2. Cultivador  
 3. Obrero  
 4. Empleada doméstica  
 5. Comerciante  
 6. Otro, especificar: .....

#### **4. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS**

4.1. Que tipo de transporte utiliza para trasladarse de su casa al puesto de salud más cercano?

- A pie
- Autobús
- Carro propio
- Bestia

4.2. Cuánto tiempo tarda en llegar?

.....

4.3 . Que tipo de transporte utiliza para trasladarse de su casa al Centro de salud más cercano?

- A pie
- Autobús
- Carro propio
- Bestia

4.4. Cuánto tiempo tarda en llegar?

.....

4.5. Que tipo de transporte utiliza para trasladarse de su casa al Hospital más cercano?

- A pie
- Autobús
- Carro propio
- Bestia

4.6. Cuánto tiempo tarda en llegar?

.....

**Una vez que usted decidió buscar ayuda para su problema, cuál fue su recorrido antes de ir al laboratorio del C/S u hospital para hacerse su examen?**

#### **5. Primera búsqueda de alivio**

Fecha:.....

Profesional / institución / proveedor que lo atendió

.....

Síntomas y problemas expresados:

- Tos
- Fiebre
- Pérdida de peso
- Sudoración
- Debilidad
- otros

En esta primera consulta usted fue examinado? si  no

Exámenes indicados:

- BAAR
- Rayos X
- EGO
- BHC
- Otros

Diagnóstico:

- Gripe
- Neumonía
- Bronquitis
- Tuberculosis
- Otros

Tratamiento

Farmacológico .....

No Farmacológico.....

....Consejos brindados

Cuánto tiempo duró la consulta?  minutos

**Gastos**

Transporte C\$-----

Consulta C\$.....

Exámenes C\$.....

Medicamentos C\$ .....

Total C\$ .....

Cuál fue el resultado de esta primera vez en su búsqueda de alivio?

Mejóro  No mejoró

**5.1. Segunda búsqueda de alivio**

Fecha:.....

Profesional / institución / proveedor que lo atendió  
.....  
.....

Síntomas y problemas expresados:

- Tos
- Fiebre
- Perdida de peso
- Sudoración
- Debilidad
- Otros

En esta segunda consulta usted fue examinado? si  no

Exámenes indicados:

- BAAR
- Rayos X
- EGO
- BHC
- Otros

Diagnóstico:

- Gripe
- Neumonía
- Bronquitis
- Tuberculosis
- Otros

Tratamiento:

Farmacológico.....

No Farmacológico.....

Consejos brindados

.....  
.....

Cuánto tiempo duró la consulta?  minutos

**Gastos**

Transporte C\$-----  
Consulta C\$.....  
Exámenes C\$.....  
Medicamentos  
C\$.....  
Total C\$.....

Cuál fue el resultado de esta segunda vez en su búsqueda de alivio?

Mejóro  No mejoró

**5.2. Tercera búsqueda de alivio**

Fecha:.....

Profesional / institución / proveedor que lo atendió

.....  
.....

Síntomas y problemas expresados:

- Tos
- Fiebre
- Pérdida de peso
- Sudoración
- Debilidad
- Otros

En esta tercera consulta usted fue examinado? si  no

Exámenes indicados:

- BAAR
- Rayos X
- EGO
- BHC
- Otros

Diagnóstico:

- Gripe
- Neumonía
- Bronquitis
- Tuberculosis
- Otros

Tratamiento:  
Farmacológico.....  
No Farmacológico.....

Consejos brindados  
.....  
.....

Cuánto tiempo duró la consulta?  minutos

**Gastos**

Transporte C\$-----  
Consulta C\$.....  
Exámenes C\$.....  
Medicamentos C\$.....  
Total C\$.....

Cuál fue el resultado de esta tercera vez en su búsqueda de alivio?  
Mejóro  NO mejoró

**5.3. Cuarta búsqueda de alivio**

Fecha:.....

Profesional / institución / proveedor que lo atendió  
.....  
.....

Síntomas y problemas expresados:

- Tos
- Fiebre
- Pérdida de peso
- Sudoración
- Debilidad
- Otros

En esta cuarta consulta usted fue examinado? si  no

Exámenes indicados:

- BAAR
- Rayos X
- EGO
- BHC
- Otros

Diagnóstico:

- Gripe
- Neumonía
- Bronquitis
- Tuberculosis
- Otros

Tratamiento:

- Farmacológico-----
- No Farmacológico-----

Consejos brindados

.....  
.....  
.....

Cuánto tiempo duró la consulta?  minutos

**Gastos**

Transporte C\$ -----  
Consulta C\$.....  
Exámenes C\$.....  
Medicamentos C\$.....  
Total C\$.....

Cuál fue el resultado en esta cuarta búsqueda de alivio?

Mejoró  NO mejoró