



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



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 1998-2000

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

**“EVALUACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DEL SILAIS CARAZO, I SEMESTRE 2006.”**

AUTORA: DRA. ROSA MARÍA MÉNDEZ V.

TUTOR: DR. ALEJANDRO SOLIS MARTÍNEZ

JUNIO, 2007

DEDICATORIA

Dios, ¡cuán precioso es tu invariable amor! Por eso los hombres se amparan bajo la sombra de tus alas. Salmo 36, 7.

Permíteme ¡Oh Señor, dedicarte este trabajo de investigación, a ti que me distes la fortaleza y la sabiduría para iniciarlo y concluirlo, a ti que me enviaste ángeles para que me guiaran con paciencia en este proceso, del cual aprendí muchas cosas y entre ellas el valor de la Perseverancia y la Actitud Positiva.

También deseo dedicar este esfuerzo a mi familia: Fidel mi esposo, mis hijos Nena, Ito, Meybrith (cariñosamente Chupa) y mi bebé de 7 semanas de gestación, tesoros que el Señor me ha regalado, y del cual le estoy profundamente agradecida.

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar un especial agradecimiento a mi tutor Dr. Alejandro José Solís Martínez, MSc. en Salud Pública **por su apreciable talento, asesoría y enseñanzas en la conducción de este trabajo.**

A la Dra. Betty Soto Vázquez, MSc. en Salud Pública, por su apoyo y comprensión incondicional en la asesoría que me brindó, **(es uno de los ángeles que Dios me envió).**

A todo el personal de las 28 unidades de salud por su cooperación en la recolección de la información, especialmente a la Dra. Ninoska Cortés, por facilitarle muy oportunamente los datos, a la Enfermera Dinora Guadamuz, al Enfermero Ramón Bonilla, al Auxiliar de enfermería Noel Jirón, al Dr. Félix Bravo, y a la Lic. Claudia Orúe por su apoyo en la validación de nuevas asignaciones de comunidades a las unidades de salud, a la Lic. Janella Escalante por su valioso apoyo en la realización de los grupos focales.

A mis queridos padres; Rosa María Villanueva y Juan Francisco Méndez, a mis hermanas: María José Méndez V. (Monino) y Edith Méndez V. (Eda), por que cada uno de ellos contribuyó para que este documento se hiciera una realidad, su amor demostrado en el servicio es encomiable.

Dios les recompense a todos. Una vez más ¡Gracias!.

RESUMEN

El presente trabajo investigativo aborda un tema de gran interés en la gerencia de los sistemas locales de salud, evaluar la red de servicios, aplicando la metodología del plan de cobertura, herramienta técnica que apoya la planificación y el desarrollo de los servicios de salud en el nivel local.

Se trata en esta investigación de evaluar la red de servicios del primer nivel de atención del SILAIS Carazo, estudiando el 100% (28) de las unidades de salud, se identificaron las principales características de la estructura organizacional, determinando las tasas de utilización de las unidades de salud y las razones de los pobladores de porqué visitan o no las unidades asignadas, hallazgos que permitieron elaborar una propuesta técnica de reorganización de servicios que contempla la sectorización de la población asignada a centros de salud en entidades más pequeñas, la redefinición de la población asignada o de responsabilidad y el fortalecimiento, rehabilitación y redistribución de recursos humanos, materiales y financieros.

El plan de cobertura y los grupos focales fueron las principales técnicas metodológicas del presente trabajo investigativo. La recolección de la información se realizó mediante fuentes primaria: entrevistas a informantes claves tanto a nivel institucional como a pobladores de las comunidades y secundaria: registros del sistema de información y estadísticas municipales del año 2005 y primer semestre del año 2006.

Una de las principales conclusiones es la existencia de una red de servicios desorganizada, carente de criterios técnicos en su crecimiento, con inequidad en la distribución de recursos humanos, que se realiza sin tomar en cuenta asignación de población, ni accesibilidad geográfica.

Las cargas laborales de las unidades de salud son muy bajas, las tasas de utilización oscilan entre cero y menos de 1 consulta por habitante por año en el 93% (277) de las comunidades estudiadas.

Estos indicadores cuantitativos y los resultados de los grupos focales reflejan la poca utilización de las unidades de salud por la población que aduce como razones principales la falta de medicamentos, puestos de salud cerrados o no hay atención médica, maltrato en la atención y problemas de accesibilidad geográfica.

Son notorias las limitaciones en el sistema de información que inician desde el llenado de los formatos, registro de actividades, hasta el resguardo de la información.

Existe desconocimiento y pocas habilidades en los procesos administrativos por los tomadores de decisiones, que ocasiona limitaciones en la agilidad de la ejecución de fondos.

Las recomendaciones fueron dirigidas a los tres niveles de resolución: nivel municipal, SILAIS y nivel Central, en aspectos normativos, de evaluación y capacitación.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES	2
III.	JUSTIFICACIÓN.....	6
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V.	OBJETIVOS	8
VI.	MARCO DE REFERENCIA	9
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO	23
VIII.	RESULTADOS.....	28
IX.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	38
X.	CONCLUSIONES.....	41
XI.	RECOMENDACIONES.....	42
XII.	BIBLIOGRAFÍA.....	46

ANEXOS

I. INTRODUCCIÓN

Los Servicios de salud del Ministerio de Salud de Nicaragua han perdido capacidad operativa y resolutive, especialmente las unidades de primer nivel de atención, lo que ha incidido en la reducción de las coberturas de algunos servicios básicos, sobre todo en el área rural. “Se calcula que en general la cobertura de los servicios del MINSA se ha reducido hasta un 65% de la población total”¹.

La pérdida de la capacidad operativa de las unidades de salud se debe principalmente a la insuficiencia de los recursos financieros asignados a las unidades de salud (en lo que se refiere a medicamentos, reactivos de laboratorio, mantenimiento de los equipos, viáticos, etc.) y a los problemas organizativos a nivel local, los que inciden en la baja operatividad de las unidades de salud (horarios de atención, falta de trabajo de terreno, etc.), a los que se agrega la competencia por los pocos recursos disponibles por parte de las estructuras administrativas de los SILAIS, donde se decide sobre los montos y los flujos de los recursos financieros para los centros de salud y puestos de los servicios municipales de salud, priorizando en algunos ocasiones los gastos de la burocracia administrativa.

En el SILAIS Carazo, pese a la existencia de dos fuentes de financiamiento de cooperación externa, , existe también una deficiente capacidad operativa de las unidades de salud, primero porque estas fuentes donantes no apoyan la compra de medicamentos y reactivos de laboratorio que por vía fuente fiscal son insuficientes y segundo porque hay debilidades en la planificación y capacidades gerenciales a nivel local, que se traduce en deterioro de los indicadores de proceso y resultados, bajas coberturas y aumento de las tasas de mortalidad materna y perinatal, entre otros.

El presente estudio, pretende evaluar utilizando la metodología del plan de cobertura, la red de servicios del primer nivel de atención del SILAIS Carazo en el primer semestre del año 2006, el que cuenta con una población de 179,842 hab., 28 unidades de atención primaria; 8 centros de salud y 20 puestos de salud, 3 unidades de atención secundaria, uno de los hospitales es de Referencia ubicado en la cabecera departamental, los otros dos se ubican en el municipio de Diriamba; el Hospital del Maestro y el Hospital San José.

El plan de cobertura es la base metodológica de la presente investigación operativa, que se propone determinar la capacidad resolutive de la red de servicios y la utilización de las unidades de salud por las comunidades, cuyos resultados permitirán disponer de información pertinente para la toma de decisiones que orienten a una mejor organización de los servicios, a reasignar recursos y poblaciones, a definir el orden de prioridad para el fortalecimiento, rehabilitación o construcción de nuevas unidades de salud, con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, en cuanto a accesibilidad, integralidad de las acciones, longitudinalidad en el proceso de la atención y la coordinación entre los niveles de atención en salud.

¹ Nicaragua, Ministerio de Salud. (2004). Análisis de Situación del Sector Salud. Pp:23.

II. ANTECEDENTES

Hay dos experiencias de diseño del Plan de Cobertura en Nicaragua, uno del Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Salud en Nicaragua, de la Unión Europea ², en 4 municipios: Jinotega (SILAIS Jinotega), Matiguás (SILAIS Matagalpa), San Carlos (SILAIS Río San Juan) y Siuna (SILAIS RAAN), durante los meses de Febrero y Marzo del año 2000, y el otro del Proyecto MINSA/PROSILAIS ³, que realizó una evaluación de la red de servicios del SILAIS Madriz, Estelí, RAAS, Nueva Segovia, León y Chinandega, de Septiembre a Noviembre del 2000.

Con respecto a la primera experiencia, podríamos destacar los siguientes hallazgos:

- Criterios de ubicación de las unidades existentes y población asignada a las unidades: La población asignada a unidades de salud es variable, se desconocen las razones de ubicación de los puestos de salud, aunque frecuentemente están relacionadas al juego de poder y de influencias de algunos políticos. Los centros de salud están ubicados en la cabecera municipal
- Distribución de recursos entre unidades: La distribución de recursos humanos no es equitativa si se relaciona a las poblaciones asignadas o de responsabilidad. Esta se observa de manera particular en la disponibilidad de médicos, cuya relación médicos/habitantes es mucho más baja para la población asignada a los puestos de salud que para la población asignada a los centros de salud. La disponibilidad de medicamentos entre puestos de salud y centros de salud siempre favorece a los centros de salud.
- Permanencia en los puestos de salud: El personal de puestos de salud tiene que cumplir con una serie de actividades fuera de la unidad de salud (capacitaciones, salidas integrales, consejo técnico, entrega de información, retiro de biológicos e insumos, etc). Por lo tanto, un solo personal de salud en el puesto tiene muy poca permanencia y finalmente la unidad de salud es poco funcional. Este es el caso del 57% de los puestos de los 4 municipios, del estudio del PFSSN/UE.
- Paquete de actividades: dónde está la prioridad?: En teoría el paquete de actividades es casi idéntico, tanto en los puestos de salud como en los centros de salud. Sin embargo, las prioridades institucionales toman poco en consideración la atención curativa y definen la atención por programas, ocasionando así la desintegración y la falta de integralidad en la oferta de dicho paquete.
- Relación entre la población asignada y población de influencia: Los centros de salud y servicios de emergencia del hospital atraen a población de responsabilidad de los puestos de salud, lo que tiene por efecto una carga de trabajo desproporcionada dirigida a la resolución de problemas menores. La consecuencia es la mala utilización de recursos

² Fortalecimiento del Sistema de Salud en Nicaragua. Serie No. 2, pp. 25-42

³ Nicaragua, Ministerio de Salud. Proyecto MINSA/PROSILAIS. (200). Evaluación de la red de servicios, SILAIS Madriz, Estelí, RAAS, Nueva Segovia, León y Chinandega. Pp: 2.

hospitalarios que deberían estar reservados a la resolución de problemas de alto nivel tecnológico.

En relación a los centros de salud, entre el 27% y 58% (mediana: 32%) de las primeras consultas de morbilidad proceden de población asignada a puestos de salud.

- La población no utiliza la unidad de salud asignada: Del total de la población de los 4 municipios, 20% no utiliza su unidad asignada. De los pobladores que la utilizan, existe una gran diferencia de utilización determinada por la distancia. Se observa 1 consulta por habitante al año en caso de vivir a menos de una hora de camino y 0.4 consulta por habitante al año en caso de vivir a más de una hora, lo que refleja problemas de accesibilidad geográfica.
- Población de responsabilidad de una unidad que utilizan otras del mismo municipio o no utilizan unidades del municipio: Una proporción importante de la población utiliza puestos o centros de salud no asignada.
- Confrontación de datos de utilización, mapas y de conocimiento “de terreno” del personal de salud de los municipios: Para mejorar la validez de la información y para analizarla se hizo un taller en cada municipio con el personal de salud de las diferentes unidades del MINSA y la participación de las ONGs del lugar y se elaboró una propuesta técnica con la selección de unidades a fortalecer y la redistribución de los recursos humanos.
- Participación comunitaria: dónde están las organizaciones representativas de los usuarios?: En un diseño ideal de plan de cobertura, la propuesta técnica preparada por los profesionales debería verse sometida a la consideración de los representantes de las diferentes comunidades del municipio.

No se ha incluido en esta discusión a los delegados de los comités de salud por no representar a la mayoría de las comarcas, solamente a las que están cerca de las unidades de salud. Una forma de mejorar la participación y representatividad de dichos comités sería involucrar a los líderes de las diferentes comunidades y construir así un verdadero comité de salud que se incorpore a la negociación del plan de cobertura.

- La planificación municipal necesita descentralización en el poder de decisión: Durante la realización de los talleres locales del plan de cobertura se observó que una de las limitaciones importantes es la falta de poder de las autoridades locales en la toma de decisiones para desarrollar las acciones derivadas de los planes municipales
- Elementos esenciales en las propuestas técnicas de los planes de cobertura de los 4 municipios:
- ✓ Sectorización urbana de la población asignada a los centros de salud: La sectorización de la población urbana permite dividir la población asignada a un centro de salud en entidades más pequeñas atendidas en diferentes ambientes brindando una atención integral, continua e integrada con la disponibilidad de un personal mínimo (1 médico y un

auxiliar de enfermería) para cada 5000 hab.

- ✓ En el Centro de Salud, separación entre la oferta del paquete básico y la función de apoyo y referencia: Se elaboró una propuesta concreta de separar el paquete básico de atención de los servicios de apoyo, referencia y encamados, para que estos sirvan de referencia a todos los puestos de salud del Municipio en donde se elaboró el plan de cobertura.
- ✓ Proceso de priorización a través de conglomerados de puestos de salud: Para priorizar las unidades de salud del municipio o territorio seleccionado se constituyeron grupos de trabajo integrados por los responsables de varias unidades de salud cercanas. Estas personas con conocimiento de la realidad local, brindaron valiosos aportes en la selección de los puestos de salud a ser fortalecidos como unidad cabecera para realizar funciones técnico administrativas y apoyar a los puestos de salud que conforman su conglomerado.
- ✓ Se utilizaron criterios técnicos para seleccionar las unidades a priorizar: Para ello se consideró el tamaño de la población cubierta por la unidad de salud, la utilización histórica, la ubicación de los polos de desarrollo y el lugar de mayor concentración poblacional.

En relación a la segunda experiencia, se describen los siguientes resultados:

- Existe una red de servicios desorganizada, con aplicación inadecuada de la resolución 106. Dicha resolución carece de criterios técnicos para la asignación de recursos humanos, poblaciones y presupuesto
- Existen limitaciones en el sistema de información, que inician desde la distribución de la población hasta la recolección y procesamiento de los datos estadísticos.
- El diseño arquitectónico de las unidades de salud no es estandarizada y algunas no disponen de servicios básicos (agua, luz, letrificación).
- La oferta del paquete de actividades es muy variable en unidades de salud con una misma clasificación.
- Las asignaciones de población a las unidades de salud se encuentran en rangos extremos fuera de los parámetros existentes en las normativas.
- El modelo de atención actualmente está organizado por programas con énfasis en el grupo de riesgo madre y niño.
- Las normativas de puestos y centros de salud se encuentran desactualizadas.
- La recuperación de fondos es considerada como una necesidad para cubrir el déficit presupuestario.
- Hace falta la promoción de la oferta de servicios del ministerio de salud en los diferentes

niveles de atención.

- Los principales factores que influyen para que la población no haga uso de los servicios que le corresponde es: la oferta de servicios limitada en los puestos de salud y la falta de medicamentos.
- Existe una limitada articulación de unidades de salud del primer y segundo nivel de atención.
- En base al análisis de los resultados se elaboró una propuesta técnica por municipio para la reorganización de la red de servicios.
- De igual manera se elaboró un informe general que propone estándares de estructura proceso y resultados que pueden ser retomados para las principales normas de la Red de Servicios del Ministerio de Salud.

III. JUSTIFICACIÓN

La ley General de Salud (ley 423), publicada en la Gaceta Diario Oficial. Año CVI No. 91 del viernes 17 de Mayo del 2002, en su artículo 4, señala que “corresponde al MINSA coordinar, organizar, supervisar...ordenar y vigilar acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud...” Esta rectoría del MINSA en el Sector Salud, le faculta según como lo estipula la **Política Nacional de Salud 2004-2015**, implementar el Modelo de Atención Integral en Salud (**MAIS**) estableciendo los vínculos necesarios con el resto de proveedores de servicios de salud, y para ello se requiere el fortalecimiento de las capacidades locales, mejorando la accesibilidad a los servicios de salud, reduciendo las brechas de atención, mejorar la continuidad de los cuidados y administrar mejor los fondos que están disminuyendo cada vez más.

En el SILAIS Carazo, hasta la fecha no se han realizado investigaciones operativas de este tipo, por lo cual se considera pertinente evaluar la red de servicios del Primer Nivel de Atención del SILAIS Carazo, tomando en cuenta la accesibilidad geográfica, criterios poblacionales, disponibilidad de los recursos y la capacidad de resolución, que permita la identificación de nudos críticos, para elaborar una propuesta técnica de reorganización de la red de servicios que asegure el acceso de los mismos al mayor número de usuarios, principalmente a los más pobres, dando respuesta a las necesidades de provisión de servicios de salud acorde al Modelo de Atención Integral como lo estipula el reglamento de la Ley General de Salud, en su artículo No. 38. p. 111, y a su vez que permita dirigir el financiamiento de cooperación externa.

La identificación de las características generales de la estructura organizacional de la red de servicios, el conocimiento de la utilización de las unidades de salud por las comunidades y las razones por la que hacen o no uso de las mismas, permitirá que la propuesta técnica defina principalmente la asignación de nuevas comunidades y su población, el fortalecimiento, rehabilitación y redistribución de recursos humanos, materiales y financieros de las unidades de salud según prioridades.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la capacidad resolutive de la Red de Servicios del Primer Nivel de Atención del SILAIS Carazo, en el primer semestre del año 2006?

Para indagar el problema planteado, se formulan las siguientes preguntas de investigación:

- 1) ¿Cuál es la estructura organizacional de la red de servicios del primer nivel de atención del SILAIS Carazo, en el primer semestre del año 2006?
- 2) ¿Cuáles son las tasas de utilización de las poblaciones asignadas a las unidades de salud y poblaciones atendidas que no corresponden a esa unidad (población de influencia) del primer nivel de atención, en el primer semestre del año 2006?
- 3) ¿Cuáles son las razones explicativas de los pobladores en relación a la utilización o no de sus unidades de salud asignadas, durante el primer semestre de año 2006?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la red de servicios del primer nivel de atención del SILAIS Carazo, en el I Semestre del 2006.

Objetivos Específicos

- 1) Describir características generales de la estructura organizacional de la red de servicios del primer nivel de atención.
- 2) Analizar la utilización de los servicios de salud por unidades de salud y por comunidades que demandan atención.
- 3) Identificar las razones de los pobladores en relación a la utilización o no de sus unidades de salud asignadas.
- 4) Elaborar propuesta técnica de organización de servicios por municipio y presentarla a las autoridades del SILAIS Carazo.

VI. MARCO DE REFERENCIA

6.1 Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS):

El modelo de atención integral a la salud está compuesto por 3 componentes: Provisión, Gestión y Financiación.

Existe un marco jurídico que obliga el diseño de un modelo de atención que sea eficiente, equitativo, efectivo y participativo. Los principales mandatos que lo sustentan son los siguientes:

La Constitución Política de la República de Nicaragua, en su artículo 59 afirma que: “Los Nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación...”

Rectoría del MINSA en el Sector Salud, la Ley General de Salud, Ley 423, artículo 4, señala le “corresponde al MINSA en materia coordinar, organizar, supervisar...ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud.”

Política Nacional de Salud 1997-2002 consta de cinco políticas: 1)Modernización del Sector Salud, 2)Fortalecimiento del Ministerio de Salud, 3)Fortalecimiento de la Atención Hospitalaria, 4) Nuevas Estrategias en Salud Pública y 5)Reforma de la Seguridad Social.

6.1.1 Definición: Conjunto de principios, normas, disposiciones, regímenes, planes, programas, intervenciones e instrumentos para la promoción, protección, y recuperación de la salud, centrado en el individuo, la familia, y la comunidad, con acciones sobre el ambiente, articulados en forma sinérgica a fin de contribuir efectivamente a mejorar el nivel de vida de la población Nicaragüense.

6.1.2 Principios de Modelo: 1) Accesibilidad a los servicios de salud, 2) Integralidad de las acciones en los servicios de salud, 3) Longitudinalidad en el proceso de la atención en salud 4) Coordinación entre los niveles de atención en salud.

6.1.3 Elementos de la Provisión de Servicios:

- Grupos de población: niñez, adolescencia, adulto, adulto mayor
- Ámbitos de la atención: Atención a individuos, centrada en la familia, comunidad, medio ambiente físico y ecológico.
- Proveedores de servicios de salud
- Paquete básico de servicios de salud: Incluye acciones de prevención, protección, curación y rehabilitación para toda la población

6.1.4 Organización de la Provisión de Servicios:

Se organizan de acuerdo a niveles de atención y bajo un enfoque gerencial de redes

a) Niveles de Atención

Primer Nivel: Los servicios que ofertan son: Promoción de la salud y prevención de las enfermedades, Servicios curativos y Rehabilitación

Segundo Nivel: Servicios que se ofertan: Servicios ambulatorios, servicios de internamiento, de rehabilitación, promoción de la salud y prevención.

Tercer Nivel: Atención especializada fuera de los básicos.

b) Organización de Redes

Para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud, reducir las brechas de atención y mejorar la continuidad de los cuidados, la provisión de servicios se organiza en redes, que están constituidas por un conjunto de establecimientos, tanto públicos como privados de diversa complejidad y modalidades de atención, que comparten objetivos comunes y se articulan entre sí, para ser capaces de responder la mayoría de las demandas en salud de la población.

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

- Accesibilidad Geográfica
- Criterios poblacionales
- Disponibilidad de los recursos
- Capacidad de resolución

Para el funcionamiento de las redes de servicios se establecen canales de comunicación y sistemas de información que facilite compartir y tener acceso a la misma información, así como relaciones de referencia y contrarreferencia constantes y oportunas para evitar duplicidad de servicios y mejorar la capacidad de adaptación de la red.

6.1.5 Estrategias para la Provisión de servicios:

- 1) IEC
- 2) Enfoque de riesgo
- 3) Enfoque de género
- 4) Participación social y comunitaria
- 5) Implementación de un sistema de garantía de calidad
- 6) Focalización de la acción

6.1.6 Gestión:

Es el conjunto de normas, instrumentos, mecanismos y pautas de referencia que permiten la toma de decisiones para el cumplimiento de los objetivos del sector salud.

- a) Rectoría Sectorial por mandato de ley, es la capacidad político administrativa y legal para coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones de salud. Se ejerce a través de sistemas de garantía de calidad y la gerencia local de las redes de servicios (SILAIS).
- b) Recursos del Sistema de Salud: Requiere de sistemas sencillos pero confiables para el análisis de costo-efectividad de los servicios. La administración de los recursos incluye capital humano, físico, tecnología e insumos médicos y no médicos.
- c) Participación social: Es a través de las diferentes modalidades de participación de la sociedad y del estado en la gestión a la salud que se establece una verdadera coalición nacional por la salud.
- d) Mecanismo de desconcentración y descentralización
- e) Convenios y contratos de gestión: Son un mecanismo de coordinación que ofrece una alternativa a los modelos de gestión basados en mando y control, facilitando la asignación de recursos.

6.1.7 Financiamiento:

El financiamiento del Modelo de Atención Integral a la Salud considera los siguientes elementos:

- 1) Las fuentes de financiamiento
- 2) Flujos de financiamiento
- 3) El destino de los fondos

6.2 Política Nacional de Salud 2004-2015:

Los elementos que le darán direccionalidad a la Política y el Plan Nacional de Salud para el período 2004-2020 se fundamentan en principios orientadores y ejes transversales que permitan mejorar la equidad y la calidad de los servicios integrales de salud, los cuales se presentan a continuación:

6.2.1 Principios:

Están basados en los artículos No. 59 de la Constitución Política de la República, en el artículo No. 5 de la Ley General de Salud y los establecimientos en el Plan Nacional de Desarrollo:

- a. Universalidad
- b. Equidad
- c. Integralidad
- d. Continuidad
- e. Calidad
- f. Complementariedad
- g. Solidaridad

6.2.2 Ejes Transversales:

- a. Equidad de género
- b. Participación social

6.2.3 Lineamientos Generales de la Política Nacional de Salud

6.2.3.1 Ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud:

Se basará en la entrega de un conjunto de servicios esenciales o paquete básico, el que llegará a la población combinando distintas estrategias de actuación de las instituciones del sector. La combinación de público-privado debe contribuir a este esfuerzo, especialmente en lo que respecta a las organizaciones no gubernamentales. Se ampliará la cobertura de la atención a los trabajadores y sus dependientes a través del INSS.

Un tema central del acceso a los servicios de salud será el acceso a los medicamentos. En general, las instituciones y organizaciones del sector trabajarán con medicamentos genéricos, de calidad y bajo costo, y se promoverá que los mismos estén disponibles en la red de farmacias privadas, públicas y comunitarias para que estén accesibles a la población en general.

6.2.3.2 Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud:

Las instituciones y organizaciones del sector salud priorizarán el desarrollo de acciones de servicios de promoción y prevención, en todos los niveles de atención, especialmente en el primer nivel. La atención en salud contará con una amplia participación comunitaria, con énfasis en salud sexual y reproductiva. Se involucrará creativamente en este proceso a la población, haciendo énfasis en acciones de información, educación y comunicación, que contribuyan a la transformación de sus prácticas sanitarias, incorporando las distintas prácticas alternativas de medicina tradicional.

6.2.3.3 Promoción de la Gobernabilidad en el Sector Salud:

Promoción y consolidación de la participación ciudadana con equidad de género en el acceso a poder decisorio sobre el desarrollo, control y transparencia del uso de los recursos en las acciones en salud. Se debe superar la actuación aislada de las instituciones y organizaciones del sector, hacia un modelo de actuación centrada en el desarrollo de la población como objetivo común; para ello es indispensable desarrollar acciones concretas que permitan que el MINSA juegue su papel de líder en el sector.

6.2.3.4 Consolidación del Sistema Nacional de Salud:

La reforma del sector salud se continuará desarrollando sobre la base de una visión compartida entre los diversos actores, que impulsará la reorganización del Sistema Nacional de Salud, articulará funcionalmente las entidades públicas, privadas, y comunitarias con una meta común, así como las funciones de rectoría, provisión, aseguramiento y financiamiento, con equidad y eficiencia.

6.2.3.5 Fortalecimiento de la Capacidad Gerencial:

Se realizarán acciones en el corto plazo que tengan como resultado la transformación del capital humano de las instituciones y organizaciones del sector; esto implica su capacitación en distintos ámbitos de la gerencia de las redes de servicios de salud (primero y segundo nivel de atención), así como de la gestión clínica de la atención directa especialmente, en el ámbito hospitalario. Paralelamente se crearán los procedimientos, normas e instrumentos que le den consistencia a los procesos de planificación, gestión de recursos del sector, evaluación, monitoreo y control. Un elemento urgente es el desarrollo del sistema integrado de información gerencial.

6.2.3.6 Desarrollo de los Recursos Humanos:

Se articulan de forma coherente los procesos de formación y capacitación de los recursos humanos del sector salud. Se desarrollarán mecanismos de estímulos que permitan incrementar el desempeño de los recursos humanos en los servicios de salud, fomentando en el personal de salud su desarrollo científico técnico, una cultura de calidad, humanismo y calidez en la atención, el fortalecimiento de sus capacidades para gerenciar los principios de la Política Nacional de Salud.

6.2.3.7 Implementación de estrategias innovadoras en salud en las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica y municipios fronterizos:

Con el fin de establecer la máxima correspondencia posible entre la actuación local del sector salud y las características de desarrollo político, demográfico, étnico y cultural de sus poblaciones.

6.3 Resolución Ministerial No. 75:

Primero:

Se establece como Primer Nivel de Atención de Salud al conjunto de acciones institucionales, de la comunidad, la familia, los individuos y los servicios básicos dirigidos a enfrentar los principales problemas de salud de la población.

Segundo:

Los principios básicos que regirán la organización del primer nivel de atención de salud son los siguientes:

1. La acción de salud tiene carácter integral
2. La organización del sistema de salud debe corresponderse a la situación política, económica, social y militar de cada territorio.
3. La acción de salud en cada territorio deberá definirse en correspondencia con el estado de salud de la población
4. La acción de salud no es exclusiva del sistema de salud
5. Forman parte del primer nivel todos los servicios de salud de un territorio, sean estos estatales, privados o mixtos.
6. El sistema de salud basa su acción en el abordaje epidemiológico de los problemas de salud
7. En correspondencia al abordaje epidemiológico es indispensable la microlocalización de los problemas de salud.
8. El primer nivel de atención de salud, se rige por las políticas, planes, programas y normas nacionales únicas
9. La comunidad organizada debe ser sujeto activo del conocimiento, enfrentamiento y modificación de sus problemas de salud
10. Cada servicio de salud deber estar referido a un territorio determinado
11. El municipio es el territorio base para la organización del primer nivel de atención
12. El trabajo de terreno es uno de los métodos de trabajo esenciales al primer nivel de atención

13. La formación, capacitación y educación sanitaria teniendo como eje la integración docente asistencial, el estudio trabajo y la investigación, es una característica esencial del Primer Nivel.

Tercero:

La organización del Primer Nivel de atención de salud supone:

1. Organización de la red de servicios municipales de salud como base para la prestación de servicios y la interrelación (referencia y contrarreferencia) entre los mismos
2. La organización de las áreas de salud como nivel de dirección, administración y gestión de los servicios municipales de salud

Cuarto:

Niveles de Resolución:

Casa Base

Concepto: Es la unidad básica de salud de la comunidad y sirve como punto de referencia a la comunidad para la ejecución de las acciones de salud propias de este nivel

Puesto de Salud

Concepto: Es la unidad funcional básica del sistema de salud que atiende un territorio determinado con una población definida, para responder con la participación comunitaria a los principales problemas de salud de la población.

Se establecen dos tipos de puestos de salud:

- **Puesto de salud A:** Es el que posee personal de enfermería permanente, con asignación de personal médico a tiempo parcial (visitas periódicas) y cuenta con instrumental básico e insumos necesarios para cumplir con su perfil.
- **Puesto de salud B:** Es el que posee únicamente personal de enfermería permanente y cuenta con instrumental básico e insumos necesarios para cumplir con su perfil.

Puesto médico

Concepto: Es la unidad funcional que atiende un territorio determinado en la ciudad (médico de barrio) o en comunidades rurales (médico de comarca, empresa agrícola, municipio, etc.) y cuenta con recurso médico y de enfermería de tiempo permanente los cuales trabajan con la comunidad en la búsqueda de soluciones prácticas a los problemas de salud.

En las principales ciudades del país, deberá tratar de mantenerse una relación de **1 médico por cada 6,000 habitantes y 1 auxiliar de enfermería por cada 6,000 habitantes.**

Centro de salud

Concepto: Se definen como centros de salud aquellas unidades que cuentan con recursos médicos y paramédicos permanentes y disponen de servicios de farmacia y medios diagnósticos

Se definen los siguientes tipos de centros de salud:

Centros de salud tipo A: Son los que cuentan con personal médico especializado, al menos un pediatra, ginecoobstetra o medicina integral y médicos generales graduados o en servicio social. Cuentan con odontólogos permanentes y servicios de laboratorio y farmacia. Además de otros profesionales de salud en dependencia de los programas que desarrolle.

Centro de salud tipo B: Cuenta con plantilla de médicos generales graduados o en servicio social y odontólogo permanente. Disponen de servicios de laboratorio y farmacia.

Los centros de salud, en dependencia de sus necesidades, podrán tener camas de observación hasta un máximo de cuatro, las cuales deberán utilizarse de acuerdo a las normas.

6.4 Resolución Ministerial No. 106

Primero:

Se establece como Red de Servicios del Sistema Nacional de Salud a todos los Servicios de Atención en Salud. La organización de la Red de los Servicios está dada por dos niveles de atención, Primer y Segundo Nivel que a su vez tendrán distintos niveles de complejidad crecientes que estará definida por la capacidad de resolución de los problemas de salud de las personas como el ambiente.

Segundo:

Se establece como Primer Nivel de Atención al conjunto de acciones institucionales, de la comunidad, la familia, los individuos y los servicios básicos de la Población con los recursos que conjuntamente se dispongan. Se establece como segundo nivel de atención al conjunto de acciones de Promoción, Prevención, Asistencia, Recuperación y Rehabilitación de Salud que se realiza en los hospitales, con enfoque integral y orientación preventiva, con el objetivo de enfrentar los problemas de salud que por su complejidad demanden recursos de mayor calificación.

Tercero:

La organización del Primer y Segundo Nivel de Atención se regirán por:

1. Las acciones de salud tienen carácter integral. La Promoción, Prevención, Asistencia, Recuperación y Rehabilitación son partes indispensables e indivisibles de estas acciones. Se entenderá como Prestación de Servicios de Salud a la realización armónica de esas acciones en ambos niveles de atención.
2. La organización del Sistema de Salud debe corresponderse a la situación política, económica y social de cada territorio.
3. La acción de salud en cada territorio deberá definirse en correspondencia con el Estado de Salud de la Población y a las variaciones que este vaya presentando.
4. La acción de salud no es exclusiva del Sistema de Salud. Las instituciones gubernamentales y no gubernamentales a nivel municipal, departamental y nacional, las organizaciones sociales, sindicales y gremiales, la familia y los individuos son sujetos activos de la misma.
5. Forman parte de los dos Niveles de Atención todos los Servicios de Salud de un territorio, sean estos estatales, privados o mixtos. La adecuada articulación y cooperación entre los mismos va en el sentido de aprovechar la capacidad nacional para enfrentar de forma racional los problemas de salud de la población y responder a su demanda de cada territorio.
6. El sistema de salud basa su acción en el abordaje epidemiológico, la determinación de criterios de riesgo, la microlocalización y la determinación de los problemas prioritarios, a fin de dirigir y concentrar los recursos, orientar y ejecutar acciones que contribuyan eficazmente a la modificación del Estado de Salud de la Población.
7. Los Niveles de Atención de Salud, se rigen por las políticas, planes, programas y normas nacionales únicas, las que deberán adecuarse a la realidad específica del desarrollo de cada territorio.
8. El Municipio es el territorio base para la organización del Primer Nivel de Atención, para lo cual se organizarán los Servicios de salud.

Cuarto:

Se establecen los siguientes niveles de resolución de la Red de Servicios:

PRIMER NIVEL

1. Puesto de Salud

Concepto: Es la unidad de menor complejidad de la Red de Servicios del Sistema Nacional

de Salud, estando destinado a organizar e implementar las acciones dirigidas a la atención de los problemas básicos de salud de la población.

Se establecen dos tipos de puestos de salud:

- **Puesto de Salud “A”:** Contando con personal médico y de enfermería permanente y con visitas periódicas del trabajador sanitario, quienes poseen los medios básicos para cumplir con su perfil.
- **Puesto de Salud “B”:** Contando con personal de enfermería permanente con instrumental básico e insumos para cumplir con su perfil y con visitas periódicas de personal médico y del trabajador sanitario de acuerdo a la disponibilidad de recursos y los requerimientos epidemiológicos.

Deberán desarrollar la participación comunitaria en salud, el establecimiento de Casas Bases y la orientación del trabajo voluntario de los brigadistas, promotores, parteras y otros líderes de salud de la comunidad.

2. Centro de Salud

Concepto: Se define como Centro de Salud a la unidad básica administrativa del Sistema de Servicios municipales, que brinda Atención de Salud tanto a las personas como al medio ambiente de forma integral y jerarquiza a los puestos de salud.

De acuerdo a su desarrollo deberán acreditarse Centros de Salud como Centros Docentes y definir el ámbito de las acciones que esto significa.

Se establecen los siguientes tipos de Centros de salud:

- **Centro de Salud “A” (con camas):** Son unidades de salud que poseen de 10 a 30 camas, que cuentan con servicios de internamiento de pacientes y programas que atienden prioritariamente a la madre y niños menores de 6 años, enfermedades transmisibles, morbilidad general, parto y cirugía menor de forma permanente y ejercen funciones docentes, investigaciones y de educación sanitaria. Pueden asignárseles cirujanos por períodos cortos y cuentan con servicios de laboratorio, rayos X (donde existan), farmacia y otros servicios básicos.
- **Centro de Salud “B”:** Cuenta con personal médico especializado, general o en servicio social, odontólogo, enfermeras, técnicos y auxiliares de salud en dependencia de los programas que desarrolle. Cuenta con los insumos técnicos y materiales de acuerdo a su perfil y nivel de resolución.
- **Centro de Salud “C”:** Cuentan con plantilla de médicos generales graduados o en servicio social, odontólogo y personal de enfermería y auxiliares de la salud; además con otros profesionales y técnicos visitantes de acuerdo a necesidades básicas, a los requerimientos epidemiológicos y nivel de resolución.

SEGUNDO NIVEL

1. Hospital

Concepto: Es un establecimiento de salud dentro del marco de un Sistema Local de Atención Integral de Salud, que cuenta con servicios de internamiento y demás recursos necesarios para la adecuada atención preventivo-curativa especializada o no de enfermos, presuntos enfermos, embarazadas y que conjuntamente con la prestación de servicios para la observación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes realizan actividades de docencia e investigación.

Quinto:

Se establece la Referencia y la Contrarreferencia como un mecanismo del Sistema Nacional de Salud, para asegurar la provisión de los cuidados y asistencia requeridos por un paciente, haciendo uso de los servicios prestados por los diversos Niveles de Resolución de la Red de Servicios del Sistema.

Se realiza entre niveles de menor resolución a otros con una complejidad mayor y viceversa; pero nunca entre iguales niveles de resolución.

La referencia y contrarreferencia debe proveerse con agilidad y oportunidad. La valoración del riesgo del paciente es determinante para procurar una referencia y contrarreferencia, que lleve a disponer los recursos del sistema para enfrentar los problemas que el paciente tiene.

Entre los diferentes niveles de resolución que un territorio posee deben estar claramente identificados los mecanismos de referencia y contrarreferencia, de manera que se provea una atención en tiempo y forma al paciente referido y que además asegure la continuidad en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento posterior.

6.5 Plan de cobertura:

El plan de cobertura es una herramienta técnica que sirve de apoyo a la planificación y al desarrollo de los servicios de salud en el nivel local. Existen al menos tres motivos para elaborar un plan de cobertura:

1. La necesidad de racionalizar la utilización de recursos siempre escasos y de asegurar el acceso de los servicios al mayor número de usuarios.
2. La utilidad de disponer de un instrumento para coordinar, bajo la autoridad del MINSA, a distintas organizaciones y agencias donantes.
3. La voluntad de mejorar la participación ya que el proceso de planificación requiere la participación de la comunidad. Los profesionales de la salud y los representantes de la población deben ejercer un control en la ejecución del plan de desarrollo de los servicios de salud en el nivel local.

No es necesario realizar un diagnóstico exhaustivo de la situación de salud de una población y de los servicios para elaborar el plan de cobertura. Solamente algunos datos son indispensables: un mapa del municipio con las vías de comunicación, la distribución de la población y del personal de salud, la tasa de utilización espontánea de las unidades de salud por comunidad y un buen conocimiento de la realidad del terreno.

6.5.1 Objetivos del Plan de Cobertura:

Objetivo General: Apoyar la planificación y desarrollo de la red de servicios en el nivel local.

Objetivos Específicos:

- a) Reasignar la población de responsabilidad a las unidades de salud para mejorar el acceso a los servicios.
- b) Definir el orden de prioridad para el fortalecimiento, rehabilitación o construcción de nuevas unidades de salud en el nivel local.
- c) Planificar la asignación de recursos en las diferentes unidades de salud.

6.5.2 Metodología del Plan de Cobertura:

Para elaborar un plan de cobertura se propone seguir las ocho etapas siguientes:

- **Primer Etapa:** Definir un Marco de Referencia
- **Segunda Etapa:** Identificar características generales de las unidades del municipio seleccionado.

Una de las características que se identificó fue la productividad de las unidades de salud (carga laboral), la fórmula que se propone en la metodología para obtener este dato fue modificada por un indicador que reflejó las horas asistenciales reales que trabaja el personal de salud.

Para la construcción de este indicador se realizó una revisión de horas trabajadas por cada una de las 4 funciones básicas de la gerencia sanitaria: asistencial, trabajo de terreno, docencia, tareas administrativas. (Ver anexos, Cuadro No. 12 y 13)

Se tomaron en cuenta las actividades preventivas y curativas realizadas dentro de la unidad de salud que se determinaron como actividades efectuadas en horas asistenciales, que corresponde al numerador de la fórmula de cálculo, se tomó la productividad del año 2005, debido a que el número de actividades durante el primer semestre del 2006 fue muy bajo por la huelga del sector salud, sin embargo el número de recursos humanos era similar en ambos períodos.

Para definir el total de horas de trabajo del año, (denominador de la fórmula) se le restó a las 8 horas laborales 3.3 horas que fue la media de tiempo resultante de definir con el personal de salud de las 28 unidades el fondo de horas empleadas en actividades realizadas en las otras 3 funciones básicas, los cálculos se hicieron por separado tanto por perfil ocupacional: médicos y enfermería como por centros y puestos de salud, los resultados en puestos y centros fueron similares.

También se tomó en cuenta el tiempo que corresponde a vacaciones y el número de recursos humanos por cada unidad. El objetivo de esta revisión fue acercarnos a la realidad y evitar comparar una carga laboral de unidades de salud con la misma clasificación pero con diferentes números de recursos humanos (médicos y enfermería).

La fórmula utilizada para la carga laboral se definió de la siguiente manera:

$$X = \frac{A}{(B - C) \times D}$$

X = Carga laboral/ Unidad/ Hora

A = Total de actividades preventivas y curativas de la unidad de salud

B = 4.7 horas x 5 días x 52 semanas

C = 176 horas de vacaciones

D = No. de recursos permanentes de la unidad de salud

En las unidades de salud donde hay recursos generalmente médicos asignados por algunos días y no de manera permanente, al denominador se le agregó la suma de **(E - C)**

$$X = \frac{A}{[(B - C) \times D] + (E - C)}$$

E = 4.7 horas x No. de días que labora x 52 semanas

- **Tercera Etapa:** Identificar la población de influencia a través de la utilización de la unidad de salud.
- **Cuarta Etapa:** Analizar la relación entre población de responsabilidad e influencia y su consecuencia en la utilización de las unidades de salud.

- **Quinta Etapa:** Redefinir población de responsabilidad y diseño de propuesta técnica
- **Sexta Etapa:** Negociar la propuesta técnica con autoridades, comunidad, ONGs y organismos internacionales.
- **Séptima Etapa:** Firmar compromisos con las autoridades
- **Octava Etapa:** Asegurar el Seguimiento al plan de Cobertura

La metodología del plan de cobertura es un ejercicio permanente, dinámico, altamente participativo, que debe permitir adecuaciones a la situación cambiante de los grupos poblacionales para mejorar el acceso a los servicios de salud.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

- a) **Tipo de estudio:** Investigación operacional que utilizó la metodología de **Plan de Cobertura**
- b) **Universo:** Todas las unidades de la Red de Servicios del SILAIS Carazo; 28 unidades de salud del I Nivel de Atención, y 3 unidades de II Nivel de Atención.
- c) **Muestra:** 28 Unidades de salud del I Nivel de Atención.
- d) **Matriz de Descriptores:**

Objetivos Específicos	Componentes/ Criterios de análisis	Descriptores	Sub-descriptores
Describir características generales de la estructura organizacional de la red de servicios del primer nivel de atención.	Estructura organizacional de la red de servicios del primer nivel de atención	¿Cuál es la clasificación de las unidades de salud según resolución ministerial No. 106, emitida en 1992?	Centros de salud: A, B y C Puestos de salud: A y B
		¿La asignación de población de responsabilidad a las unidades de salud se realiza en base a normas establecidas?	Centros de salud: Menos de 10 mil hab. 10 a 40 mil hab. Más de 40 mil hab. Puestos de salud: Menos de 3 mil hab. 3 a 5 mil hab. Más de 5 mil hab.
		¿Cuál es la capacidad física instalada, disponibilidad de servicios básicos y recursos materiales y financieros, organización de la atención y la productividad de las unidades de salud?	Unidades de salud con disponibilidad de servicios básicos: agua potable, energía eléctrica, comunicación y transporte
			Unidades con terreno legalizado
		Número de ambientes	

Objetivos Específicos	Componentes/ Criterios de análisis	Descriptorios	Sub-descriptorios
			Disponibilidad de medicamentos y material de reposición periódica
			Paquete de actividades
			Mecanismos utilizados para mejorar coberturas
			Recursos humanos asignados según población a atender
			Carga laboral
			Presupuesto asignado y ejecutado
		¿Son accesibles geográficamente a los pobladores, las unidades de salud?	Comunidades que distan a menos y más de 5 km. de distancia a las unidades de salud
		¿Existen coordinaciones entre las unidades de salud entre sí y otros prestadores de servicios de salud?	
		¿El sistema de información de las unidades de salud les permite la toma de decisiones de manera oportuna?	
		¿Cuáles son los principales problemas gerenciales y epidemiológicos que enfrentan las unidades de salud?	Problemas de salud
			Problemas de recursos humanos, materiales y financieros
			Problemas de organización de servicios

Objetivos Específicos	Componentes/ Criterios de análisis	Descriptorios	Sub-descriptorios
<p>Analizar la utilización de los servicios de salud por unidades de salud y por comunidades que demandan atención.</p>	<p>Utilización de los servicios de salud de las comunidades asignadas a esa unidad de salud</p>	<p>¿Cuál es la utilización de la primera consulta de morbilidad de las diferentes comunidades atendidas en cada unidad de salud asignadas?</p> <p>¿Quiénes utilizan más las unidades de salud, las comunidades asignadas, o la población de influencia (habitantes de otras comunidades no asignadas a esa unidad de salud)?</p>	<p>Tasas de utilización</p>
<p>Identificar las razones de los pobladores en relación a la utilización o no de sus unidades de salud asignadas.</p>	<p>Razones de los pobladores en relación a la utilización o no de sus unidades de salud asignadas</p>	<p>¿Cuáles son las opiniones de los pobladores del porqué utilizaron o no las unidades de salud, identificando de esta manera la satisfacción que ellos tienen de los servicios brindados?</p>	
<p>Elaborar propuesta técnica de organización de servicios por municipio y presentarla a las autoridades del SILAIS Carazo.</p>	<p>Organización de la red de servicios</p>	<p>¿Cuáles son las alternativas de solución que permitirán mejorar la accesibilidad de los servicios de salud a la población?</p>	

e) Plan de recolección de datos:

Para la recolección de datos que permitieran identificar la estructura organizacional de la red de servicios del primer nivel de atención, se utilizaron las técnicas de entrevista y revisión documental, siendo los instrumentos utilizados: un cuestionario y fichas de identificación de unidades de salud, que fueron tomados de la experiencia del PFSN/PROSILAIS y ajustados por el investigador. Las fuentes primarias: informantes claves: director municipal, administrador, responsable de insumos médicos, jefa de enfermeras. Secundarias: sistema de información estadística municipal.

Para determinar la utilización de los servicios de salud, se realizó una revisión documental y cálculos matemáticos para obtener las tasas de utilización, siendo los instrumentos utilizados un cuestionario y el programa computarizado de Microsoft Excel, las fuentes secundarias: sistema de información y estadística municipal (hoja de registro de la atención ambulatoria de morbilidad, del mes de Junio 2006).

Para obtener información en cuanto a las razones de los pobladores en relación a la utilización o no de sus unidades de salud asignadas, la técnica utilizada fue la de grupo focal, tomando como instrumento una guía de preguntas generadoras de discusión, la fuente de información fue primaria: informantes claves: pobladores de comunidades que utilizan o no las unidades de salud.

Para definir la propuesta técnica de organización de servicios, la técnica utilizada fue la aplicación de la metodología del plan de cobertura, siendo los instrumentos utilizados: fichas de identificación de unidades de salud, mapas de INETER, gráficos de tasas de utilización por unidades de salud de comunidades asignadas y de influencia, la fuente de obtención de la información fueron los principales hallazgos de la aplicación de las diferentes técnicas.

f) Procesamiento de la Información:

Para el análisis de la utilización de unidades de salud por comunidades, el procesamiento de la información se realizó en dos momentos, primero al recolectar información de la hoja de registro ambulatoria, el procesamiento fue manual, "método de palotes", y luego se utilizó el programa Microsoft Excel, en el cual se elaboró una tabla dinámica para construir las tasas de utilización.

Para el análisis del resto de objetivos específicos, el procesamiento de los datos provenientes de cuestionarios, fichas de identificación de unidades, etc. se realizó de manera manual, efectuando un análisis cualitativo de la información.

Se realizaron 56 grupos focales, 2 por cada unidad de salud, dirigido a pobladores de comunidades que utilizan o no los servicios de salud que les corresponde. Los resultados de la aplicación de la técnica de grupo focal fueron transcritos de papelógrafos, utilizando una

matriz para su consolidación e interpretación (Ver anexos, Instrumento No. 11 y 11a).

El informe final se procesó en el programa de Microsoft Word, con la elaboración de gráficos en el programa de Microsoft Excel.

g) Limitaciones del estudio:

Primeras consultas de morbilidad: Para obtener el número de primeras consultas por comunidad y por unidad de salud se utilizó como muestra la hoja de registro diario del mes de Junio, seleccionado por conveniencia debido a que en el primer trimestre del año 2006 se presentó la huelga del sector salud.

Disponibilidad de medicamentos: La presencia de medicamentos en las unidades de salud al momento del estudio osciló entre el 85% y 95%, porcentajes altos debido a que en los meses de huelga disminuyó la atención y se encofrándose embodegado abastecimiento de dos períodos (4 meses).

Utilización de unidades de salud: en 7 unidades de salud no se pudieron determinar las tasas de utilización de las comunidades, debido a que en 4 de ellas no se encontraron las hojas de registro diario del mes de Junio, y en las otras 3 unidades, el total de consultas registradas fueron subsecuentes.

Selección de comunidades para la realización de grupos focales: La selección se realizó atendiendo a las comunidades que tenían la mayor y menor tasa de utilización, sin embargo cuando había más de una comunidad con las mismas tasas se escogió la que tuviera mayor población y/o la que fuese más distante a las unidades de salud. En las unidades de salud donde no se pudieron determinar las tasas de utilización, se realizó la selección tomando en cuenta la opinión del personal de salud en cuanto a qué comunidades les visitaron más y cuáles menos en el período de estudio, basados en el conocimiento de la residencia de los pobladores que los visitaron.

VIII. RESULTADOS

Características generales de la estructura organizacional de la red de servicios del primer nivel de atención.

1. Población total de responsabilidad y clasificación de las unidades de salud, según Resolución Ministerial No. 106:

- Solamente **1 centro de salud (12.5%)** se clasifica como “B”, el **87.5% (7)** son “C”, sin embargo hay 3 centros de salud (Dolores, El Rosario y la Conquista) que por no disponer de servicio de odontología no pueden ser clasificados como “C”, si aplicamos estrictamente el concepto del nivel de resolución “C” de la resolución 106.
- Del total de los **puestos de salud** el **15% (3)** son clasificados como puestos de salud “A”, es decir que cuentan con recurso médico permanente y el **85% (25)** son “B” los que disponen únicamente de personal de enfermería.
- El **71.4% (20)** del personal de salud entrevistado, desconoce la resolución Ministerial que aborda la clasificación de unidades del primer nivel de atención, encontrando que algunos clasificaron sus unidades basadas en conocimientos de accesibilidad geográfica de las comunidades, si tenían más localidades con accesibilidad “C” entonces decían que sus unidades eran “C”. (Ver anexos, Cuadro No. 1)

2. Asignación de la población:

- Los municipios para desagregar a las unidades de salud y comunidades la población asignada por la división de planificación y desarrollo del MINSA le aplican al dato total porcentajes generados por el censo comunitario elaborado en el año 1995, que se ha venido ocupando en la planificación del Programa Nacional de Inmunizaciones y que cada año se va ajustando de acuerdo al cumplimiento de indicadores de cobertura, y a los censos comunitarios actualizados.
- El **50% (4)** de los **centros de salud** poseen una **población menor a 10 mil habitantes**, ninguno tiene poblaciones superiores a los 40 mil habitantes, en relación a los **puestos de salud**, el **50% (10) tiene asignado menos de 3 mil habitantes**, solamente el 30% (6) posee poblaciones según la normativa de puestos de salud, el 20% (4) restante tiene asignada poblaciones superiores a los 5 mil habitantes. (Ver anexos, Gráfico No. 1 y 2)

3. Accesibilidad geográfica de las comunidades:

- El **76% (131,821 hab.)** de la población del departamento **tiene accesibilidad geográfica** (menos de 5km) a las unidades de salud asignadas. Las unidades de salud que

presentan mayor población en comunidades de difícil acceso y que distan a más de 5 km. son los puestos de salud: Huehuete, Román Esteban, Solera, Pita y La Trinidad, y el centro de salud de La Conquista.

- Todas las unidades de salud se entrecruzan formando intersecciones unas con otras en una área de cobertura de 5km. Las únicas que solamente tienen una intersección entre sí son:

Puesto de salud La Trinidad con puesto de salud Buena Vista del Norte
Puesto de salud Huehuete con puesto de salud Casares
Puesto de salud La Pita con puesto de salud La Solera

El resto tiene de 2 a 10 intersecciones, siendo Centro de salud Dolores y el Centro de salud de Santa Teresa los que presentan el mayor número de intersecciones. (Ver anexos, mapa y Cuadro No.14)

4. Recursos Humanos:

- Hay 3 médicos especialistas en primer nivel de atención, los perfiles profesionales son: pediatría, medicina integral y psiquiatría.
- Del total de médicos generales, el **16.6% (7)** son médicos administrativos, ocupan cargos de dirección y epidemiología, el **9.5% (4)** brindan atención de manera limitada por presentar subsidios frecuentes y por permisos sindicales, 2 médicos son contratados por fondo social para las unidades de salud: La Conquista y la Pita.
- Del total de enfermeras, el **15% (11)** son enfermeras que ocupan cargos administrativos: Responsables de enfermería y Responsables del Programa Nacional de Inmunizaciones.
- Los indicadores de recursos humanos por perfil a nivel departamental se comportan de la siguiente manera: (se excluye el personal de salud con cargos administrativos)

médicos generales por 10,000 hab.

1.7 auxiliares de enfermería por 10,000 hab.

3.4 enfermeras por 10,000 hab.

0.4 odontólogos por 10,000 hab.

- Los indicadores de recursos humanos por perfil a nivel municipal se comportan de la siguiente manera: (se excluye el personal de salud con cargos administrativos):

El municipio de La Conquista es el que presenta el más alto indicador médico y Diriamba el más bajo, Dolores y el Rosario tienen los más altos indicadores de enfermería y Santa Teresa el más bajo, La Paz presenta el indicador auxiliar de enfermería más alto, Dolores no tiene auxiliar de enfermería, hay 3 municipios que no disponen de odontólogo, La Paz es el que registra el más alto indicador en este perfil profesional.

- Hay déficit de recursos humanos de otros perfiles como higienistas, farmacéuticos, laboratoristas, administracionistas y educadores. (Ver anexos, Cuadros No. 2 y 3)

5. Servicios básicos de las unidades de salud:

- Los municipios de Santa Teresa, Jinotepe y Diriamba en orden de frecuencia, son los que presentan unidades de salud carentes del servicio de agua potable.
- Solamente el municipio de Santa Teresa es el que presenta unidades de salud con problemas de energía eléctrica.
- Los municipios de Santa Teresa, Jinotepe y San Marcos poseen unidades de salud sin terreno legalizado.
- Solamente el municipio de La Conquista no posee teléfono, ni ningún otro medio de comunicación.
- Los municipios de Dolores y El Rosario, disponen únicamente de una moto como medio de transporte. (Ver anexos, Cuadro No. 4)

6. Paquete de servicios:

- El **87.5% (7)** de los centros de salud oferta completo el paquete de actividades (morbilidad general y todos los programas del ministerio de salud), solamente el C/S de Diriamba no atiende morbilidad de adultos.
- En ningún centro de salud se atienden partos.
- El **50% (4)** de los centros de salud no dispone de laboratorio, y el **37.5% (3)** no cuenta con servicio de odontología.
- En el **50% (4)** de los centros de salud, el programa de crónicos se lleva centralizado
- En el **25% (2)** de los centros de salud, el programa de tuberculosis se lleva centralizado.
- El **25% (5)** del total de los puestos de salud ofertan el paquete de actividades completo

7. Demanda:

En todos los municipios, la demanda se da de manera espontánea, con mayor énfasis en mujeres y niños de poblaciones con accesibilidad geográfica.

La organización de la atención esta orientada a resolver los problemas de salud del grupo de riesgo mujer y niñez, siendo esto una barrera para la población en general los cuales en su mayoría acuden por programas específicos de crónicos y tuberculosis o por una emergencia, siendo esto un factor determinante que incrementa la brecha de atención.

8. Normas disponibles:

El **86% (24)** de las unidades de salud dispone de las principales normas de atención del Ministerio de Salud: Enfermedades diarreicas agudas (EDA), Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Control prenatal (CPN), Cáncer cérvico uterino (Cacu), Protocolos de emergencias obstétricas, planificación familiar, normas técnico administrativas de Atención Integral a la Adolescencia (AIA), bases programáticas de AIA, Manual para la atención clínica de los adolescentes, Atención Integral a la Niñez (AIN), Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Crónicos y de Tuberculosis.

9. Disponibilidad de medicamentos:

Los municipios cuentan con asignación presupuestaria y programación propia de insumos médicos. Los principales criterios utilizados para la programación de medicamentos es producción de servicio, diez primeras causas de consulta, normativa de lista básica de medicamentos y programación de insumos, censo de pacientes crónicos y población.

La presencia de medicamentos en las unidades de salud al momento del estudio fue variable de una unidad de salud a otra y los porcentajes encontrados van de **80% hasta un 100%**.

10. Carga laboral:

Todas las unidades de salud presentan **cargas laborales muy bajas, entre 4.3 a 0.2 actividades por hora**, siendo los puestos de salud: Esquipulas (Municipio de La Paz), Buena Vista Norte (Municipio Diriamba) y Román Esteban (Municipio Jinotepe) los que presentan este indicador más deteriorado. (Ver anexos, Cuadro No. 5)

11. Sistema de referencia y contrarreferencia:

El sistema de referencia y contrarreferencia no funciona de manera adecuada, en el I Semestre del año 2006 se registraron 1107 referencias, de las cuales solamente el **26%(292) presentaron contrarreferencias**, pese a esta debilidad en el II Nivel de Atención, existen en las unidades de primer nivel un subregistro de contrarreferencias debido a que no se contabilizan las epicrisis ni la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) como contrarreferencias, en el 68%(19) de las unidades de salud.

12. Sistema de información:

Existen limitaciones en el sistema de información que inician desde el llenado de los formatos hasta el resguardo de la información. En la Hoja de atención ambulatoria, no registran la procedencia de los pacientes, ni si la consulta es de primera vez o subsecuente, siendo esto una limitante para la construcción y análisis de tasas de utilización.

En los puestos de salud se observó el subregistro de las actividades de promoción y prevención realizadas; entre ellas curaciones e inyectables.

Fue notorio observar en el municipio de la Paz, que de 625 consultas del centro de salud registradas en la hoja de atención ambulatoria de morbilidad estudiada, solamente el 8% de los pacientes tenían consignado número de expediente, el 92% fueron consignados con el número 1000. Igual situación ocurrió en el Puesto de salud Esquipulas, donde solamente el 14% tenía registrado el número de expediente.

En el municipio de San Marcos, uno de los principales problemas identificados fueron los datos de población, cada nivel maneja un dato diferente, originando distorsiones al momento de construir los indicadores en donde se utiliza el dato poblacional.

No hay registro de actividades por perfil, no pudiendo obtener la carga laboral de cada recurso, excepto en el puesto de salud de Casares y Centro de salud La Paz.

13. Organismos que apoyan los municipios:

Existen seis ONGs que establecen coordinación con 6 municipios del SILAIS:

- APRODIN: Puesto de salud Dulce Nombre
- Visión Mundial: Puestos de salud de: Dulce Nombre, La Cruz, Marvin Corrales, Román Esteban y Centro de salud Diriamba.
- Plan Nicaragua: Puestos de salud de: Fátima y Esquipulas, Centros de salud: La Paz, y el Rosario
- Xochiquetzal: Centros de salud: Diriamba y Jinotepe
- APAN: Centro de salud Diriamba
- San Lucas: Centro de salud La Conquista

El apoyo que brindan estas ONGs, es en relación a actividades de promoción y prevención de la salud; capacitaciones a brigadistas y adolescentes, fomento de hábitos de higiene en familias de niños menores de 5 años, en la estrategia de Promoción Comunitaria en Salud (PROCOSAN), en ITS-VIH-SIDA, lucha antiepidémica, y en algunos casos donación de medicamentos, Santa Teresa y Dolores no tienen apoyo de ninguna ONGs.

14. Mecanismos de coordinación entre unidades de salud, SILAIS y otros prestadores de servicios:

Existen diferentes mecanismos de coordinación entre las unidades de salud del Ministerio entre ellas:

- ❖ Vigilancia epidemiológica: reporte de pacientes atendidos en la unidad de salud que pertenecen a otros municipios
- ❖ Intercambio de medicamentos y material de reposición periódica
- ❖ Comité de Uso Racional de Insumos Médicos (CURIM)
- ❖ Referencia de pacientes ARO de los municipios de Diriamba y San Marcos al Hospital del Maestro.

Existe coordinación a través de SILAIS con servicios privados que realizan ultrasonidos ginecoobstétricos, estudios de biopsias de aparato reproductor y exámenes de laboratorio que no se ofertan en el MINSA, actividades llevadas a cabo con financiamiento del Programa SARED.

No hay despachos programados con la dirección o subdirección del SILAIS, los espacios de relación con el SILAIS son a través de consejos técnicos de dirección y de programas. El intercambio de experiencias entre los municipios y los hospitales se hace a través de:

- ❖ Articulación Municipio Hospital que se realiza de manera periódica, los últimos miércoles de cada mes, se abordan puntos tales como: análisis de casos de mortalidad materno-perinatal e infantil, reporte de vigilancia epidemiológica, Referencia y Contrarreferencia, se levanta acta y se toman acuerdos.
- ❖ Entrega de guardia (punto focal) los días lunes de cada semana en el Hospital de Referencia Departamental, sin embargo existe falta de interés de los directores municipales hacia esta estrategia, debido a que no se les proporciona información útil y práctica para la toma de decisiones oportunas a nivel municipal.

La única relación que existe con los prestadores de servicios privados es para solicitarles información relacionada al SINEVI (Sistema Nacional de Estadísticas Vitales): nacimientos y defunciones, y por vacunas.

15. Presupuesto:

De los 8 directores municipales, solamente 3 conocían su presupuesto asignado tanto de fondos fiscales como de cooperación externa.

Muchos trabajadores se quejaron de que no hay solvencia de fondos para resolverles problemas inmediatos como: cerraduras en mal estado, llantas ponchadas, bujías fundidas etc., lo que ocasiona inoperancia en la gestión local.

Sin embargo contabilidad de la sede SILAIS señala al respecto, que los administradores y

directores municipales pueden enviar proformas, cotizaciones de requerimientos para que la administración de la sede, realice la compra directa o bien elabore cheque de gastos varios a nombre del cajero de la unidad de salud y de esta manera resolver las necesidades comunes e inmediatas, lo cual no realizan ya sea por desconocimiento de los procesos administrativos que deben utilizarse para agilizar la ejecución de fondos, o por negligencia administrativa.

El 90% del presupuesto fiscal está distribuido en servicios personales (sueldos de cargos permanentes), por lo tanto las asignaciones de fondos fiscales que reciben no son suficientes para resolver sus problemas, por lo que se ven obligados a recuperar fondos para poder cubrir el déficit presupuestario, situación que se agudiza por la centralización de estos fondos de recuperación por la tesorería general de la República.

La asignación de presupuesto de cooperación externa es mayor en la sede, debido a que se contemplan compras de equipos médicos y de servicios (laboratorio, ultrasonidos, patología) para los municipios, pero el gasto es centralizado.

El municipio que presenta el **pér capita más bajo es Diriamba (C\$ 59.2)**, siendo el municipio de mayor población, y el **más alto es La Paz (C\$ 167.4)** uno de los de menor población. (Ver anexos, Cuadro No. 6 y Gráfico No. 3)

16. Problemas de Salud, Materiales, Financieros y de Organización de Servicios:

Los principales **problemas de salud** descritos por el personal en orden de frecuencia fueron:

- IRA
- EDA
- Mortalidad Perinatal
- Aumento de las enfermedades vectoriales
- ITS
- Problemas dermatológicos
- Embarazo en la adolescencia
- Enfermedades crónicas
- Bajas coberturas de inmunizaciones
- Muerte materna
- Pandillas juveniles
- IVU
- Violencia

Estos problemas fueron enunciados por ser los de mayor demanda en la consulta diaria, sin embargo no cuentan con un análisis para la priorización de problemas que involucre a la comunidad que les permita realizar luego planificación de acciones que den solución a dichos problemas.

En relación a los **problemas materiales y financieros**, en orden de frecuencia se

enumeraron:

- Déficit de recursos humanos; principalmente enfermeras y médicos
- Problemas de servicios básicos: agua y luz
- Infraestructura pequeña
- Presupuesto fiscal insuficiente
- Falta de personal en el área contable que se haga cargo de controles internos, principalmente en insumos médicos
- Falta de medios de comunicación
- Falta de equipos médicos
- Personal de reposo
- Solvencia de fondos para resolver problemas inmediatos

En cuanto a los **problemas organizativos**, es notorio que en 8 unidades de salud no se visualizan problemas organizativos, principalmente en todas las unidades del municipio de San Marcos.

En orden de frecuencia se señalaron:

- Personal con múltiples funciones
- Puestos de salud cerrados cuando se realiza trabajo de terreno por déficit de personal.
- Problemas de organización comunitaria
- Problemas de comunicación y coordinación entre los gerentes y el personal de salud
- Alteraciones del flujograma de atención por personal con subsidios frecuentes
- Personal subutilizado
- Inequidad de remuneración de trabajo de terreno
- Médicos especialistas de I Nivel, laboran medio tiempo

Utilización de los servicios de salud por unidades de salud y por comunidades que demandan atención

En 7 unidades de salud no se pudieron determinar las tasas de utilización de las comunidades, debido a que en 4 de ellas no se encontraron las hojas de registro diario del mes de Junio, y en las otras 3 unidades, el total de consultas registradas fueron subsecuentes. Estas unidades de salud son: Ana Virgen Noble, Dulce Nombre, Román Esteban, La Vainilla, Huehuete, Aguacate y La Cruz.

De la población total de las 20 unidades de salud (151,714 hab.), de las cuales se pudo determinar las tasas de utilización, el 27% (41,147 hab.) no utiliza su unidad asignada, corresponde al 27% (80) del total de comunidades con tasas de utilización de cero.

El 66%(197) de las comunidades tienen menos de 1 consulta por habitante por año, solamente el 1% (4) tienen 1 consulta y el 6% (17) entre 1.1 a 2.5 consultas por habitante por año.

Las unidades que presentan las comunidades con más altas tasas son: Puesto de salud

Guisquiliapa, Puesto de salud Casares, Centro de salud La Paz, Centro de salud Dolores, Centro de salud La Conquista y Puesto de salud Marvin Corrales, las que presentan las tasas más bajas son: Centro de salud Jinotepe, Puesto de salud Villa Madre Proletaria, Puesto de salud Fátima, Puesto de salud Buena Vista, Puesto de salud Esquipulas, Puesto de salud El Sol y Centro de salud Diriamba (Ver anexos, Gráficos No. 4 al 24).

Razones de los pobladores en relación a la utilización o no de sus unidades de salud asignadas

Los resultados de los grupos focales demuestran que la población identifica como principales factores asociados a la no utilización de los servicios que les corresponde, las siguientes razones, que son un común denominador en todas las comunidades seleccionadas: (Ver anexos, Cuadros No. 15 y 16).

- Limitada oferta de servicios de los puestos de salud porque muchas veces permanecen cerrados y no hay atención médica
- Falta de medicamentos
- Problemas de accesibilidad geográfica
- Largos tiempos de espera
- Falta de laboratorio en los municipios pequeños
- Maltrato en la atención
- Problemas económicos al no poder pagar el transporte
- No se enferman y/o utilizan remedios caseros.

Los usuarios recomiendan:

1. Abastecer de medicamentos las unidades de salud
2. Mejorar la atención que les brindan
3. No rechazar la atención pese a que lleguen tarde a la unidad de salud debido a que proceden de lugares distantes
4. Atender emergencias aunque estén en huelga
5. Atención médica permanente en los puestos de salud
6. Realizar brigadas de atención integrales en comunidades de difícil acceso
7. Mejorar la puntualidad y tiempos de espera en la atención
8. Atención nocturna en Casares por ser un puesto de salud que atiende comunidades que distan muchos kilómetros de un centro hospitalario
9. Construcción de un nuevo centro de salud en Diriamba
10. Atención de morbilidad de adultos en el centro de salud de Diriamba
11. Mejorar los caminos

Las razones expresadas por los pobladores que sí acuden a la unidad de salud que les corresponde son las mismas en las comunidades estudiadas:

- Es la unidad más cercana y es la que les corresponde

- No disponen de recursos económicos para utilizar otros servicios
- Si van a otro lugar no los atienden

Presentación de la propuesta técnica de organización de servicios por municipio y a las autoridades del SILAIS Carazo.

Previo a la presentación de la propuesta técnica de organización de servicios por municipio, se desarrolló un taller con 8 trabajadores de la salud, seleccionados por ser los que conocen mejor el territorio, con el fin de validar la propuesta de nuevas asignaciones de población a las unidades de salud de comunidades de influencia y de mejor accesibilidad geográfica.

En la exposición participó el equipo de dirección del SILAIS; conformado por el director, responsable de organización de servicios, jefa de enfermería, administradora, docencia, también estuvieron presentes delegados del Hospital Santiago de Jinotepe y el Hospital del Maestro, Monitora del Proyecto Luxemburgo NIC/014, asistente técnico local del Programa SARED y el sindicato departamental, entre todos los resultados, señalaron su preocupación por las cargas laborales muy bajas, se les explicó cómo se había diseñado la fórmula para extraer este indicador que fuese lo más real, mostraron interés en la propuesta técnica, la cual retomarán en la reorganización de servicios.

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS

- Existe una red de servicios de salud desorganizada, que ha tenido un crecimiento sin control y desigual, sin criterio técnico que garantice que su ubicación sea en lugares de mayor concentración poblacional o donde existan servicios básicos (agua y luz), puntos de atracción como iglesias, escuelas, etc., quien determina la construcción de las unidades es la necesidad sentida de la población, la decisión de los donantes por afinidad con la comunidad o criterios políticos.
- Hay desconocimiento del personal de salud de la clasificación de unidades de salud según resolución 106, posiblemente por falta de difusión de las normativas en el nivel local, resolución que debería de revisarse y actualizarse de acuerdo al crecimiento poblacional, niveles de resolución y al nuevo modelo de atención (MAIS).
- La población asignada por la división de planificación y desarrollo del MINSA a los municipios es desagregada a las unidades de salud y comunidades de manera inadecuada, utilizando indicadores subjetivos para su asignación tales como el cumplimiento de metas y/o censos de población desactualizados.
- La cantidad de recursos médicos en el SILAIS son suficientes para garantizar la atención a la población en general, no así los otros perfiles, especialmente enfermería y odontología, sin embargo el mayor problema es la distribución, la cual no se realiza de manera equitativa, debido a que existen unidades de salud con la misma clasificación, con diferentes poblaciones asignadas, cantidades y perfiles de recursos humanos, sin tomar en consideración la accesibilidad a las unidades de salud.

La evaluación del proyecto MINSA/ PROSILAIS, también concluyó en la suficiente disponibilidad de recursos humanos en los 6 SILAIS en estudio, siendo los problemas de distribución de los mismos la causa de inequidad entre las unidades de salud.

- No todos los segmentos de la población tienen las mismas oportunidades de ser atendidos, al priorizar a las mujeres y niños se contribuye a la inequidad en la atención.

La provisión de servicios según el MAIS (Modelo de Atención Integral en Salud) determina como grupos de población: niñez, adolescencia, adulto, adulto mayor, por lo que se tendrán que organizar los servicios de tal forma que garanticen el principio de equidad que se define en la Política Nacional de Salud 2004-2015.

- La oferta del paquete de servicios es variable en unidades de salud con una misma clasificación, siendo notorio destacar la necesidad de fortalecer los servicios de apoyo de laboratorio y odontología.
- Algunas unidades de salud carecen de los servicios básicos; principalmente agua y luz, siendo estas unidades las más distantes, constituyendo un problema de saneamiento ambiental que repercute en la calidad de los servicios brindados en estas unidades.

- En el año 2000 el proyecto SAREM (Salud Reproductiva y Empoderamiento de la Mujer, de cooperación Finlandesa) donó radios comunicadores para toda la red de servicios del primer nivel de atención, sin embargo actualmente muchos equipos se han perdido y la gran mayoría se encuentra en mal estado, siendo una inversión no sostenible debido a debilidades en la visión gerencial del sistema de salud, al no destinar fondos para el mantenimiento y reparación de equipos y al no contratar personal vigilante en estas instituciones del estado, evidenciándose también el poco empoderamiento de las comunidades al no velar por los bienes públicos.
- Los medios de transporte, principalmente las motos se encuentran centralizados y subutilizados en algunos centros de salud, mientras que en otros carecen de los mismos, en los centros donde se encuentran centralizados se debe a que solamente disponen de un conductor, no se les distribuyen a los puestos de salud porque existe solamente personal femenino que no maneja este medio de transporte, siendo necesario redistribuir personal masculino hacia las unidades más distantes que requieren de estos medios.
- Fue notorio observar la apertura tardía (9:00 a.m) y el cierre temprano de los puestos de salud, (3:00 p.m), hecho que se confirmó en los resultados de los grupos focales, al igual que el cierre total del establecimiento, siendo un motivo de los pobladores para no acudir a las unidades de salud. Se aduce que estos problemas son debidos a los horarios del transporte colectivo o una serie de actividades que el personal tiene que cumplir fuera de la unidad de salud como son capacitaciones, trabajo de terreno, consejos técnicos, entrega de información, retiro de biológicos e insumos etc. Sin embargo en algunos casos es debido a desorganización del trabajo y actitud negativa del personal de salud.

Hallazgo similar se obtuvo en la investigación del PFSSN/UE, donde el 57% de los puestos de los 4 municipios del estudio permanecían cerrados, sin embargo esto fue debido a que solamente contaban con un solo personal de salud en estas unidades, no así en el presente estudio, donde existen 2 o más trabajadores en los puestos de salud, sin embargo salen en pareja a realizar trabajo de terreno y es por ese motivo que cierran las unidades de salud.

- La presencia de medicamentos en las unidades de salud al momento del estudio osciló entre el 90% y 95%, todos los entrevistados manifiestan que durante el primer semestre del año, la falta de medicamentos no era un problema, salvo excepciones como en el caso de algunos fármacos para pacientes crónicos y del sulfato ferroso y esto debido a que en los meses de huelga disminuyó la atención encontrándose embodegado abastecimiento de dos períodos (4 meses).
- El sistema de referencia y contrarreferencia funciona de manera unilateral, puesto que solamente el 13% de las referencias tuvieron contrarreferencias, pese a que existe un instrumento normador de este sistema desde el año 2000, aún la contrarreferencia sigue siendo un problema, debido a las pocas contrarreferencias que el hospital realiza, y también al subregistro de las epicrisis y HCPB que también se consideran contrarreferencias, pero que el municipio no los contempla.

- Existen limitaciones en el sistema de información que inician desde el llenado de los formatos hasta el resguardo de la información. En la Hoja de atención ambulatoria, no registran la procedencia de los pacientes, ni si la consulta es de primera vez o subsecuente siendo esto una limitante para la construcción y análisis de tasas de utilización.

En los puestos de salud se observó el subregistro de las actividades de promoción y prevención realizadas; entre ellas curaciones e inyectables.

No hay registro de actividades por perfil, no pudiendo obtener la carga laboral de cada recurso, excepto en el puesto de salud de Casares, donde hay un buen control de la información.

- Existe una buena coordinación entre las unidades de salud entre sí, sin embargo con el Hospital de Referencia; Hospital Santiago de Jinotepe se tendrá que mejorar la entrega de guardia (punto focal) los días lunes de cada semana, puesto que existe falta de interés de los directores debido a que no se les proporciona información útil y práctica para la toma de decisiones oportunas a nivel municipal.
- Es importante señalar que entre el municipio y la sede SILAIS, no hay despachos programados con la dirección o subdirección que permita una retroalimentación de información y evaluación de los procesos gerenciales, con el fin de dar respuesta a las necesidades y planteamientos del municipio de una manera beligerante.
- La única relación que existe con los prestadores de servicios privados es para solicitarles información estadística de nacimientos y defunciones, por lo que se hace preciso establecer los vínculos necesarios con todos los proveedores de servicio de salud a nivel local para ejercer la rectoría en el sector salud que por mandato de ley le compete al MINSA.⁴
- Las cargas laborales de todas las unidades de salud son extremadamente bajas, observándose de manera general que los porcentajes de cumplimiento de la productividad ideal son más bajos aún en los centros que en los puestos de salud, este indicador al igual que las tasas de utilización que también son bajas, en su mayoría menos de 1 consulta por habitante por año, al contrastarla con las razones expresadas por los pobladores de porqué no acuden a las unidades de salud, evidencia la poca utilización de las unidades de salud por la población, siendo la falta de medicamento y los largos tiempos de espera las causas principales en los centros de salud, sumándose a estas causas la poca permanencia del personal de enfermería y falta de atención médica en los puestos de salud.

⁴ República de Nicaragua. Ley 423. Ley General de Salud. Gaceta diario oficial, 17 de Mayo 2002.

X. CONCLUSIONES

- La aplicación de la resolución Ministerial No. 106 nos permite conocer una red de servicios de salud desorganizada sin criterios técnicos para su crecimiento, con diseños arquitectónicos de las unidades de salud no estandarizados, algunos se encuentran muy deteriorados y no disponen de servicios básicos (agua, luz, letrificación), carente de indicadores para la asignación de recursos humanos, poblaciones y presupuesto. El modelo de atención está organizado para dar prioridad a la mujer y la niñez, provocando mayor inequidad del derecho a la salud.
- Existen limitaciones en el sistema de información que inician desde el llenado de los formatos y registro de actividades hasta el resguardo de la información, al igual que se evidencian debilidades en el sistema de referencia y contrarreferencia porque no hay monitoreo, ni registro adecuado de las contrarreferencias. La única coordinación con algunos prestadores de servicios privados se hace para obtener información en relación al Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI).
- La carga laboral de las unidades de salud son muy bajas, indicador que al igual que las tasas de utilización y los resultados de los grupos focales reflejan la poca utilización de las unidades de salud por la población, siendo las principales razones: falta de medicamentos, puestos de salud cerrados o no hay atención médica, maltrato en la atención y problemas de accesibilidad geográfica, los que sí utilizan las unidades de salud lo hacen porque no tienen otra opción.
- Existe desconocimiento y pocas habilidades en los procesos administrativos por los tomadores de decisiones, que ocasiona limitaciones en la agilidad de la ejecución de fondos.

XI. RECOMENDACIONES

Al Nivel Central:

- Revisión y actualización de la resolución ministerial 106, en donde la red de servicios para su reorganización debe de vincular los siguientes ejes fundamentales: población, recursos humanos, clasificación de unidades de salud, oferta, demanda y accesibilidad.
- Actualizar las normativas de centros y puestos de salud con definición específica de:

Funciones de cada unidad de salud

Paquete de actividades

Ubicación de unidades de salud, tomando en consideración la vulnerabilidad de estas ante los desastres naturales.

Plantilla mínima de recursos humanos

Diseño de infraestructura con ambientes definidos acorde al modelo de atención (con a participación de la dirección de infraestructura y área médica)

Equipamiento

Asignación presupuestaria según clasificación de unidades, índice de pobreza, tamaño de población (per cápita)

Definir y estandarizar un flujograma de atención en el primer nivel de atención

- Incorporación del sistema de referencia y contrarreferencia en los estándares de calidad y convenios de gestión

A la sede SILAIS:

- La implementación del modelo de atención integral, integrado, universal y continuo que sea accesible y con equidad a la población en general, organizando esta atención en ambientes integrales con personal capacitado en todos los programas y servicios.
- Distribución de recursos humanos acorde al tamaño de la población y accesibilidad geográfica.
- Capacitación a los gerentes municipales en aspectos administrativos financieros básicos para la eficiencia de la gestión local.

A los Municipios:

- Asignación de población a las unidades de salud, basados en censos locales actualizados anualmente.
- Evaluación periódica de utilización de las unidades de salud por comunidades asignadas para realizar las adecuaciones en función del crecimiento poblacional y utilización de estas (análisis de tasas de utilización y carga laboral por unidades de salud y por recurso).
- Funcionamiento de consejos técnicos municipales como un mecanismo de control de la organización y funcionamiento de la red de servicios, que permita el intercambio de experiencias y la toma de decisiones con la participación de todos los responsables de unidades de salud.

PROPUESTA TÉCNICA PARA FORTALECER LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DEL SILAIS CARAZO

Los criterios que se utilizaron al momento de elaborar la propuesta técnica fueron los siguientes:

Características generales de las unidades de salud

Población asignada

Población de influencia

Ubicación de las unidades de salud y comunidades en mapa de INETER con un radio de 5km.

Vías de acceso y transporte de las comunidades hacia las unidades de salud

Conocimiento de la realidad del terreno por los trabajadores de la salud

Personal de salud disponible en la unidad

Tasas de utilización de las comunidades por unidad de salud

Carga laboral de la unidad de salud

Resultados de grupos focales

Elementos de la propuesta técnica:

Sectorización de la población asignada a los centros de salud en entidades más pequeñas, aproximadamente de 6,000 habitantes cada sector, atendidos en diferentes ambientes brindando atención integral, según el modelo de atención en salud (MAIS), con la disponibilidad de un personal mínimo asistencial (1 médico y 1 enfermera) y dos recursos de enfermería para trabajo comunitario por sector.

Redefinición de la población asignada o de responsabilidad, se reasignaron 49 comunidades; 15 de Jinotepe, 9 de San Marcos, 7 de Santa Teresa, 6 de la Conquista, 4 de

Diriamba, 1 del Rosario.

Siete comunidades que pertenecen a los SILAIS de Masaya y Granada (C/S Masatepe y C/S Nandaime) serían atendidas en los puestos de salud de La Pita y P/S Esquipulas.

Cinco comunidades se sugieren sean atendidos en el Centro de salud El Crucero (SILAIS Managua), Puesto de salud Las Cañas (SILAIS Rivas), Puesto de salud La Colonia (SILAIS Masaya), y Centro de salud San Rafael de Sur (SILAIS Managua). (Ver anexos, Cuadro No.7.)

Con la redistribución de comunidades hacia otros SILAIS, el total de población del SILAIS Carazo se redujo en 1% de la población original. Los municipios de Dolores, La Paz, La Conquista, El Rosario y Santa Teresa son los que aumentarían su población de responsabilidad en un 22%, 9%, 8%, 7% y 1% respectivamente. (Ver en anexos, Cuadro No. 8)

Asignación de Recursos Humanos

En cuanto a los indicadores de recurso por habitante, la resolución 75 que es la única en el país que hace referencia a este aspecto señala la relación de 1 médico y 1 auxiliar de enfermería por cada 6,000 habitantes, la cual consideramos garantiza la calidad de atención y la utilización racional de recursos (carga de trabajo).

Por lo tanto la asignación de recursos humanos se realizó de acuerdo a los siguientes indicadores:

- ◆ 1 médico por 6,000 habitantes
- ◆ 1 enfermera por 6,000 habitantes
- ◆ 1 auxiliar de enfermería por 3,000 habitantes
- ◆ 1 odontólogo por 20,000 habitantes (en municipios grandes) y 1 odontólogo en municipios pequeños independientemente del número de habitantes.

También se tomó en consideración para la asignación de los recursos, criterios de accesibilidad geográfica.

San Marcos no tendría déficit de médicos si el recurso especialista de medicina integral trabajara todo el día y no solamente medio tiempo (4 horas) como lo han venido haciendo.

Diriamba solamente tendría un déficit de 2 médicos siempre y cuando se mantengan los 3 médicos en servicio social con los que actualmente cuenta.

Jinotepe no tendría déficit de médicos, si los sindicalistas trabajan todo el día, y el médico de reposo permanente se jubila y se obtiene esa plaza.

En el Rosario habría en sobreexistencia 2 médicos siempre y cuando se jubile un médico con incapacidad parcial.

Los dos médicos en sobreexistencia del Rosario se redistribuirían a Diriamba, para cubrir el déficit existente en este municipio, el médico de Dolores pasaría a San Marcos, para que el pediatra de este municipio se reubique en el II Nivel, permutándolo con una plaza de auxiliar, o bien serviría de apoyo en visitas periódicas capacitantes al resto de municipios del departamento.

Los médicos epidemiólogos de Dolores y La Paz atenderían también los municipios de la Conquista y el Rosario respectivamente.

El personal de enfermería en sobreexistencia se redistribuiría a los municipios con déficit, pero aún se harían necesarias 25 plazas de auxiliares de enfermería.

(Ver anexos, Cuadros No. 9 y 10)

Fortalecimiento, rehabilitación y redistribución de recursos materiales, se realizó una propuesta de fortalecimiento de las unidades de salud en las áreas de infraestructura, equipamiento médico y no médico y transporte, tomando en cuenta lo existente para su redistribución a las unidades que tienen mayor prioridad. (Ver anexos, Cuadro No. 11)

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Actualidad Gerencial. (2003) **Estrategias para mejorar los servicios de salud**. MSH, Boston, Massachusetts, USA. Vol 12. No. 2. 21pág.
2. Barten, Françoise. (2000) **Tendencias Mundiales de la Reforma**, Memoria Conferencia Internacional sobre Experiencias Locales Innovadoras en Salud y Reforma, Managua, Nicaragua, CIES. Pp.: 32.
3. Brugos, Antonio. (1997). **Elementos de una herramienta informática para la atención primaria**. [en línea] [www.servitel.es/inforsalud97/indice.htm.] [Marzo 20006].
4. Club Pfizer. (2003). **La Cátedra PFIZER de Gestión Clínica**. [en línea] [www.gestiónclínica.pfizer.es/presentación/presentación.htm] [Abril 2006].
5. Fernández, Carmen. (2003). **Un caso de gestión clínica para no dormir**. [en línea] [www.diariomedico.com.] [Abril 2006].
6. Fortalecimiento del Sistema de Salud en Nicaragua. (s.f). **Metodología para elaborar un plan de cobertura**. Serie No.2. 42 pág.
7. Gestión clínica. Repullo, José R. Seminario **Gestión Clínica: El nuevo reto para la modernización de la gestión sanitaria**. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), 16 y 17 de Mayo 2000. Madrid. [en línea] [www.el_mundo.es/anuncios/Grupo SB/index.html] [Enero 2007].
8. Guardián, Margarita. (2006). **Tenemos déficit crítico de personal sanitario**. [en línea] [<http://www.elnuevodiario.com.ni>] [2006/04/07].
9. Nicaragua, Ministerio de Salud. (2004). **Análisis de Situación del Sector Salud**.112 pág.
10. Nicaragua, Ministerio de Salud. (2006). **Datos básicos para el observatorio de los recursos humanos en las Reformas sectoriales del sector salud**. [en línea] [www.minsa.gob.ni/] [Marzo 2006].

11. Nicaragua, Ministerio de Salud. (MINSa). (2004). **Modelo de Atención en Salud (MAIS)** [en línea] [http:// www.minsa.gob.ni/bns/reforma_sectorial/textos/modelo %20 de] [abril 20,2006].
12. Nicaragua, Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud. (2000). **Análisis Político, Organizacional e Institucional y Regulación. Análisis del Sector Salud.** Managua (s.e.). Pp.:63.
13. Nicaragua, Ministerio de Salud. (1997). **Política Nacional de Salud 1997-2002.** Managua, (s.e.).
14. Nicaragua, Ministerio de Salud. (2004) **Política Nacional de Salud 2004-2015.** Managua, LITONIC. Pp.: 25-46.
15. Nicaragua, Ministerio de Salud. (1998) **Programa de Modernización del Sector Salud 1998-2002,** Managua, (s.e.). Pp.:3,8,10-11.
16. Nicaragua, Ministerio de Salud. Proyecto MINSa/PROSILAIS. (2001). **Evaluación de la red de servicios, SILAIS Madriz, Estelí, RAAS, Nueva Segovia, León y Chinandega, Septiembre-Noviembre 2000,** Managua. Pp.:2
17. Nicaragua, Ministerio de Salud. (1989). **Resolución Ministerial No. 75.** 17 pág.
18. Nicaragua, Ministerio de Salud. (1992). **Resolución Ministerial No. 106.**
19. **OPS expresa preocupación por déficit de trabajadores de la salud en las Américas.** Organización Panamericana de la Salud. Centro de Prensa. Washington, D.C. 9 de Noviembre 2006. [en línea] [www.paho.org/Spanish/DD/PIN/headlines.asp.] [Enero 2007].
20. Piura López, Julio. (2000). **Introducción a la Metodología de la Investigación Científica.** 4da. ed. Managua: El Renacimiento. 184p.: il... (Publicación Científica del Centro de investigaciones y Estudios de la Salud)
21. Rígoli, Félix. (1991). **Demandas asistenciales y número óptimo de médicos: una comparación internacional.** Rev. Méd. Uruguay; 7 (2): 80-82, Septiembre 1991.

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

INSTRUMENTO No. 1

Informante Clave: **C/S: Director**
P/S: Resp. de la unidad de salud

1. Datos Generales

SILAIS: _____ Municipio: _____ Fecha: _____

2. ONGs, organismo internacional e institución que apoyan el Municipio

Nombre	Misión	Convenio		Tipo de apoyo
		Si	No	

3. Mapa del área de responsabilidad

Existe mapa de INETER: Si _____ No _____

Existe otro tipo de mapa, que contiene (marque con una X)

- Red de servicios _____
- Vías de comunicación _____
- Centros de trabajo _____
- Centros de producción _____

4. Otros prestadores de servicios

Prestadores de servicios	No.	Nombre de la organización y lugar de ubicación	Dirección y teléfono
Clínica			
Dispensario			
Botiquines reconocidos por la comunidad			
Farmacias comunitarias			
Casas maternas			
Otras			

5. Relación del Municipio con el SILAIS

Tiene despachos programados con la dirección o subdirección del SILAIS?

Si _____ No _____

Cada cuanto participa en consejos técnicos? _____

Se levanta acta y se toman acuerdos? Si _____ No _____ (Revisar acta)

Cómo se les da seguimiento a los acuerdos tomados?

6. Relación del Municipio con hospitales

Existen intercambios de experiencias del municipio con lo hospitales?

Actividades	Periodicidad con que la realizan	Actas		Toman acuerdos		Total de intercambios I Semestre 2006
		Si	No	Si	No	
Análisis de Ref. y CR						

Pasantías				
Consejo técnico ampliado				
Análisis de casos				
Análisis de fallecidos				

(Revisar actas)

7. Problemas prioritarios en el municipio

Cuales son los problemas más importantes en la unidad de salud en términos de:

Problemas de salud?

Recursos (humanos, materiales y financieros?)

Organización de servicios de salud?

8. Clasificación según resolución 106

Clasificación: A _____ B _____ C _____ Observación: _____

Servicios de la Unidad de Salud

Estructura y servicios	Existen	Funcionan	Tipo de actividades (exámenes)	Observaciones
Quirófano				
Rayos X				
Laboratorio				
Banco de sangre				
Farmacia				
Emergencia				
Camas				

Paquete de actividades de la Unidad de Salud.

Actividades	SI	NO	Periodicidad
Emergencia			
Consulta de morbilidad general			
PAI			
Planificación Familiar			
VPCD			
CPN			
PAP			
Consulta a crónicos			
PCT			
Atención a partos			
Salud bucal			
URO			

Qué tipo de actividades de promoción y prevención realizan?

Actividad	SI	NO	Fecha de la última actividad
Colocación de afiches			
Charlas educativas en sala de espera			
Presentación de videos			
Consejería en la consulta			
Club de enfermedades crónicas			
Club de embarazadas			
Club de adolescentes			

Vacunación			
Jornadas de limpieza			
Perifoneo			
Medicaciones masivas			
Cuñas radiales			

Mecanismos utilizados para mejorar las coberturas:

Brigadas móviles _____

Visitas domiciliarias _____

Trabajo de terreno _____

Jornadas de salud _____

Horario de atención: _____

Días de la semana que atienden: _____

Ambientes y servicios

No. De ambientes	Servicios que se atienden
1	
2	
3	
Total:	

Disponibilidad de principales normas de atención (marque con X)

Normas	Si	No
EDA		
IRA		
CPN		
Protocolos de emergencias obstétricas		
Planificación Familiar		
Normas técnico administrativas de AIA		
Bases programáticas de AIA		
Manual para la atención clínica de los adolescentes		
AIN		
AIEPI		
Crónicos		
TB		

Relación de la unidad de salud con otros proveedores

Tipos de relaciones

Con el Hospital

- Referencias y Contrarreferencias _____
- Pasantías _____
- Análisis de caso _____
- Consejo técnico _____
- Análisis de fallecidos _____

Con los puestos de salud

- Referencias y contrarreferencias _____
- Intercambio de experiencias _____
- Asignación de territorio _____

Con prestadores de servicios privados

- Información de vacunas _____
- Información de nacimientos _____
- Información de fallecidos _____
- Referencia _____
- Hacen reuniones de coordinación con otros proveedores? Si _____ No _____
- Con quién? _____
- Cuántas hicieron en el primer semestre del 2006? _____

INSTRUMENTO No. 2

Informante Clave: **C/S: Administrador**
P/S: Resp. de la unidad de salud

1) Recursos Humanos (escribir el número)

Personal	Número
Médicos especialistas	
Médicos Generales	
Médicos en Servicio Social	
Enfermeras	
Auxiliares de Enfermería	
Odontólogos	
Psicólogos	
Trabajadores sociales	
Técnicos de laboratorio	
Nutricionista	
Farmacéutica	
Fisioterapeuta	
Técnico de higiene	
Técnico de ETV	
Técnico de estadística	
Afanadoras	
CPF	

2) Transporte y medios de comunicación

Medios	Número	Funciona	
		Si	No
Ambulancia			
Camiones			
Camionetas			
Motos			
Radio			
Teléfono			
Fax			
Correo electrónico			

Accesibilidad

Distancia en kilómetros de la unidad de salud al centro de salud _____ y al hospital _____

3) Recursos financieros: (para el municipio)

Cuál fue el presupuesto asignado y cuanto han ejecutado por rubros en el I semestre 2006?

Rubro	Asignado	Ejecutado	%

Centralización y descentralización por rubros

Rubro	Centralizado	%	Descentralizado	%

Cuántas unidades tienen su terreno legalizado: _____

Cuántas unidades tienen agua potable de manera permanente: _____

Cuántas unidades tienen energía eléctrica: _____

Existen otras fuentes de financiamiento externo? Si _____ No _____

Presupuesto cooperación externa, I Semestre 2006

Fuente de Financiamiento	Monto asignado	Ejecutado	%

En su unidad se realiza la recuperación de fondos? Si _____ No _____

Por cuales servicios pagan? _____

Qué cantidad? _____ En qué se invierte la mayoría de estos fondos? _____

INSTRUMENTO No. 3

Informante Clave: C/S: Estadístico
P/S: Resp. de la unidad de salud

1. Características demográficas:

Grupos de edades	Población
Menor de 1 año	
1- 4 años	
5-14 años	
15-19 años	
20-34 años	
35-49 años	
50 y más	
Total	

2. Producción de servicios

Actividades	Producción de Servicios año 2005		Total
	Primera vez	Subsecuente	
Emergencia			
Consulta de morbilidad general			
URO			
Planificación familiar			
Puerperio			
PAP			
CPN			
VPCD			
Consulta a crónicos			
PCT			

3. Accesibilidad a la unidad de salud

Población asignada al centro de salud: _____

Comarca	Población	< 5 Km	> 5 Km
Total			

INSTRUMENTO No.4

Informante Clave: C/S: Farmacéutico/Despachador
P/S: Resp. de la unidad de salud

1. Medicamentos

- El centro de salud cuenta con asignación presupuestaria y programación propia?
 Si_____ No_____
- Qué criterios utiliza el municipio para la programación?
- Qué criterios utiliza el municipio para la distribución de los medicamentos a los puestos y centros?
- Qué porcentaje de medicamentos le abastecen con respecto a su asignación mensual del presupuesto fiscal?

2. Lista de medicamentos y material de reposición periódica trazadores

Descripción del producto	Existencia en el momento de la visita	
	Si	No
Acetaminofén tab		
Cloroquina 250 mg		
Doxiciclina 100 mg		
Mebendazol o Albendazol tab		
Metronidazol o tinidazol tab		
Salbutamol 0.5% para inh		
Epinefrina (adrenalina)		
Suero oral		
Sulfato ferroso (con o sin ácido fólico) tab.		
Levonorgestrel+estradiol 0.15 +0.03		
Trimetropim sulfa tab o frasco		
Amoxicilina cap		
Enalapril 10 mg tab		
Carbamazepina tab		
Clotrimazol óvulos		
Ibuprofeno tab		
Oxitocina amp		
Hartman o Sol. Salina		
Penicilina Procaínica		
Beclometazona en spray		
Glibenclamida tab		
Esparadrapo		
Gasa		
Set de infusión		
Jabón líquido		
Venda simple		
Total		

INSTRUMENTO No. 9

Guía de preguntas para
Usuarios que no acuden a los servicios de salud que les corresponde

Municipio: _____
Unidad de salud: _____

Fecha: _____
Comunidad: _____

- 1) A dónde va para que lo atiendan cuando se enferma?
- 2) Cuáles son las causas por las que no va a la unidad de salud que le corresponde?
- 3) Qué se puede hacer para que las comunidades acudan a los servicios de salud que les corresponde?

INSTRUMENTO No. 10

Guía de preguntas para
Usuarios que acuden a los servicios de salud que les corresponde

Municipio: _____
Unidad de salud: _____

Fecha: _____
Comunidad: _____

- 1) Por cuáles motivos de atención asiste a los servicios de salud?
- 2) Cuáles son las causas por las que va a la unidad de salud que le corresponde?
- 3) Qué se puede hacer para que las comunidades siempre acudan a los servicios de salud que les corresponde?

INSTRUMENTO No. 11

Matriz de Consolidación e Interpretación de Grupos Focales en comunidades del SILAIS Carazo, I
Semestre 2006.

SILAIS: _____ Municipio: _____ Centro de salud: _____ Comunidad:

Preguntas	Respuestas de usuarios que no hacen uso de los servicios que les corresponde	Interpretación
1. A dónde va para que lo atiendan cuando se enferma?		
2. Cuáles son las causas por las que no va a la unidad de salud que le corresponde?		
3. Qué se puede hacer para que las comunidades acudan a los servicios de salud que les corresponde?		

INSTRUMENTO No. 11a

Matriz de Consolidación e Interpretación de Grupos Focales en comunidades del SILAIS Carazo, I
Semestre 2006.

SILAIS: _____ Municipio: _____ Centro de salud: _____ Comunidad:

Preguntas	Respuesta de usuarios que hacen uso de los servicios que les corresponde	Interpretación
1. Por cuáles motivos de atención asiste a los servicios de salud?		
2. Cuáles son las causas por las que va a la unidad de salud que le corresponde?		
3. Qué se puede hacer para que las comunidades siempre acudan a los servicios de salud que les corresponde?		

Cuadro No. 1

Población y Clasificación de unidades de salud según resolución Ministerial No. 106, SILAIS Carazo, I Semestre 2006.

No.	Nombre de la unidad	Población hab.	Clasificación según resolución 106				
			Centro de salud			Puesto de salud	
			A	B	C	A	B
1	C/S San Marcos	20,236		x			
2	P/S Marvin Corrales	5,711					x
3	P/S Fátima	3,199					x
4	P/S La Cruz	2,488					x
5	P/S Dulce Nombre	3,910					x
6	C/S Diriamba	39,547			x		
7	P/S Trinidad	5,294					x
8	P/S Casares	3.146				x	
9	P/S San Gregorio	5.983				x	
10	P/S Buena Vista	3,125					x
11	C/S Dolores	7,834			x		
12	C/S Jinotepe	17,577			x		
13	P/S Ana Virgen Noble	4,715					x
14	P/S Guisquiliapa	2,358					x
15	P/S Villa Madre Proletaria	9,002					x
16	P/S Román Esteban	3,729					x
17	P/S Aguacate	2,915					x
18	P/S Huehuete	2,573					x
19	C/S Rosario	5,198			x		
20	C/S La Paz	3,694			x		
21	P/S Esquipulas	1,738					x
22	C/S Santa Teresa	12,146			x		
23	P/S Vainilla	1,815					x
24	P/S San José de Gracia	2,421					x
25	P/S El Sol	1,729					X
26	P/S La Solera	2,118					X
27	P/S La Pita	1,383				x	
28	C/S La Conquista	4,259			x		

Fuente: Estimaciones de población 2006, División de Planificación y Desarrollo del MINSA y Resolución 106 emitida en 1992.

Cuadro No. 2

Distribución de Recursos Humanos por municipios, SILAIS Carazo, I Semestre 2006.

Municipio	Médicos especialistas	Médicos generales	MSS	Aux. Enfer.	Enferm	Lic. Enferm	Odont.	Otros	Total
San Marcos	2	6	0	6	7	4	2	16	43
Diriamba	0	7	3	5	16	4	1	14	52
Dolores	0	4	0	0	4	3	0	5	16
Jinotepe	1	9	0	7	8	11	2	28	66
El Rosario	0	3	0	2	4	1	0	2	12
La Paz	0	3	0	5	1	3	1	1	14
Sta. Teresa	0	7	0	5	2	2	2	9	27
La Conquista	0	3	0	1	1	2	0	0	7
Total	3	42	3	31	43	30	8	75	235

Fuente: Entrevista a directores y/o administradores de los centros de salud de los municipios del SILAIS Carazo, I semestre 2006.

Cuadro No. 3

Indicadores de Recursos Humanos por 10,000 hab., por municipios, SILAIS Carazo, I Semestre 2006.

Municipio	Médicos generales	Enfermeras	Auxiliares de enfermería	Odontólogos
	por 10,000 habitantes			
San Marcos	1.1	2.8	1.6	0.5
Diriamba	0.8	3.5	1.2	0.1
Dolores	2.5	7.6	0	0
Jinotepe	1.3	4	1.6	0.4
El Rosario	3.8	7.6	3.8	0
La Paz	1.9	5.5	9.6	1.9
Santa Teresa	2.3	1.3	6	0.9
La Conquista	4.6	4.6	2.3	0

Fuente: Información del Cuadro No. 2

Cuadro No. 4

Presencia de servicios básicos en las unidades de salud, por municipio, SILAIS Carazo, I Semestre 2006.

Municipio	Agua	Luz	Terreno legalizado	Medios de comunicación	Medios de transporte
San Marcos	100%	100%	84% (4)	2 teléfonos	1 ambulancia 1 camioneta 2 motos
Diriamba	80% (4)	100%	100%	1 telefax	1 ambulancia 1 camioneta 3 motos
Dolores	100%	100%	100%	1 teléfono	1 moto
Jinotepe	72% (5)	100%	86% (6)	1 teléfono	2 camionetas 4 motos
El Rosario	100%	100%	100%	1 teléfono	1 moto
La Paz	100%	100%	100%	1 telefax 1 radiocomun.	1 camioneta 3 motos
Santa Teresa	33% (2)	33% (2)	50% (3)	1 teléfono	1 ambulancia 1 camioneta 3 motos
La Conquista	100%	100%	100%	Ninguno	1 camioneta 1 moto

Fuente: Entrevista a directores y/o administradores de los centros de salud

Cuadro No. 5

Carga laboral por unidades de salud de los municipios del SILAIS Carazo, I Semestre 2006.

Municipio	Unidad de Salud	Carga Laboral	Productividad ideal *	% de cumplimiento
San Marcos	Centro de Salud	4.3	54	7.9
	Marvin Corrales	2.9	18	16
	Fátima	1.6	18	8.8
	Cruz	2	18	11
	Dulce Nombre	1.8	18	10
Diriamba	Centro de salud	4	48	8
	Trinidad	1.8	18	10
	Casares	2.2	24	9
	Buena Vista Norte	0.7	18	3.8
	San Gregorio	1.8	18	10
Dolores	Centro de salud	2.3	48	4.7
Jinotepe	C/S Jinotepe	1.8	48	3.7
	Román Esteban	0.7	18	3.8
	Aguacate	0.8	18	4.4
	Ana Virgen N	2.9	24	12
	VMP	1.9	30	6.3
	Huehuate	1	18	5.5
	Guisquiliapa	1.7	18	9.4
El Rosario	C/S El Rosario	2.4	42	5.7
La Paz	C/S La Paz	3.9	24	16
	P/S Esquipulas	0.2	12	1.6
Santa Teresa	C/S Santa Teresa	2.2	48	4.5
	P/S Sol	1.3	18	7.2
	P/S Solera	1.4	18	7.7
	P/S San José de Gracia	1.4	18	7.7
	P/S Pita	1.5	12	12.5
	P/S Vainilla	1.2	18	6.6
Conquista	C/S La Conquista	2.3	24	9.5

Fuente: Resultado de la fórmula propuesta en el presente estudio, descrita en la página 21

* La productividad ideal es el número de actividades que debería realizar la unidad de salud en dependencia del número de recursos humanos, tomando como parámetro la norma de 6 actividades por hora por recurso.

Cuadro No.6

Asignación presupuestaria a unidades de salud por municipio, fuente de financiamiento y per cápita, I Semestre 2006.

Municipio	Asignación Fiscal (Semestre)	Pér capita (anual)	Asignación cooperación externa (Semestre)	
			SARED	Luxemburgo
San Marcos	1,415,758.8	79.6	91,134.75	102,795.00
Diriamba	1,690,659.8	59.2	229,411.58	115,000.00
Dolores	530,167.25	135.3	49,309.50	36,500.00
Jinotepe	2,050,551.3	95.6	293,651.96	103,289.00
El Rosario	349,489.01	134.4	47,212.38	35,462.50
La Paz	454,691.65	167.4	46,364.50	37,000.00
Santa Teresa	1,121,023.1	103.7	124,485.78	105,000.00
La Conquista	306,851.33	144	34,173.8	24,000.00
Sede	3,031,572.8		836,435.15	440,553.50
SILAIS	10,950,765.34	121.7	1,605,353.4	999,600.00

Fuente: Departamento de Contabilidad de la Sede SILAIS Carazo.

Cuadro No. 7

Propuesta de comunidades a reasignar por unidades de salud, SILAIS Carazo, I Semestre 2006

No.	Comunidad	Unidad de salud de responsabilidad (asignada)	Unidad de salud a reasignar
1	Villa Carazo	C/S San Marcos	P/S Marvin Corrales
2	Santa Clara	C/S San Marcos	P/S Marvin Corrales
3	Concepción de María	P/S Fátima	C/S San Marcos
4	Quebracho	P/S Fátima	C/S San Marcos
5	Las Esquinas	C/S Diriamba	C/S San Marcos
6	Los Marqueses	P/S La Cruz	C/S San Marcos
7	El Tanque	C/S San Marcos	C/S Dolores
8	Georgino Andrade	P/S Fátima	P/S La Colonia de Masatepe
9	Uval	P/S Dulce Nombre	C/S San Rafael del Sur
10	Edmundo Hernández	P/S Marvin Corrales	C/S El Crucero
11	Barranco Bayo	P/S Huehuete	P/S La Trinidad
12	La Arenera	P/S La Trinidad	P/S San Gregorio
13	La Junta	P/S La Trinidad	C/S San Rafael del Sur
14	San Antonio de Arriba	P/S San Gregorio	C/S Diriamba
15	Guachipilin	P/S Román Esteban	C/S Dolores
16	Sandineña	P/S Román Esteban	C/S Dolores
17	Paso Real	P/S Román Esteban	C/S Dolores
18	Panamá	P/S Román Esteban	C/S Dolores
19	Río Limón	P/S Román Esteban	C/S Dolores
20	San Esteban	C/S Jinotepe	C/S San Marcos
21	Piedra Pintada	P/S Aguacate	C/S La Conquista
22	Huiste	P/S Huehuete	P/S La Solera

No.	Comunidad	Unidad de salud de responsabilidad (asignada)	Unidad de salud a reasignar
23	Los Encuentros	P/S Román Esteban	C/S La Conquista
24	Cañas Blancas	C/S Jinotepe	C/S El Rosario
25	El Zapotal	C/S Jinotepe	P/S Román Esteban
26	Los Mameyes	C/S Villa Madre Proletaria	C/S Jinotepe
27	Omar Torrijos	C/S Villa Madre Proletaria	P/S Guisquiliapa
28	Camino a Guisquiliapa	P/S Aguacate	P/S Guisquiliapa
29	El Corozo	C/S Masatepe	P/S Esquipulas
30	Comarca el Arroyo	C/S Masatepe	P/S Esquipulas
31	Comarca Los Jirones	C/S Masatepe	P/S Esquipulas
32	Naranja	C/S El Rosario	C/S La Paz
33	Abra	C/S La Conquista	C/S Santa Teresa
34	Los Encuentros	C/S Santa Teresa	P/S San José de Gracia
35	Barrio Nuevo	C/S Santa Teresa	P/S San José de Gracia
36	Los Cruces	C/S Santa Teresa	C/S La Paz
37	Javillito	P/S El Sol	P/S La Pita
38	Escalante río arriba	P/S La Pita	P/S Las Cañas (Tola, Rivas)
39	Palo alto	C/S La Conquista	C/S Santa Teresa
40	Buena Vista	C/S La Conquista	P/S de salud nuevo en Buena Vista (La Conquista)
41	San José de los Remates	C/S La Conquista	P/S de salud nuevo en Buena Vista (La Conquista)
42	San Jorge	C/S La Conquista	P/S de salud nuevo en Buena Vista (La Conquista)
43	La Hormiga	C/S La Conquista	P/S de salud nuevo en Buena Vista (La Conquista)
44	Cerro los Prados	P/S La Vainilla	P/S La Pita
45	El Terrero	C/S Nandaime	P/S La Pita
46	Buena Vista	C/S Nandaime	P/S La Pita
47	Jabillo	C/S Nandaime	P/S La Pita
48	La Flor	C/S Nandaime	P/S La Pita
49	La Mohoza	P/S La Vainilla	P/S de salud nuevo en Buena Vista (La Conquista)

Fuente: Tasas de utilización, mapa de INETER, resultado de grupos focales y validación con personal de salud del SILAIS Carazo.

Cuadro No. 8

Población inicial y a cubrir por unidades de salud y municipio, SILAIS Carazo, I Semestre 2006.

Municipio de San Marcos		
Unidad de Salud	Población inicial	Población a cubrir
C/S San Marcos	20,236	21,544
P/S Marvin Corrales	5,711	5,274
P/S Fátima	3,199	2999
P/S La Cruz	3,910	2,510
P/S Dulce Nombre	2,488	2,247
Total del Municipio	35,544	34,574
Municipio de Diriamba		
Unidad de Salud	Población inicial	Población a cubrir
C/S Diriamba	39,547	38,416
P/S Trinidad	5,294	5,367
P/S Casares	3,146	3,146
P/S San Gregorio	5,983	5,623
P/S Buena Vista Norte	3,125	3,125
Total del Municipio	57,095	55,677
Municipio de Santa Teresa		
Unidad de Salud	Población inicial	Población a cubrir
C/S Santa Teresa	12,146	10,552
P/S Solera	2,118	2,299
P/S La Vainilla	1,815	1,311
P/S San José de Gracia	2,421	3,405
P/S Pita	1,383	2,843
P/S Sol	1,729	1,490
Total del municipio	21,612	21,900
Municipio de Jinotepe		
Unidad de Salud	Población inicial	Población a cubrir
C/S Jinotepe	17,576	17,237
P/S Villa Madre Proletaria	9002	8,102
P/S Román Esteban	3,729	3,249
P/S Aguacate	2,915	2,652
P/S Ana Virgen Noble	4,715	4,715
P/S Guisquiliapa	2,358	2,835
P/S Huehuate	2,573	2,160
Total del municipio	42,868	40,950
Municipio de Dolores, El Rosario, La Paz y La Conquista		
Unidad de Salud	Población inicial	Población a cubrir
C/S Dolores	7,834	9,599
C/S Rosario	5,198	5,550
C/S Conquista	4,259	3,265
P/S Buena Vista	-	1,337
Total La Conquista	4,259	4,602
C/S La Paz	3,694	3,998
P/S Esquipulas	1,738	2,238
Total de la Paz	5,432	5,932
TOTAL SILAIS	179,842	178,784

Fuente: Estimaciones de población 2006, División de Planificación y Desarrollo del MINSA

Cuadro No. 9
Análisis de Recursos Humanos existentes y propuesta

Municipio	Recursos humanos								
	Existencia		Requerimientos		Déficit		Sobreexistencia		Necesidad de otros recursos
	Médicos	Personal de Enf.	Médicos	Personal de Enf.	Médicos	Personal de Enf.	Médicos	Personal de Enf.	
San Marcos	8	17	8	23	0	6	0	0	2 laboratoristas
Diriamba	10	25	12	35	2	10	0	0	1 chofer, 1 educador, 1 odontólogo, 2 laboratoristas
Dolores	4	7	3	6	0	0	1	1	1 educador y 1 odontólogo compartido con la Conquista, 1 chofer
Jinotepe	9	26	9	30	0	4	0	0	1 educador, 1 admisionista
El Rosario	3	7	1	4	0	0	2	3	1 Higienista, 1 admisionista, 1 farmacia, 1 chofer, 1 educador
La Paz	3	9	3	6	0	0	0	3	1 higienista, 1 admisionista, 1 farmacia, 1 educador compartido con el Rosario
Sta. Teresa	7	9	7	20	0	11	0	0	1 educador
La Conquista	3	4	3	5	0	1	0	0	1 educador compartido con Dolores, 1 higienista, 1 admisionista, 1 farmacia
SIL AIS	47	104	46	129	2	32	3	7	4 laboratoristas, 3 choferes, 5 educadores, 2 odontólogos, 3 higienistas, 3 admisionistas, 3 de farmacia

Fuente: Entrevista a directores y/o administradores de los centros de salud de los municipios del SILAIS Carazo, I semestre 2006.

Cuadro No. 10

Propuesta de Distribución de Médicos y Personal de Enfermería por municipio y unidades de salud, SILAIS Carazo, I Semestre 2006.

Municipio de San Marcos

- Por la cantidad de población del municipio se requieren 6 médicos asistenciales

Distribución de médicos por unidad de salud

3 médicos: C/S San Marcos
1 médico: P/S Dulce Nombre
1 médico: P/S Marvin Corrales
1 médico: P/S Fátima cubre 2 días
P/S Cruz cubre 2 días
C/S San Marcos cubre 1 día

6 médicos asistenciales

2 médicos administrativos: Director
Epidemiólogo

8 médicos (Requerimiento)

Distribución de personal de enfermería por unidad de salud

C/S San Marcos: 3 asistenciales
1 asistente de odontología
1 de URO/Curaciones
6 trabajo comunitario
1 de PAI
1 Jefa de enfermera

P/S Marvin Corrales: 1 asistencial
2 de trabajo comunitario

P/S Dulce Nombre: 1 asistencial
2 de trabajo comunitario

P/S Fátima: 1 asistencial
1 de trabajo comunitario

P/S Cruz: 1 asistencial
1 trabajo comunitario

23 personal de enfermería (requerimiento)

Municipio de Diriamba

- Por la cantidad de población del municipio se requieren 9 médicos asistenciales, sin embargo por problemas de accesibilidad geográfica se necesita un médico en Buena Vista del Norte.

Distribución de médicos por unidad de salud

6 médicos:	C/S Diriamba
1 médico:	P/S Trinidad
1 médico:	P/S Casares
1 médico:	P/S San Gregorio
1 médico:	P/S Buena Vista del Norte

10 médicos asistenciales

2 médicos administrativos: Director
Epidemiólogo

12 médicos (Requerimiento)

Distribución de personal de enfermería por unidad de salud

C/S Diriamba:	6 asistenciales 1 asistente de odontología 1 de URO/Curaciones 12 trabajo comunitario 1 de PAI 1 Jefa de enfermera
P/S Trinidad:	2 asistenciales 2 de trabajo comunitario
P/S Casares:	1 asistencial 2 de trabajo comunitario
P/S San Gregorio:	2 asistenciales 2 de trabajo comunitario
P/S Buena Vista:	1 asistencial 1 trabajo comunitario

35 personal de enfermería (requerimiento)

Municipio de Dolores

- Por la cantidad de población del municipio se requieren 2 médicos asistenciales. Y por la accesibilidad geográfica del territorio y cercanía a la cabecera departamental, el personal de enfermería asumiría la responsabilidad de las actividades administrativas.

2 médicos asistenciales
1 Jefa de Enfermera
3 auxiliares de enfermería

6 recursos en total (requerimiento)

Municipio de Jinotepe

- Por la cantidad de población del municipio se requieren 7 médicos asistenciales.

Distribución de médicos por unidad de salud

3 médicos: C/S Jinotepe
1 médico: P/S VMP
1 médico: P/S Huehueté
1 médico: P/S Ana Virgen Noble cubriría 3 días
P/S Aguacate cubriría 2 días
1 médico: P/S Román Esteban cubriría 3 días
P/S Guisquiliapa cubriría 2 días

7 médicos asistenciales
2 médicos administrativos: Director
Epidemiólogo

9 médicos (Requerimiento)

Distribución de personal de enfermería por unidad de salud

C/S Jinotepe: 3 asistenciales
1 asistente de odontología
1 de URO/Curaciones
6 trabajo comunitario
1 de PAI
1 Jefa de enfermera

P/S VMP: 2 asistenciales
3 de trabajo comunitario

P/S Huehueté: 1 asistencial
1 de trabajo comunitario

P/S Ana Virgen Noble: 1 asistenciales
2 de trabajo comunitario

P/S Aguacate: 1 asistencial
1 trabajo comunitario

P/S Román Esteban: 1 asistencial
2 auxiliares

P/S Guisquiliapa: 1 enfermería
1 auxiliar

30 personal de enfermería (requerimiento)

Municipio El Rosario

- Por la cantidad de población del municipio se requiere 1 médico asistencial, pasaría administrativamente a formar parte del municipio de la Paz.

1 médico
1 Jefa de enfermera
1 asistencial
1 trabajo comunitario
1 URO/Curaciones

5 recursos (requerimientos)

Municipio La Paz

- Por la cantidad de población del municipio se requieren 1 médico asistencial que cubriría 4 días el Centro de Salud y 1 día Esquipulas.

C/S La Paz

1 médico asistencial
1 director
1 Jefa de enfermera
1 asistencial
2 auxiliares

6 recursos (requerimiento)

P/S Esquipulas

1 asistencial
1 auxiliar

2 (requerimiento)

Total: **8 recursos (requerimiento)**

Municipio de Santa Teresa

- Por la cantidad de población del municipio se requieren 4 médicos asistenciales, sin embargo por problemas de accesibilidad geográfica en la Pita, se requiere médico permanente.

Distribución de médicos por unidad de salud

2 médicos:	C/S Santa Teresa
1 médico:	P/S Pita
1 médico:	P/S Sol, cubriría 3 días a la semana P/S Vainilla, cubriría 2 días a la semana
1 médico:	P/S Solera, cubriría 3 días a la semana P/S San José de Gracia, cubriría 2 días a la semana

5 médicos asistenciales	
2 médicos administrativos:	Director Epidemiólogo

7 médicos (Requerimiento)

Distribución de personal de enfermería por unidad de salud

C/S Santa Teresa:	2 asistenciales 1 asistente de odontología 1 de URO/Curaciones 4 trabajo comunitario 1 de PAI 1 Jefa de enfermera
P/S El Sol :	1 asistenciales 1 de trabajo comunitario
P/S Solera:	1 asistencial 1 de trabajo comunitario
P/S Vainilla:	1 asistenciales 1 de trabajo comunitario
P/S San José de Gracia:	1 asistencial 1 trabajo comunitario
P/S La Pita:	1 asistencial 1 trabajo comunitario

20 personal de enfermería (requerimiento)

Municipio de La Conquista

- Por la cantidad de población del municipio se requieren 1 médico asistencial, sin embargo por problemas de accesibilidad geográfica se necesita un médico en el puesto de salud de Buena Vista (P/S en construcción).

C/S La Conquista

1 médicos asistencial
1 médico administrativo: Director
1 Jefa de enfermera
1 asistencial
1 trabajo comunitario

5 recursos (requerimiento)

P/S Buena Vista

1 médico asistencial
1 enfermera asistencial
1 trabajo comunitario

3 recursos (requerimiento)

Total: **8 recursos (requerimiento)**

Fuente: Análisis de la existencia de recursos humanos y población municipal atendiendo al requerimiento propuesto.

Cuadro No. 11

**Fortalecimiento de unidades de salud por unidades de salud y municipios, SILAIS
Carazo, I Semestre 2006.**

Fortalecimiento de las unidades de salud Municipio de San Marcos				
Unidad de salud	Fortalecimiento			
	Infraestructura	Equipamiento		Transporte
		Médico	No Médico	
C/S San Marcos	Rehabilitación de cubículos para atención integral	Dotación parcial	Radio comunicador	
P/S Marvin Corrales	Rehabilitación del ambiente de curación e inyectable		Radio comunicador	
P/S Fátima			Radio comunicador	
P/S La Cruz	Gestión de terreno para construcción del puesto de salud propiedad del MINSA		Radio comunicador	
P/S Dulce Nombre			Radio comunicador	1 motocicleta (se le asignaría 1 de la Paz)
Fortalecimiento de las unidades de salud Municipio de Diriamba				
Unidad de salud	Fortalecimiento			
	Infraestructura	Equipamiento		Transporte
		Médico	No Médico	
C/S Diriamba	Construcción de un centro de salud que reemplace el existente	Equipo odontológico	Radio comunicador	
P/S Trinidad	Rehabilitar ambientes de atención	Dotación parcial	Radio comunicador	2 motocicleta (se asignaría 2 del C/S Diriamba)
P/S Casares			Radio comunicador	1 motocicleta (se asignaría 1 de la Paz)
P/S San Gregorio			Radio comunicador	
P/S Buena Vista Norte	Rehabilitar ambientes de atención		Radio comunicador	

Fortalecimiento de las unidades de salud Municipio de Dolores, Rosario, Conquista, La Paz				
Unidad de salud	Fortalecimiento			
	Infraestructura	Equipamiento		Transporte
		Médico	No Médico	
C/S Dolores	Construcción de ambiente para la atención odontológica	Dotación parcial Equipo para servicio de odontología		1 camioneta
C/S Rosario	Construcción de ambiente para la atención odontológica Ampliación y rehabilitación de ambientes de atención integral	Dotación parcial Equipo para servicio de odontología		1 camioneta
C/S Conquista	Construcción de ambiente para la atención odontológica	Dotación parcial Equipo para servicio de odontología	Teléfono Radio comunicador	1 motocicleta
C/S La Paz		Dotación parcial	Radio comunicador	
P/S Esquipulas		Dotación parcial	Radio comunicador	

Fortalecimiento de las unidades de salud Municipio de Jinotepe				
Unidad de salud	Fortalecimiento			
	Infraestructura	Equipamiento		Transporte
		Médico	No Médico	
C/S Jinotepe	Construcción de un centro de salud que reemplace el existente	Dotación parcial	Mobiliario Equipo de oficina Radio comunicador	
P/S Villa Madre Proletaria		Autoclave Equipo de cirugía menor	Teléfono	1 motocicleta (se le asignaría 1 del C/S Jinotepe)
P/S Román Esteban		Dotación Parcial	Radio comunicador	1 motocicleta (se le asignaría 1 del C/S Jinotepe)
P/S Aguacate	Ampliación y rehabilitación de ambientes de atención		Radio comunicador Bancas para sala de espera	1 motocicleta (se le asignaría 1 del C/S Jinotepe)
P/S Ana Virgen Noble	Tanque de agua aéreo Reparación de lavamanos Incinerador Letrinas Malla perimetral		Teléfono	
P/S Guisquiliapa	Tanque de agua aéreo		Radio comunicador	1 moto
P/S Huehuete	Construcción del sistema hidrosanitario Rehabilitación de ambientes de atención		Radio comunicador	1 moto

Fortalecimiento de las unidades de salud Municipio de Santa Teresa				
Unidad de salud	Fortalecimiento			
	Infraestructura	Equipamiento		Transporte
		Médico	No Médico	
C/S Santa Teresa	Rehabilitación de cubículos para atención integral	Dotación Parcial	Radio comunicador	
P/S Solera			Radio comunicador Planta eléctrica o Panel solar	1 motocicleta
P/S La Vainilla	Construcción del sistema hidrosanitario Rehabilitación de ambientes de atención		Radio comunicador Planta eléctrica o Panel solar	
P/S San José de Gracia			Radio comunicador	1 motocicleta
P/S Pita			Radio comunicador Medios audiovisuales Planta eléctrica o Panel solar	
P/S Sol			Radio comunicador	

Fuente: Entrevista a directores municipales y personal de las unidades de salud del SILAIS Carazo

Cuadro No. 12

Distribución de tiempo en actividades no asistenciales expresado en horas por día, según perfil ocupacional, SILAIS Carazo, I Semestre 2006.

Perfil ocupacional	Trabajo comunitario	Tareas administrativas	Docencia	Otras actividades	Total/hr/día
Enfermería	1.7	1.3	0.8	0.4	4.2
Médicos	0.5	1.0	0.6	0.4	2.5
Promedio	1.1	1.1	0.7	0.4	3.3

Fuente: Entrevista a personal de salud de la Red de Servicios del I Nivel de atención SILAIS Carazo.

Cuadro No. 13

Actividades realizadas en cada función básica del personal médico y de enfermería del SILAIS Carazo, I Semestre 2006.

Asistencial	Administrativa	Docencia	Trabajo Comunitario	Otras actividades
Atención de programas: CPN, Planificación familiar, PAP, puerperio, VPCD, Crónicos, Tb, ITS	Actualizar censo y mapa de embarazadas y libros de seguimiento del PAI	Educación permanente	Visitas domiciliarias a pacientes inasistentes	Limpieza de la unidad de salud
Atención a la Morbilidad	Actualizar tarjeteros	Consejos técnicos ampliados	Realización de Controles prenatales, puerperales, y a niños	Limpieza de equipos
Curaciones Inyectables Retiro de puntos Sutura Toma de P/A Extracción de uñas Retiro de sondas Drenaje de absceso Prueba de sensibilidad Nebulizaciones URO	Redactar visitas domiciliarias	Charlas informativas	Toma de PAP	Sacar y archivar expedientes
	Elaborar informe de cumplimiento de actividades programadas	Reunión y capacitaciones a adolescentes, brigadistas	Visitas a responsables de casas bases: abastecimiento y monitoreo del SICO	Elaboración de gasas
	Actualización de expedientes por sector	Capacitaciones recibidas	Completar esquema de vacunación	Despacho de farmacia
	Reporte de Cacu, adolescentes, PAI etc.		Controles de foco	Actualización de Kárdex
	Balance de biológico		Reuniones de comité de salud	
Actualización de indicadores				

Fuente: Entrevista a personal de salud de la Red de Servicios del I Nivel de atención SILAIS Carazo.

Cuadro No. 14

Intersecciones de unidades de salud en un área de 5 km, SILAIS Carazo, I Semestre 2006

	SM	Cruz	MC	Fát	DN	Db	Trin	Cas	BVN	SG	Dol	Jpe	AVN	VMP	Gq	Hue	RE	Ag	Ros	Paz	Esq	ST	Sol	Sole	SJG	Vai	Pita	CQ	T ot al
SM		X	X	X		X					X	X			X				X										8
Cruz	X		X	X		X					X	X																	6
MC	X	X				X				X	X																		5
Fát	X	X				X					X	X			X					X									7
DN									X	X																			2
Db	X	X	X	X						X	X	X					X			X									9
Trin									X																				1
Cas																X													1
BVN					X		X			X																			3
SG			X		X	X			X																				4
Dol	X	X	X	X		X						X			X		X		X				X						10
Jpe						X					X				X		X		X	X		X							7
AVN						X					X				X		X		X	X		X							7
VMP						X					X				X		X		X	X		X							7
Gq				X		X					X	X					X		X	X		X							8

	SM	Cruz	MC	Fát	DN	Db	Trin	Cas	BVN	SG	Dol	Jpe	AVN	VMP	Gq	Hue	RE	Ag	Ros	Paz	Esq	ST	Sol	Sole	SJG	Vai	Pita	CQ	Total
Hue								X																					1
RE						X					X	X			X				X			X						X	7
Ag						X					X				X		X		X	X		X							7
Ros						X						X			X		X			X	X	X			X	X			9
Paz												X			X				X		X	X			X	X			7
Esq																				X		X			X				3
ST											X	X			X		X		X	X	X				X	X		X	10
Sol																													
Sole																											X		1
SJG															X				X	X	X	X				X			6
Vai															X		X		X	X		X			X				6
Pita																								X					1
CQ																	X				X				X				3

Fuente: Mapa de INETER

Centros de salud:

SM: San Marcos
 Db: Diriamba
 Dol: Dolores
 Jpe: Jinotepe
 Ros: El Rosario
 Paz: La Paz
 ST: Santa Teresa
 CQ: La Conquista

Puestos de Salud:

Cruz: La Cruz
 MC: Marvin Corrales
 Fát: Fátima
 DN: Dulce Nombre
 Trin: Trinidad
 Cas: Casares
 BVN: Buena Vista del Norte
 SG: San Gregorio
 VMP: Villa Madre Proletaria
 Hue: Huehuet

Ag: Aguacate
 Esq: Esquipulas
 Sol: El Sol
 Sole: La Solera
 SJG: San José de Gracia
 Vai: Vainilla
 Pita: La Pita
 AVN: Ana Virgen Noble
 Gq: Guisquilapa
 RE: Román Esteban

Cuadro No. 15

Razones de usuarios que no hacen uso de los servicios que les corresponde, por municipios/SILAIS Carazo, I Semestre 2006. N= 240

Preguntas	San Marcos	Diriamba	Dolores	Jinotepe	El Rosario	La Paz	Santa Teresa	La Conquista	Interpretación
¿A dónde van para que los atiendan cuando se enferman	-Médico privado -Hospital del Maestro -Los pobladores de los puestos de salud al centro de salud -Centro de salud el Crucero	-Hospital San José de Diriamba -Los pobladores de puestos de salud al centro de salud -Clínica parroquial	-Médico privado	-Médico privado -Médico naturista -Hospital Santiago de Jinotepe -Hospital privado (HARMIN) -Centro de salud Dolores -Centro de salud Rosario -Centro de salud La Conquista -Puesto de salud La Trinidad	-Centro de salud La Paz -Hospital Santiago de Jinotepe	-Médico privado -Los pobladores del puesto de salud van al centro de salud	-Centro de salud Conquista -Empresa médica -Médico privado -Hospital Santiago de Jinotepe -Centro de salud La Paz -Centro de salud Jinotepe -Centro de salud Las Cañas (Rivas, comunidad Escalante)	-Centro de Salud La Conquista	El hospital y para los pobladores de los puestos de salud los centros de salud municipales son las principales opciones donde acuden para resolver sus problemas de salud. Las comunidades rurales de Jinotepe y Santa Teresa son los que más visitan unidades de salud de otros municipios Las comunidades de la Conquista con tasas de utilización bajas, no tienen otras opciones cuando se enferman, visitan la unidad de salud solamente cuando ya están muy enfermos por lo que se puede concluir que están careciendo de atención médica por que no están asistiendo a otros servicios alternativos.

Preguntas	San Marcos	Diriamba	Dolores	Jinotepe	El Rosario	La Paz	Santa Teresa	La Conquista	Interpretación
¿Cuáles son las causas por las que no va a la unidad de salud que le corresponde?	<ul style="list-style-type: none"> -Están asegurados -Va a la clínica que le cobran C\$ 15.00 y les regalan el medicamento -No hay medicamento -No hay buena atención -Les queda muy largo la unidad de salud -Camino malo -Se curan con remedios caseros -No tienen dinero, el pasaje es caro -Tienen casa base que atiende la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> -Casi no se enferman -Costo alto del pasaje -Centros de salud lleno de pacientes y el lugar es muy pequeño -Por no perder tiempo, porque a veces el médico no llega -Tiempos de espera largos -Solamente les dan las recetas y no hay medicamentos -Comunidades distantes a las unidades de salud -Puestos de salud cerrados -Caminos muy malos -No hay médico permanente en puestos de salud -Llegan muy tarde al puesto de salud -No clasifican las emergencias 	<ul style="list-style-type: none"> -Están asegurados -Es muy tardada la atención y pierden el tiempo -Utilizan remedios caseros -Les queda muy largo la unidad de salud -El tiempo de espera es largo -No hay buena atención, sólo acetaminofén hay 	<ul style="list-style-type: none"> -Casi no se enferman -Utilizan remedios caseros -Solo van cuando es una emergencia -Es muy largo -Es muy tardada la atención -Están asegurados -Son odiosas -Cuesta que los atiendan -Presencia de pandillas -No conocen la unidad de salud -Los recursos de enfermería no se encuentran en las unidades de salud siempre están donde el vecino -Médico atiende solamente 2 veces por semana, llega a las 9:30 a.m y se va a las 12:00md -El puesto de salud se mantiene lleno de vagos -No hay medicamentos -No hay transporte -Los caminos son muy malos 	<ul style="list-style-type: none"> -Pago de transporte -Falta de medicamento -No hay laboratorio -No siempre hay cupo en el centro de salud 	<ul style="list-style-type: none"> -Casi nunca se enferman -Tienen posibilidades para pagar médico privado -Puestos de salud cerrados -Solo les dan las recetas -No hay médicos en puestos de salud 	<ul style="list-style-type: none"> -No tienen expediente -La admisionista es odiosa -Se necesita tener conocidos para que los atiendan -No saben a donde les corresponde ir a pasar consulta -Es muy largo -El médico a veces no llega a la unidad de salud y van a perder el tiempo -El camino está en mal estado -Tiempos de espera largos -No hay medicamentos solo les dan las recetas -La atención es muy mala - El doctor solamente atiende su cupo -No hay transporte 	<ul style="list-style-type: none"> -Casi no se enferman -Van solamente por emergencia -El camino es demasiado largo y llegan a las 9:00 a.m al las unidades y los dejan para la consulta de la tarde. 	<ul style="list-style-type: none"> -Las principales causas por las que no van a las unidades de salud son: -Falta de medicamentos -Puestos de salud cerrados -Inaccessibilidad geográfica -Maltrato en la atención -Largos tiempos de espera.

<p>¿Qué se puede hacer para que las comunidades acudan a los servicios de salud que les corresponda?</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Que dejen las pláticas, comentarios y llamadas telefónicas eternas para la hora libre y que atiendan a los pacientes -Que haya suficiente medicamento -Que atiendan las emergencias aunque estén en huelga -Mejorar la atención -Que haya médico permanente en los puestos de salud -Que tomen en cuenta el lugar de procedencia del paciente por que vienen muy largo y llegan tarde a la unidad y no los quieren atender -Orientar a la población sobre las unidades de salud que les corresponde -Que mejoren la atención, a veces los reciben mal, son odiosas -Facilidades de transporte -Reparación de caminos 	<ul style="list-style-type: none"> -Que haya mejor atención -Que haya suficiente medicamento -Que amplíen el centro de salud porque es muy pequeño -Que haya médico permanente en los puestos de salud -Mejorar la comunicación, que avisen el día que no vayan a atender en los puestos de salud -Que las enfermeras sean amables -Puntualidad en la atención -Reparar los caminos -Abastecimiento de casas bases 	<ul style="list-style-type: none"> -Nada, porque tienen para pagar médico privado -Que haya mejor atención -Consulta médica todos los días y los dos turnos -Que contraten más personal médico y enfermeras -Que haya suficiente medicamento -Que atiendan con responsabilidad Que haya laboratorio 	<ul style="list-style-type: none"> -Consulta médica en las comunidades al menos 1 vez al mes -Que atiendan a toda hora, sin cupo -Que haya suficiente medicamento -Que tomen en cuenta el lugar de procedencia del paciente -Que atiendan sin preferencia -Que cambien de actitud y traten bien a la gente -Que haya atención médica todos los días -Que hayan equipos necesarios para la atención -Que el recurso de farmacia explique cuando entregue recetas porque se las tiran -Que sean puntuales -Que cumplan con el horario de atención porque llegan a las 9:00 a.m -Mejoramiento de estructura de los puestos de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> -Más medicamentos -Que exista un laboratorio y clínica dental 	<ul style="list-style-type: none"> -Puesto de salud abierto todos los días -Que les den medicamentos necesarios -Que haya médico permanente en el puesto de salud 	<ul style="list-style-type: none"> -Que no haya atención con preferencia -Llamadas de atención a la admisionista -Que orienten a la población acerca de qué unidad les corresponde -Que exista una buena comunicación con la comunidad -Que cuando lleguen a la unidad de salud a solicitar consulta no se las nieguen -Suficiente medicamento -Que mejoren los caminos -Que den buena atención -Que haya consulta médica en puestos de salud por lo menos 2 veces por semana -Cumplidos en la atención porque hay personas que se van de tanto esperar -Que haya una ambulancia para el traslado de pacientes al hospital 	<ul style="list-style-type: none"> -Que sean considerados y tomen en cuenta la distancia de las comunidades -Que sean atendidos a la hora que llegan 	<p>Demandas principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Abastecimiento de medicamentos -Atención médica más frecuente en los puestos de salud -Mejorar el trato en la atención -Cumplimiento de horarios de atención -Reparación de caminos
--	--	---	--	---	--	--	---	--	---

Cuadro No. 16

Razones de usuarios que hacen uso de los servicios que les corresponde, por municipios/SILAIS Carazo, I Semestre 2006. N= 242

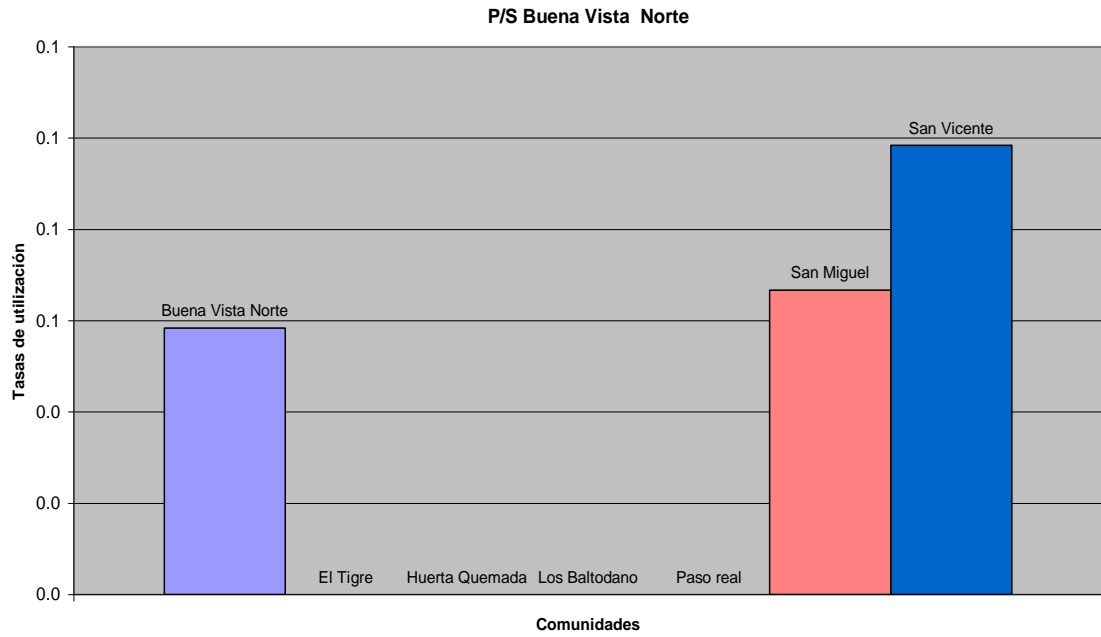
Preguntas	San Marcos	Diriamba	Dolores	Jinotepe	El Rosario	La Paz	Santa Teresa	La Conquista	Interpretación
¿Por cuáles motivos de atención asiste a los servicios de salud?	<ul style="list-style-type: none"> -Por alguna enfermedad -Para realización de control prenatal, planificación familiar, atención al niño, enfermedades crónicas -Vacunas -Citas -Exámenes de laboratorio -Curaciones -Odontología -Atención psicológica 	<ul style="list-style-type: none"> -Por alguna enfermedad -Para atención al niño y planificación familiar -Para realización de controles prenatales, planificación familiar, papanicolaou -Capacitaciones -Exámenes de laboratorio 	<ul style="list-style-type: none"> -Por alguna enfermedad -Para pasar consulta en planificación familiar, vacunas, atención al niño y consulta de crónicos 	<ul style="list-style-type: none"> -Por alguna enfermedad -Certificados de salud -Exámenes de laboratorio -Por quejas a higiene y epidemiología -Emergencias -Para atención al niño, papanicolaou y vacunas 	<ul style="list-style-type: none"> -Por alguna enfermedad -Por consulta de niño, control prenatal, planificación familiar -Certificados de salud -Vacunas -Pacientes crónicos 	<ul style="list-style-type: none"> -Por alguna enfermedad -Para realizarse control prenatal, planificación familiar, atención al niño. 	<ul style="list-style-type: none"> -Por alguna enfermedad -Por mucha necesidad médica -Por una emergencia -Para realizarse controles prenatales, atención al niño, vacunas, planificación familiar, papanicolaou, enfermedades crónicas -Para recibir charlas educativas 	<ul style="list-style-type: none"> -Por alguna enfermedad -Para realizarse controles prenatales, planificación familiar, atención al niño -Capacitaciones 	<p>La percepción de la población en cuanto a la atención es asistencialista y programática dirigida al binomio madre-niño. Son muy pocos los pobladores que acuden a los servicios de salud a recibir charlas educativas, solamente acuden cuando están muy enfermos.</p> <p>El puerperio no es mencionado como un servicio al que Acuden , tiene relación con las coberturas bajas de este indicador</p>

Preguntas	San Marcos	Diriamba	Dolores	Jinotepe	El Rosario	La Paz	Santa Teresa	La Conquista	Interpretación
¿Cuáles son las causas por las que van a la unidad de salud que les corresponde?	<ul style="list-style-type: none"> -Les dan algo de medicamento -No tienen dinero para pagar médico privado -Es un derecho -Es el lugar que les corresponde -Es el lugar más cercano -No pagan pasaje -Consulta gratis -No tienen otro lugar donde acudir 	<ul style="list-style-type: none"> -Es la unidad que les corresponde -No los atienden en otro lugar -Es la unidad de salud más cercana -No tienen para pagar médico privado -Son atendidos a cualquier hora del día -Medicamento gratis -Buena atención 	<ul style="list-style-type: none"> -Es el lugar más cercano -No tienen para pagar médico privado -Es el lugar que les corresponde -Si van a otro lugar no los atienden 	<ul style="list-style-type: none"> -Es la unidad más cercana -Por economizar, porque no tienen para médico privado, ni para el pasaje -El medicamento lo regalan -Hay buena atención -Es la unidad que les corresponde -Son amables -No son atendidos en otro lugar 	<ul style="list-style-type: none"> -Es la unidad más cercana -Es la unidad que les corresponde -Solamente por la consulta porque no hay medicamentos- -Buena atención 	<ul style="list-style-type: none"> -Es la unidad más cercana -Hay una atención rápida y buena -Presencia del médico y la enfermera -Es la unidad que les corresponde -Si van a otro lugar son rechazados 	<ul style="list-style-type: none"> -Es más cercano -No tienen para el pasaje -No tienen para pagar médico privado -Si van a otro lugar no los atienden -Es el lugar que les corresponde -La atención es buena 	<ul style="list-style-type: none"> -No tienen dinero para ir a médico privado -Es el lugar más cercano -Es el lugar que les corresponde si van a otro lugar no los atienden -Por necesidad -Hay buena atención 	<p>La mayoría de las respuestas hacen notar que los usuarios no tienen otra opción mejor para el cuidado de su salud y por eso acuden a las unidades de salud que les corresponde</p> <p>Sin embargo reconocen que las unidades de salud del MINSA les ofrecen gratuidad en los medicamentos que les son proporcionados y en la atención</p>
¿Qué se puede hacer para que las comunidades siempre acudan a los servicios de salud que les corresponde?	<ul style="list-style-type: none"> -Mejorar la atención sin ninguna preferencia -Que el recurso de admisión cumpla con su horario de entrada 	<ul style="list-style-type: none"> -Aconsejar a la comunidad sobre los beneficios que se obtienen en las unidades de salud 	<ul style="list-style-type: none"> -Que haya suficiente medicamento -Mejorar la atención y el comportamiento del personal, porque les gritan cuando no hay cupo 	<ul style="list-style-type: none"> -Abastezcan de medicamentos -Que haya mejor atención -Que atiendan con prioridad las emergencias -Que haya atención integral 	<ul style="list-style-type: none"> -Que haya buena atención, sin preferencia para toda la población -Que haya suficiente medicamento -Atender primero a niños y emergencias 	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar a la población que tienen que asistir al lugar que les corresponde -Que den siempre buena atención 	<ul style="list-style-type: none"> -Buena comunicación con la comunidad -Que no sea negada la consulta -Atención médica 3 veces por semana en puestos de salud 	<ul style="list-style-type: none"> -Concienciar a la población que asistan a la unidad de salud -Que haya suficiente medicamento ya que a veces solamente dan las recetas 	<p>Las principales demandas coinciden con los pobladores que no visitan las unidades de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Abastecimiento de medicamentos -Mejorar el trato en la atención -Cumplimiento del horario de atención

Preguntas	San Marcos	Diriamba	Dolores	Jinotepe	El Rosario	La Paz	Santa Teresa	La Conquista	Interpretación
	<ul style="list-style-type: none"> -Que no sean rechazados porque no traen su tarjeta -Que atiendan las emergencias aunque ya tengan su cupo completo -Que los chismes y pláticas para el tiempo libre -Que abastezcan de medicamentos -Que haya privacidad o ética en la divulgación de resultados de exámenes -Que haya atención médica en los puestos de salud -Que el personal de salud no falte a la unidad 	<ul style="list-style-type: none"> -Que abastezcan de medicamentos -Que el tiempo de espera sea menos -Que siempre den buena atención -Que cumplan con el horario de entrada porque llegan a las 9:00 a.m. -Que sean amables -Que hayan más equipos para la atención -Que siempre haya atención médica en los puestos de salud -Que atiendan por igual, aunque los pacientes sean asegurados -Que amplíen el centro de salud porque es muy pequeño -Que atiendan a los adultos -Que hayan más recursos médicos y enfermeras 		<ul style="list-style-type: none"> -Que cumplan con el horario de atención por que llegan muy tarde -Que no haya burocracia en la atención -Que atiendan a los pacientes que llegan aunque ya tengan su cupo -Mejorar infraestructura de puestos de salud -Que sean amables -Que sean cumplidos con la atención porque a veces no llegan a los puestos de salud -Que no cierren los puestos de salud -Atención médica en los puestos de salud por lo menos 3 veces por semana 	<ul style="list-style-type: none"> -Que dejen las pláticas de último y que atiendan -Que no sean odiosas -Que sean amables 	<ul style="list-style-type: none"> -Que haya medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> -Que haya medicamentos -Organización de la atención -Reparación de caminos 	<ul style="list-style-type: none"> -Que den prioridad a las personas de comunidades alejadas al centro de salud -Que traten de hablar con la admisionista ya que es muy odiosa, las dejan por último y les hacen aguantar hambre hasta la tarde 	<ul style="list-style-type: none"> -Que la atención no les sea negada (no haya rechazo)

Gráfico No. 12

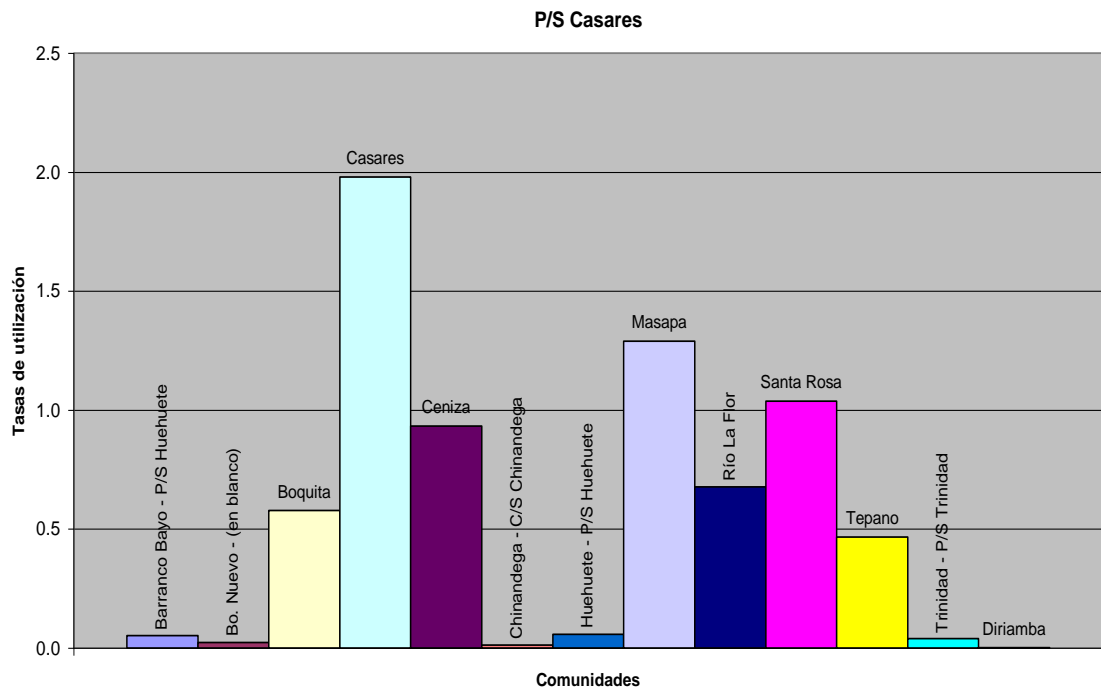
Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006



Fuente: Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de Diriamba.

Gráfico No. 13

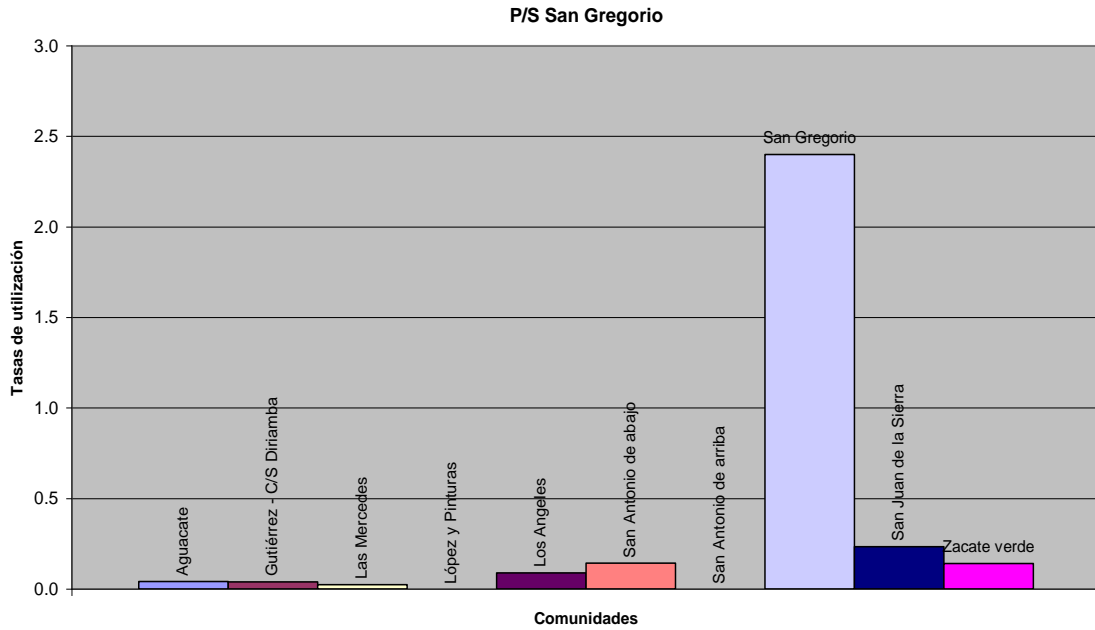
Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006



Fuente: Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de Diriamba.

Gráfico No. 14

Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006

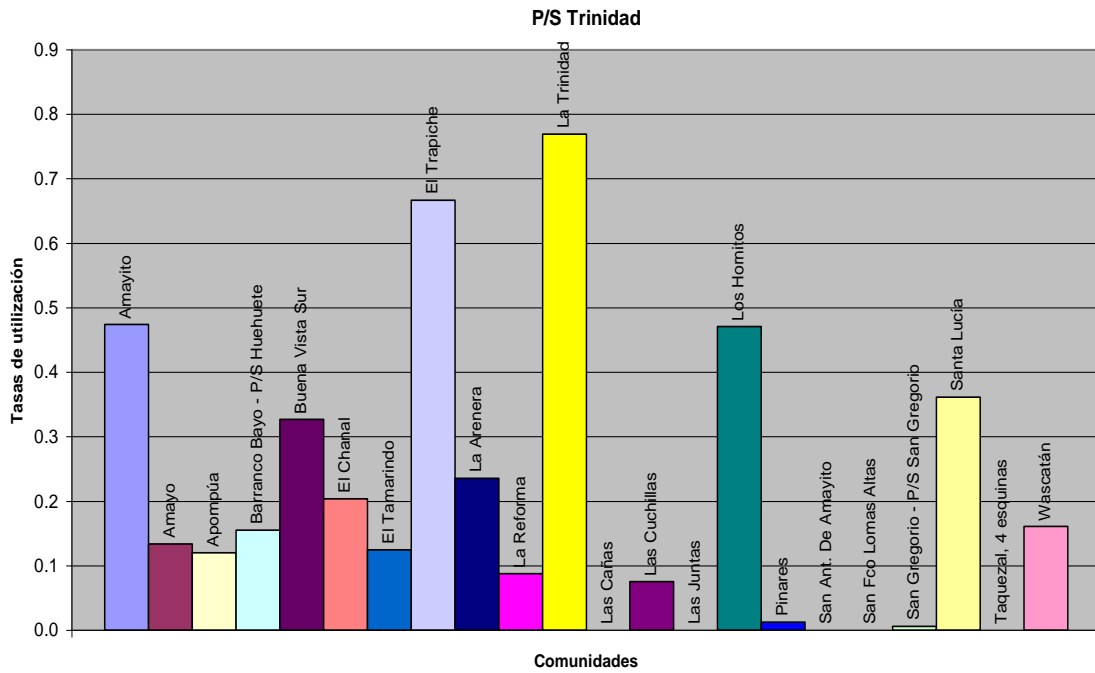


Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de Diriamba

Fuente:

Gráfico No. 15

Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006

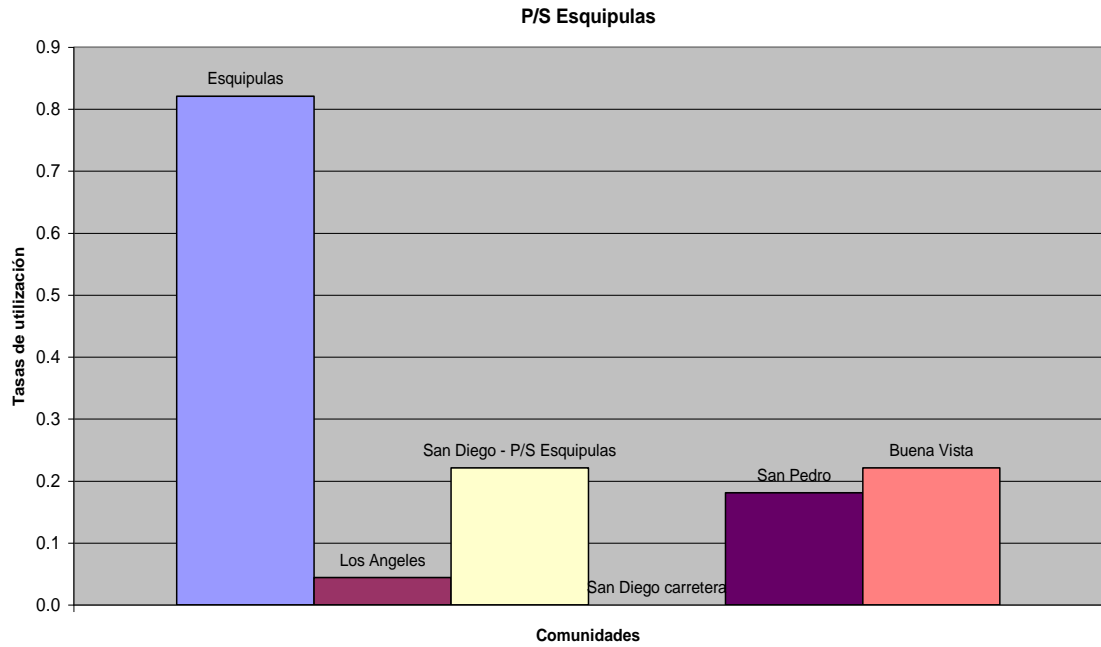


Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de Diriamba.

Fuente:

Gráfico No. 16

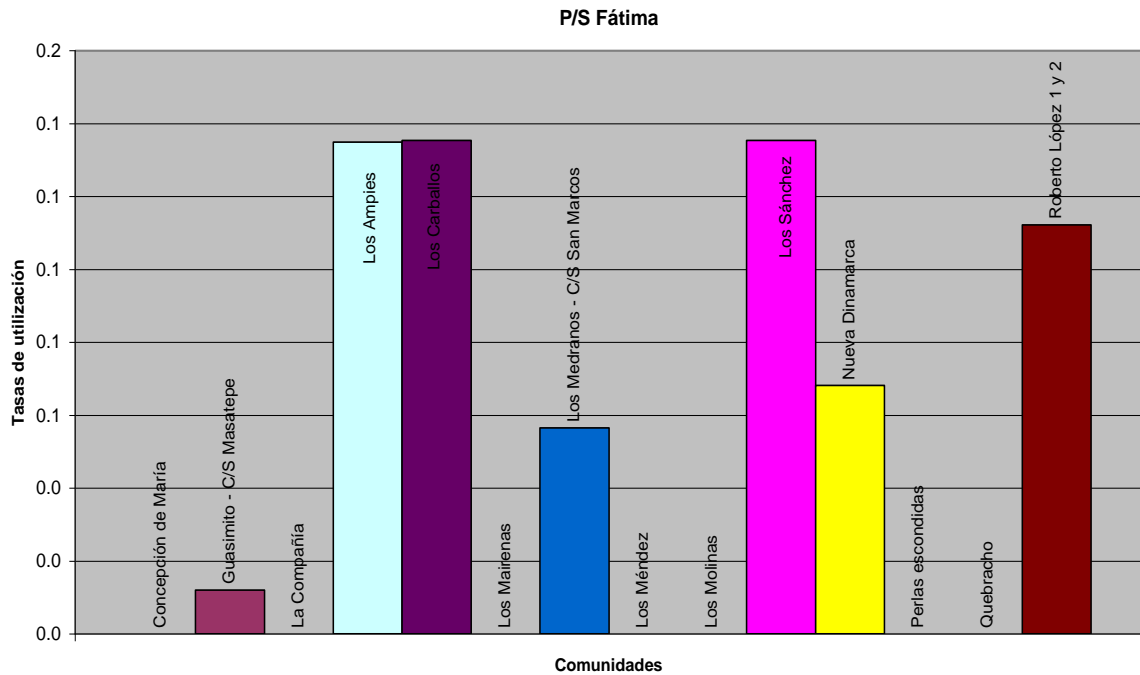
Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006



Fuente: Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de La Paz.

Gráfico No. 17

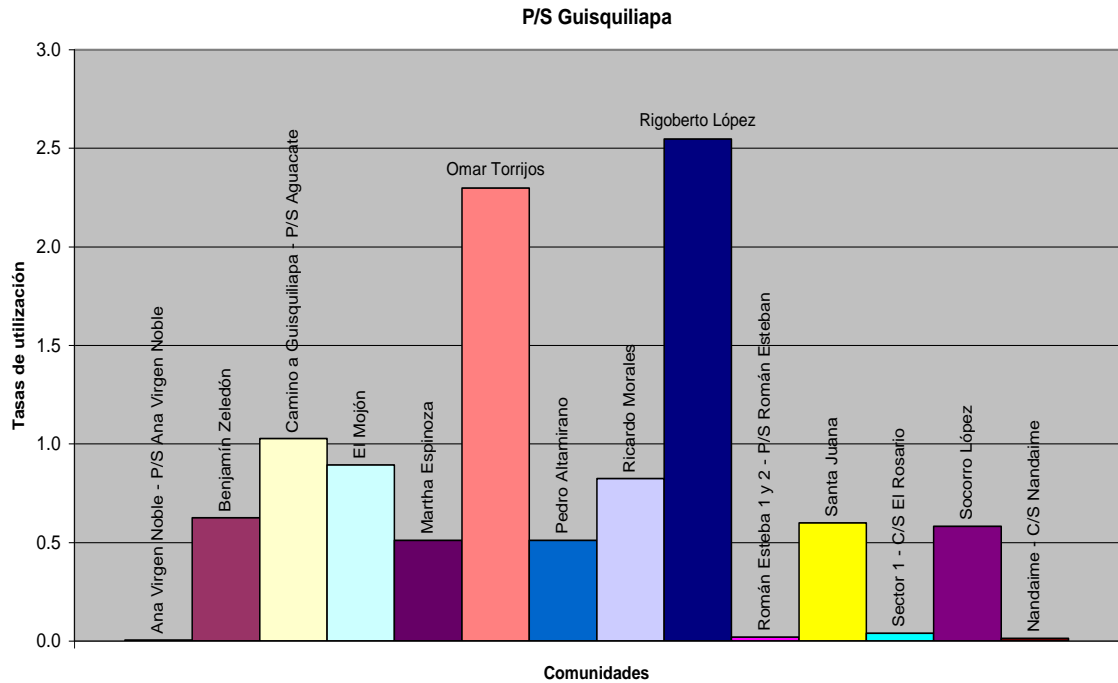
Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006



Fuente: Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de San Marcos.

Gráfico No. 18

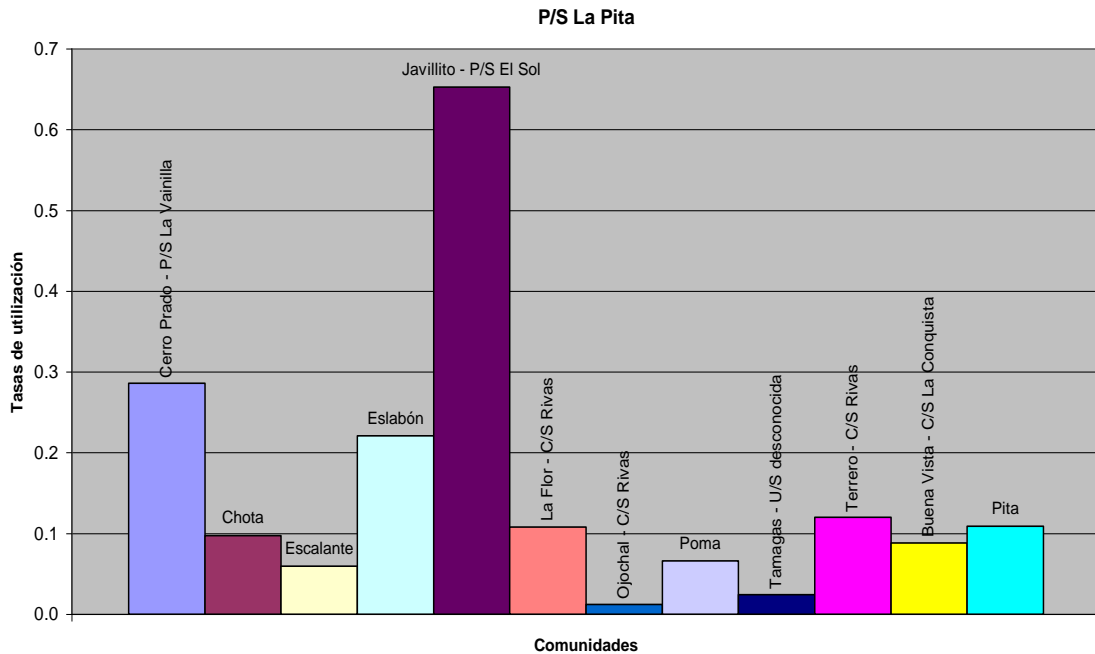
Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006



Fuente: Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de Jinotepe.

Gráfico No. 19

Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006

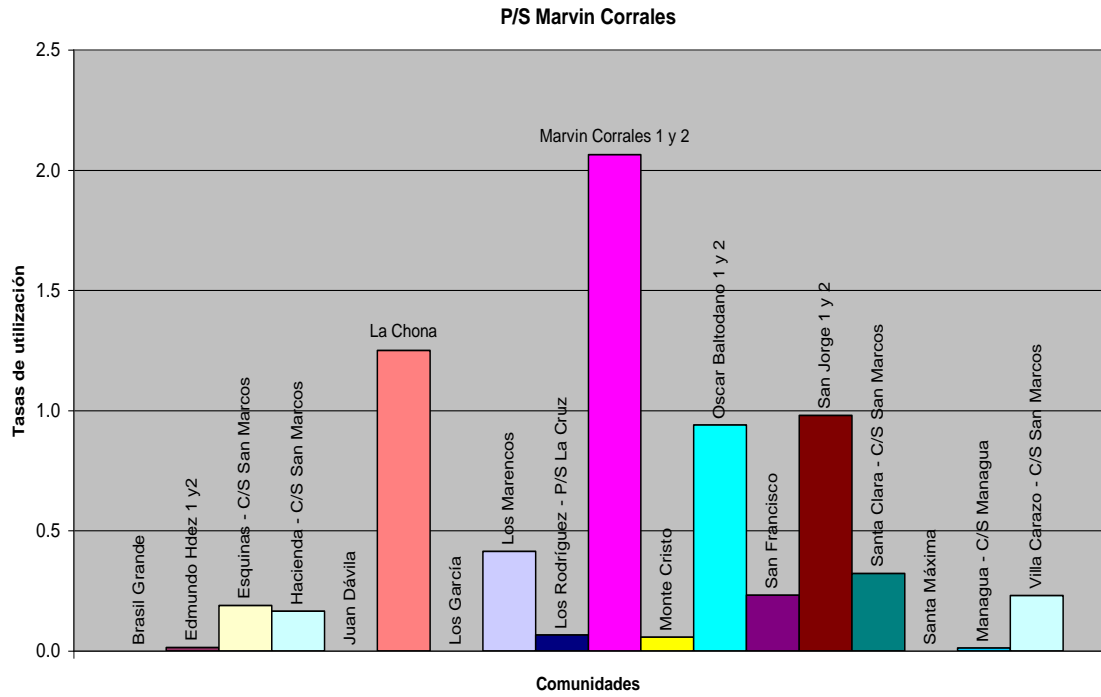


Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de Santa Teresa.

Fuente:

Gráfico No. 20

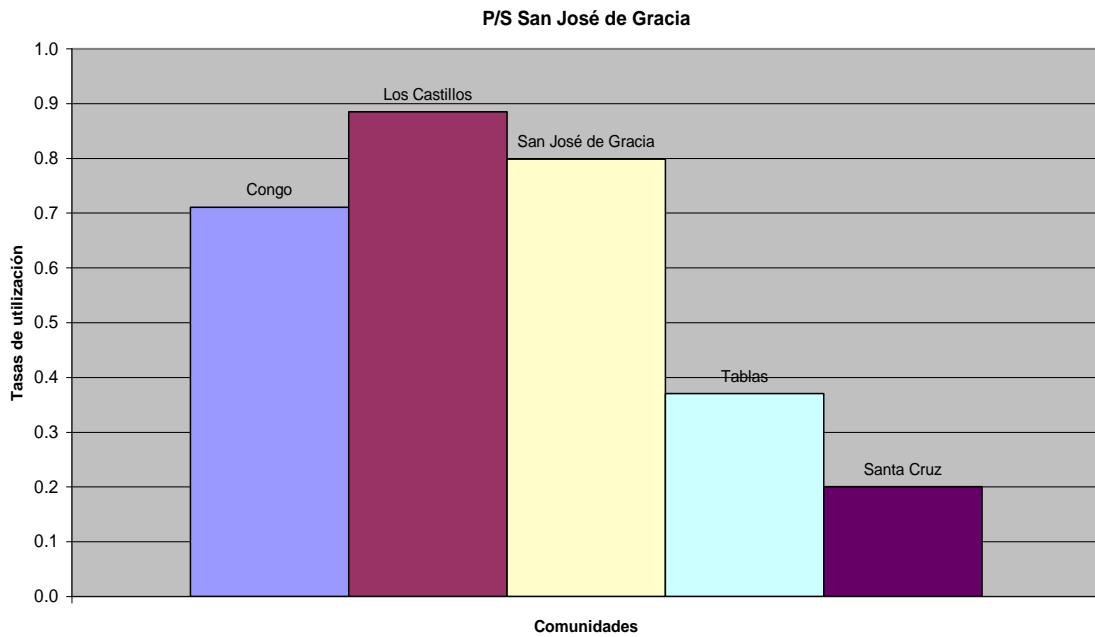
Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006



Fuente: Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de San Marcos.

Gráfico No. 21

Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006

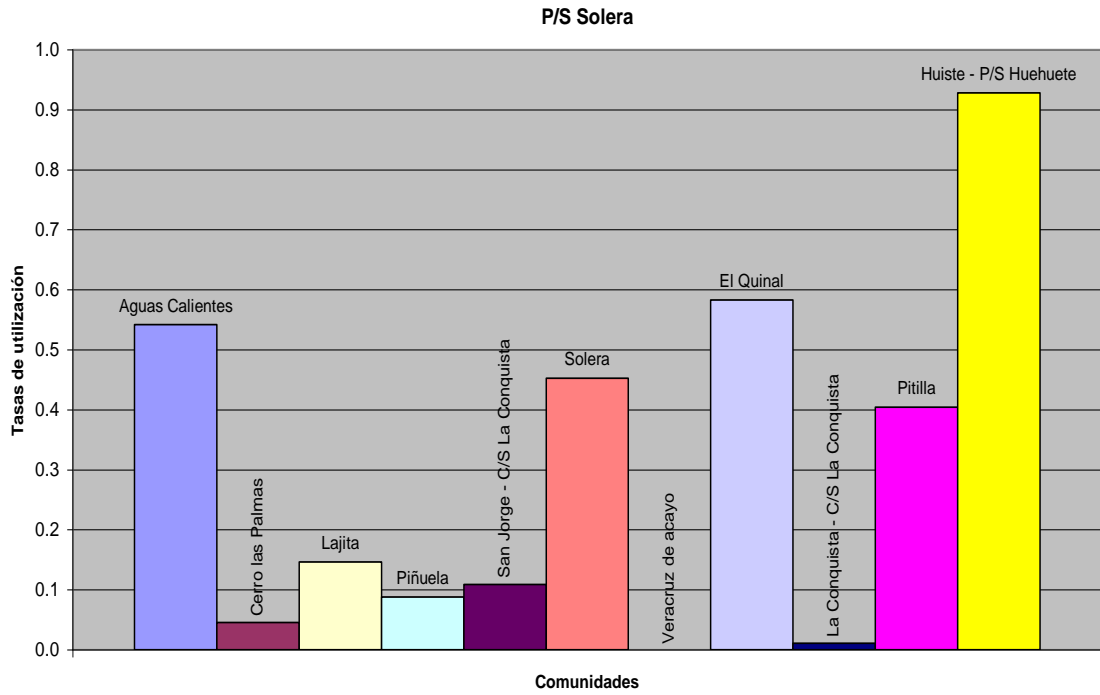


Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de Santa Teresa.

Fuente:

Gráfico No. 22

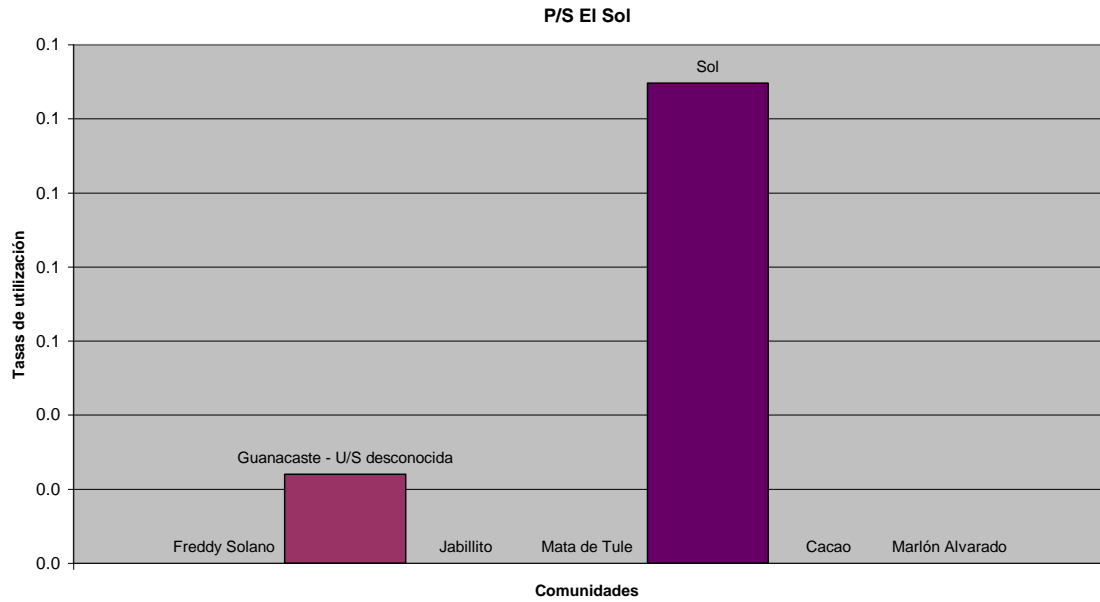
Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006



Fuente: Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de Santa Teresa.

Gráfico No. 23

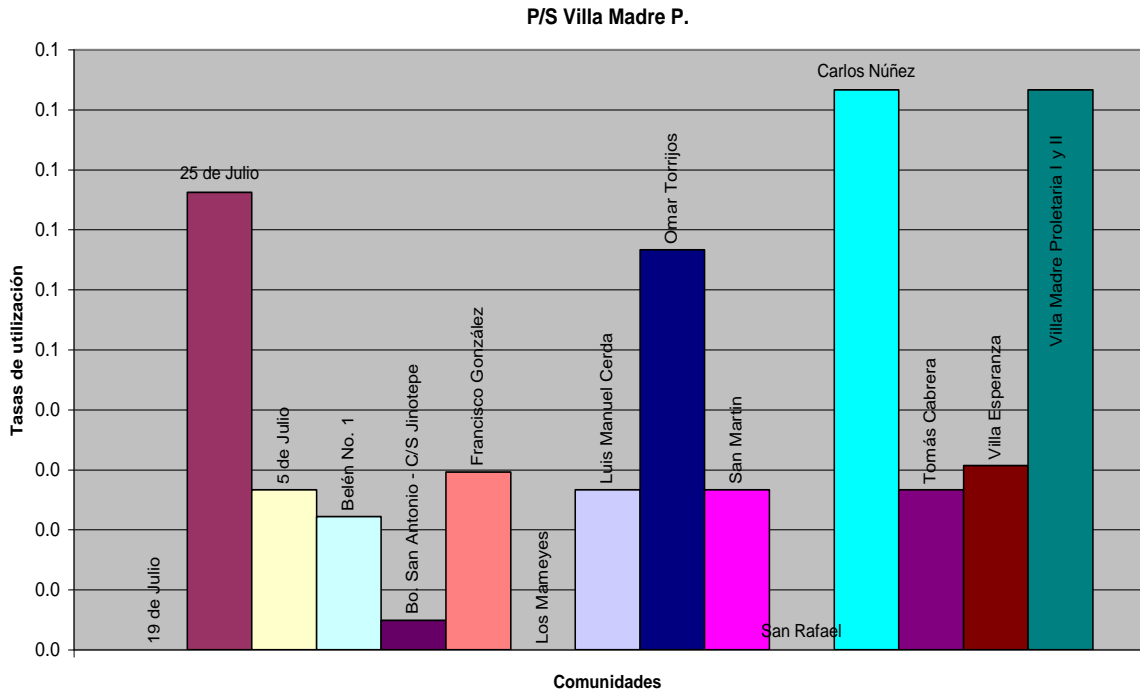
Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006



Fuente: Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de Santa Teresa.

Gráfico No. 24

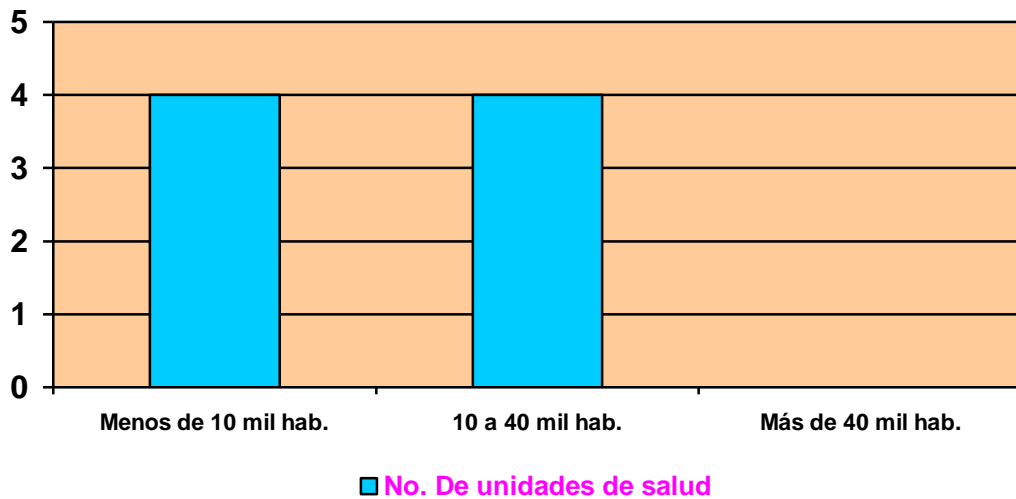
Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006



Fuente: Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de Jinotepe.

Gráfico No. 1

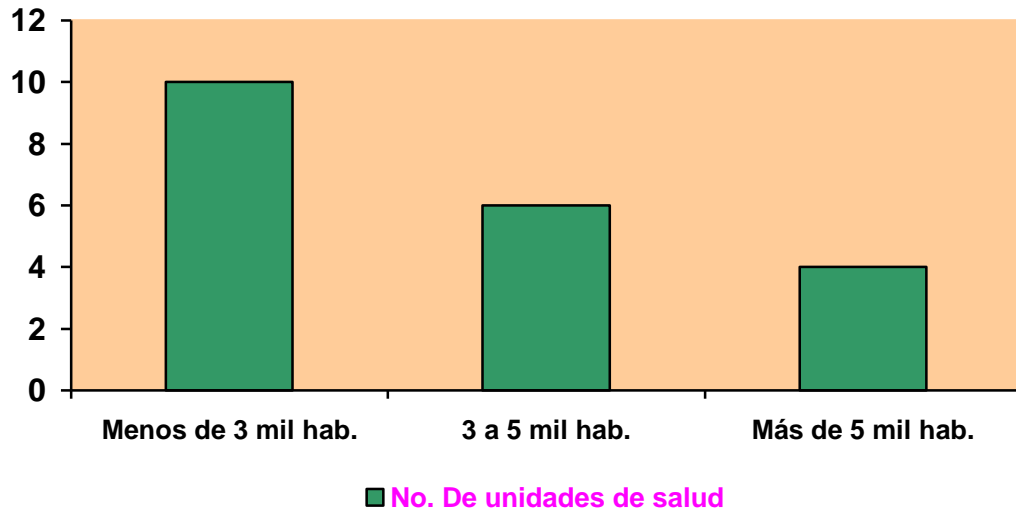
Asignación de población a Centros de Salud, SILAIS Carazo, I Semestre 2006.



Fuente: Estimaciones de población 2006, División de Planificación y Desarrollo del MINSA.

Gráfico No. 2

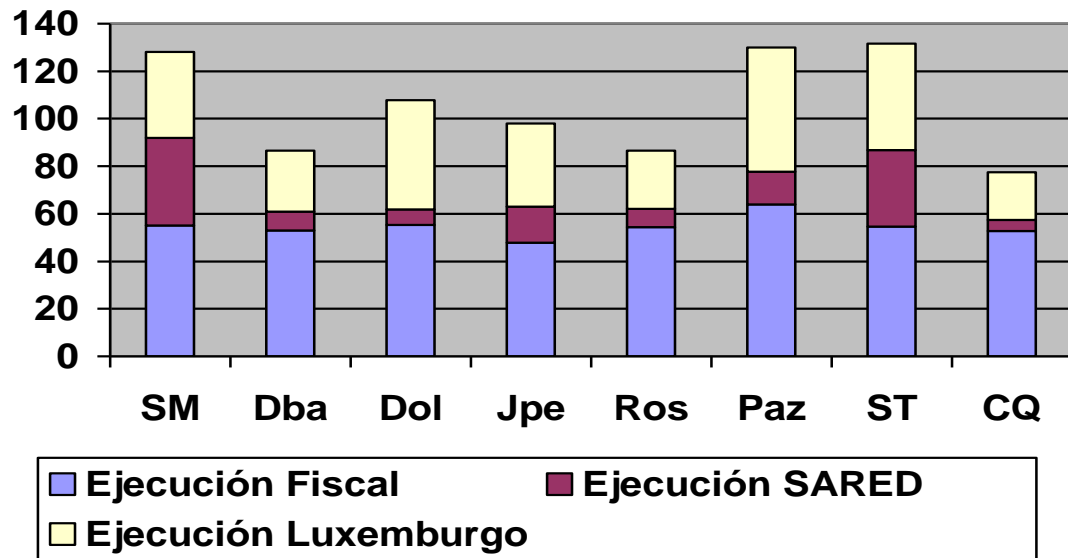
Asignación de población a Puestos de Salud, SILAIS Carazo, I Semestre 2006.



Fuente: Estimaciones de población 2006, División de Planificación y Desarrollo del MINSA.

Gráfico No. 3

Ejecución Financiera de unidades de salud por municipio y fuente de financiamiento, I Semestre 2006

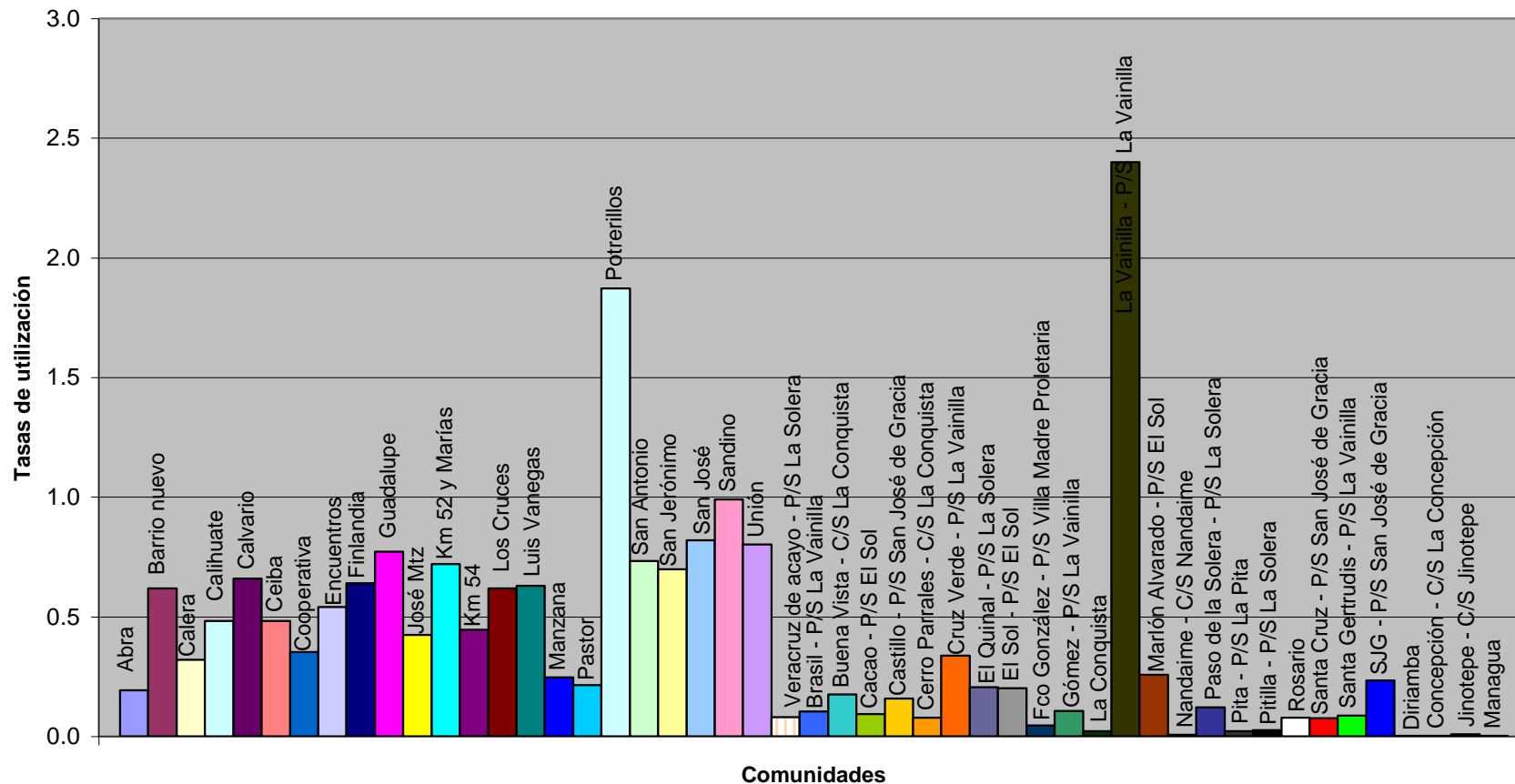


Fuente: Contabilidad de la sede SILAIS Carazo.

Gráfico No. 4

Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006

C/S Santa Teresa

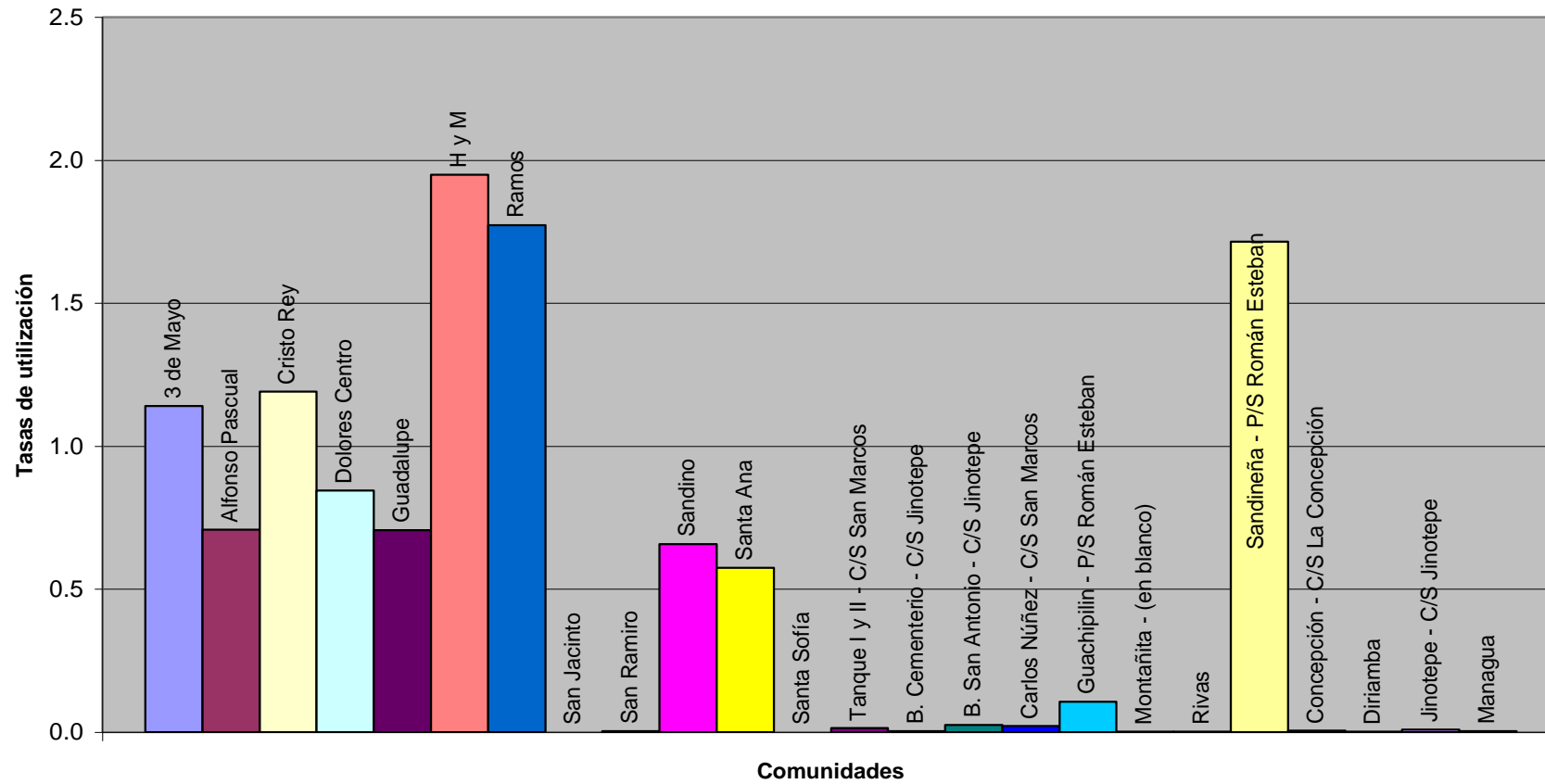


Fuente:

Gráfico No. 5

Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006

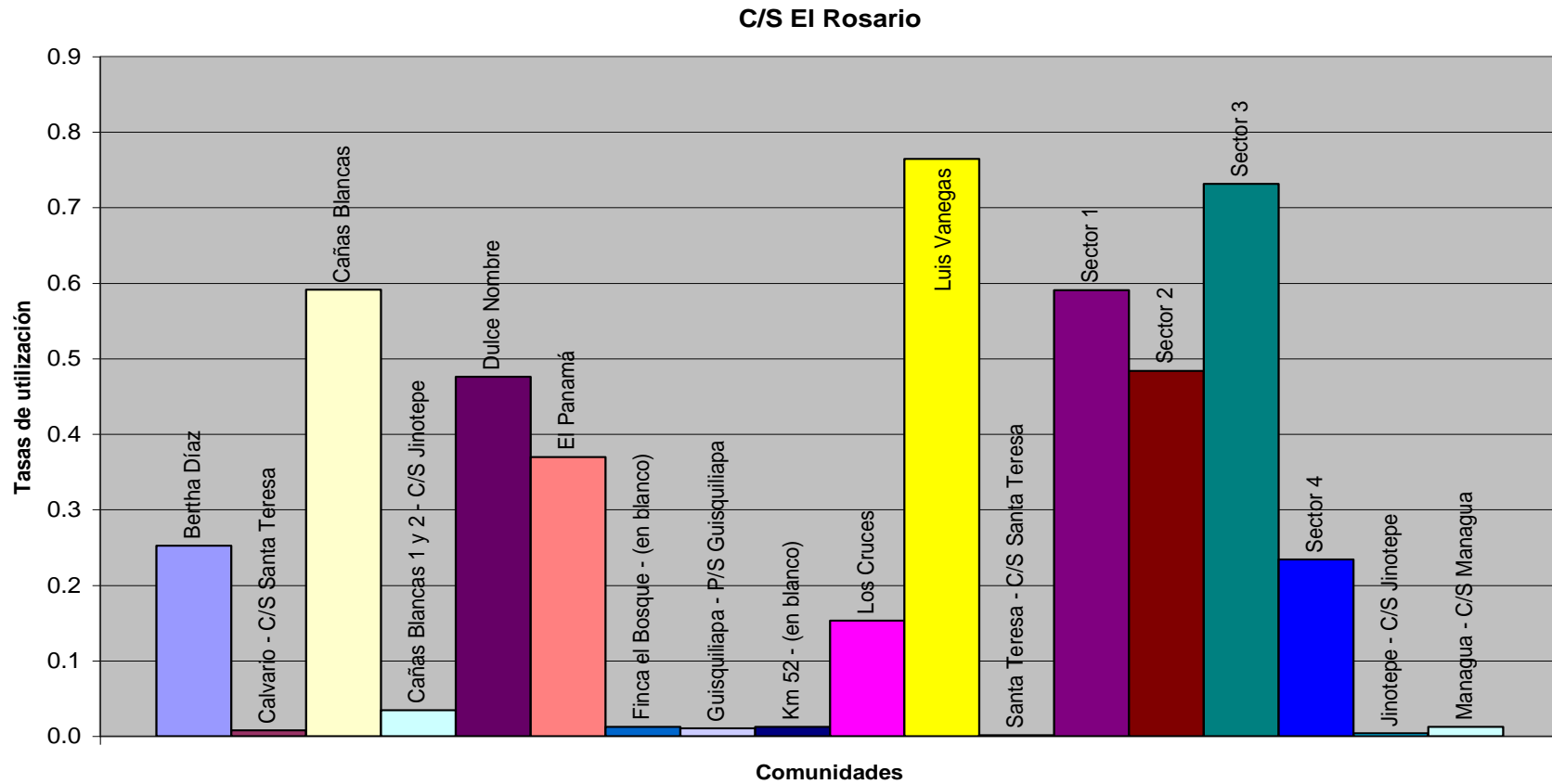
C/S Dolores



Fuente: Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de Dolores

Gráfico No. 6

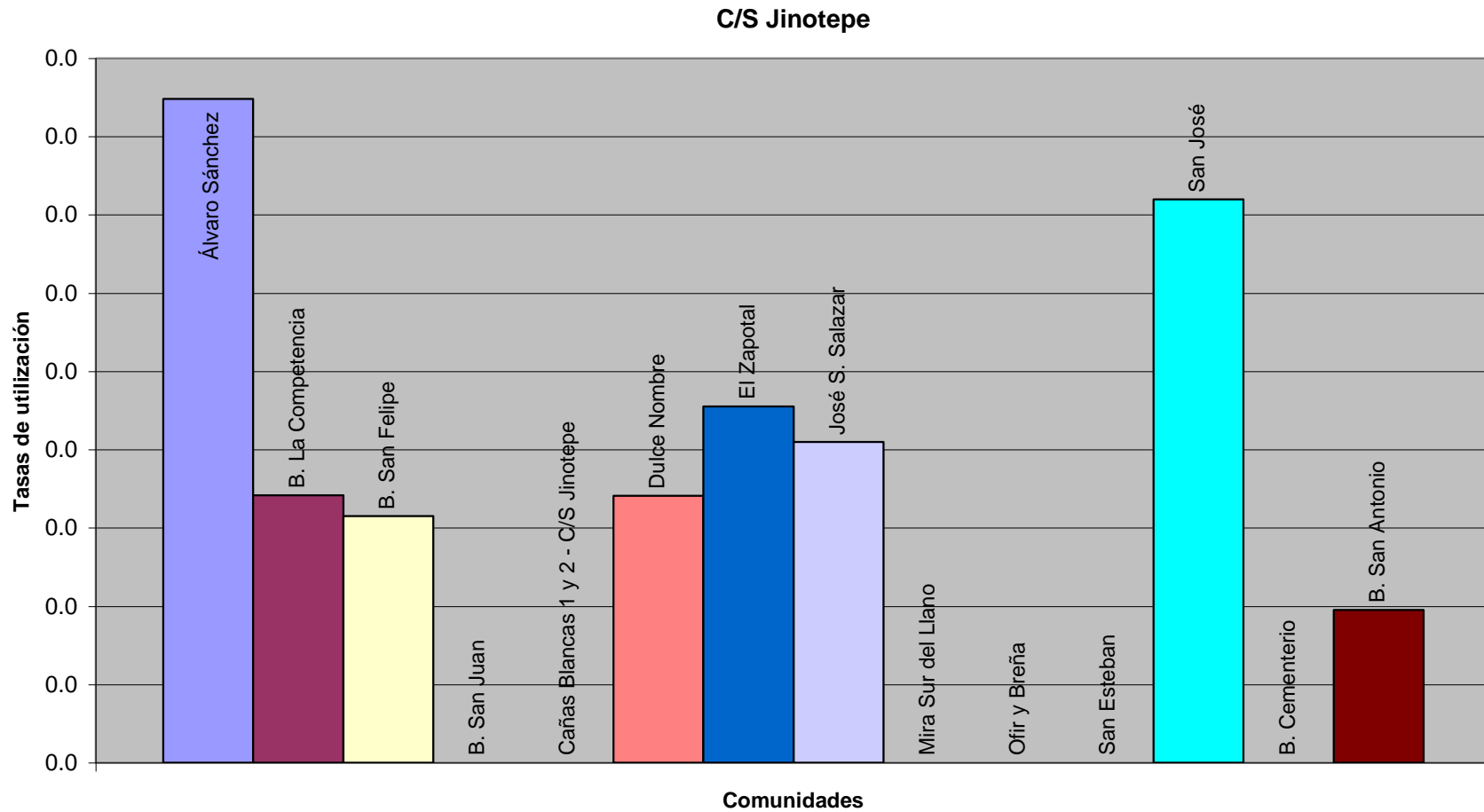
Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006



Fuente: Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de El Rosario.

Gráfico No. 7

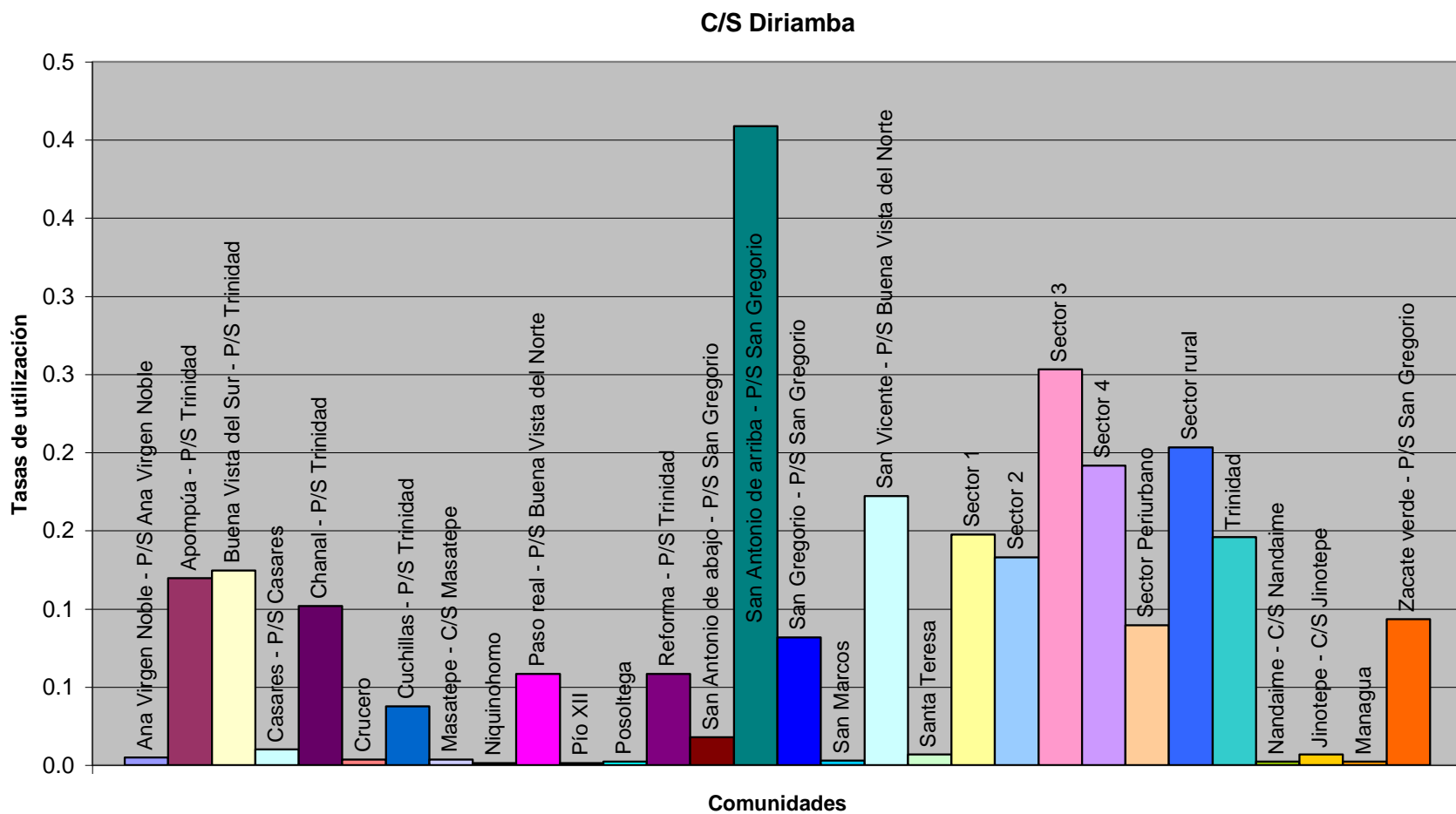
Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006



Fuente: Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de Jinotepe.

Gráfico No. 8

Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006

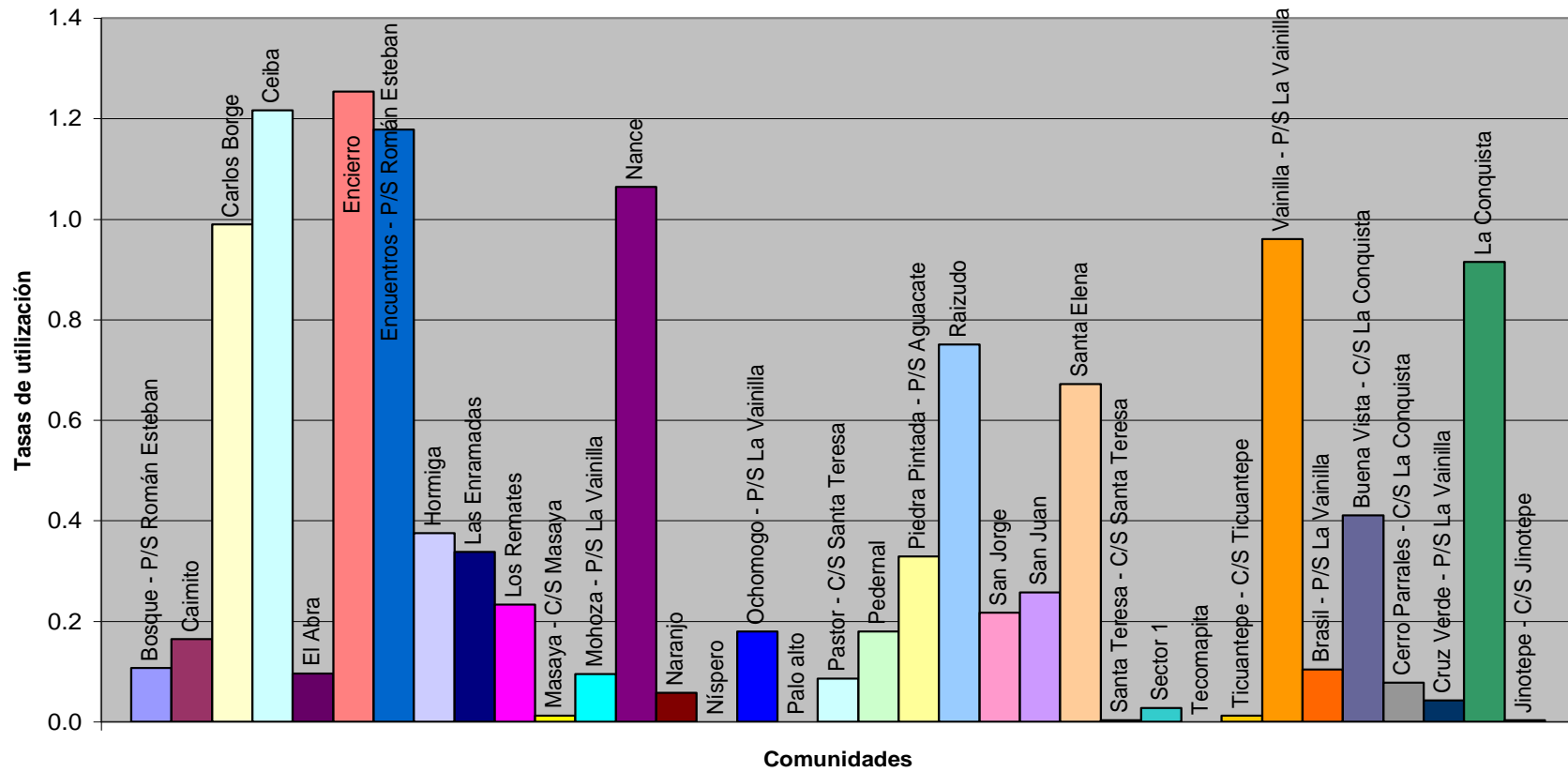


Fuente: Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de Diriamba.

Gráfico No. 9

Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006

C/S La Conquista

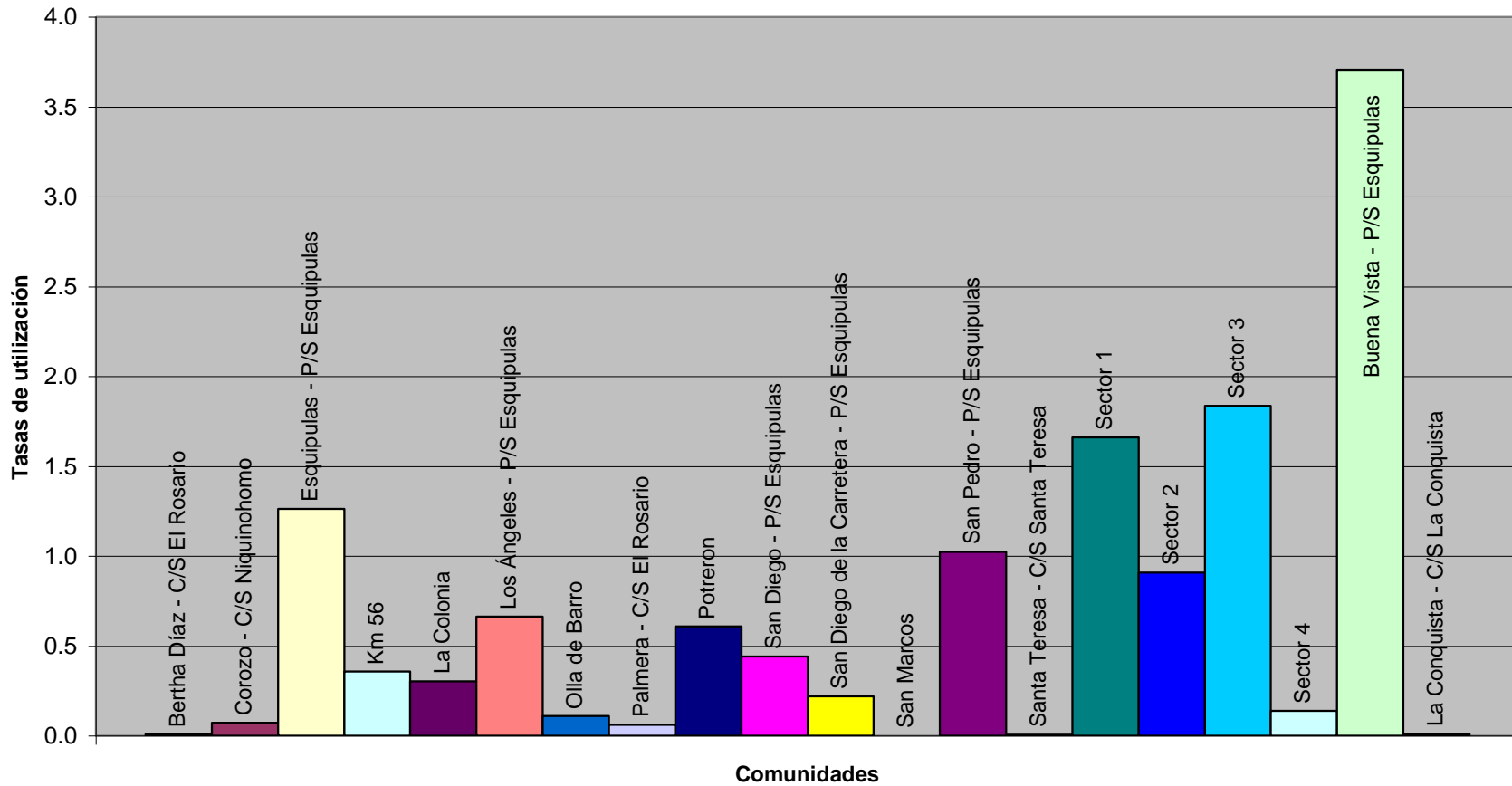


Fuente: Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de La Conquista.

Gráfico No. 10

Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006

C/S La Paz

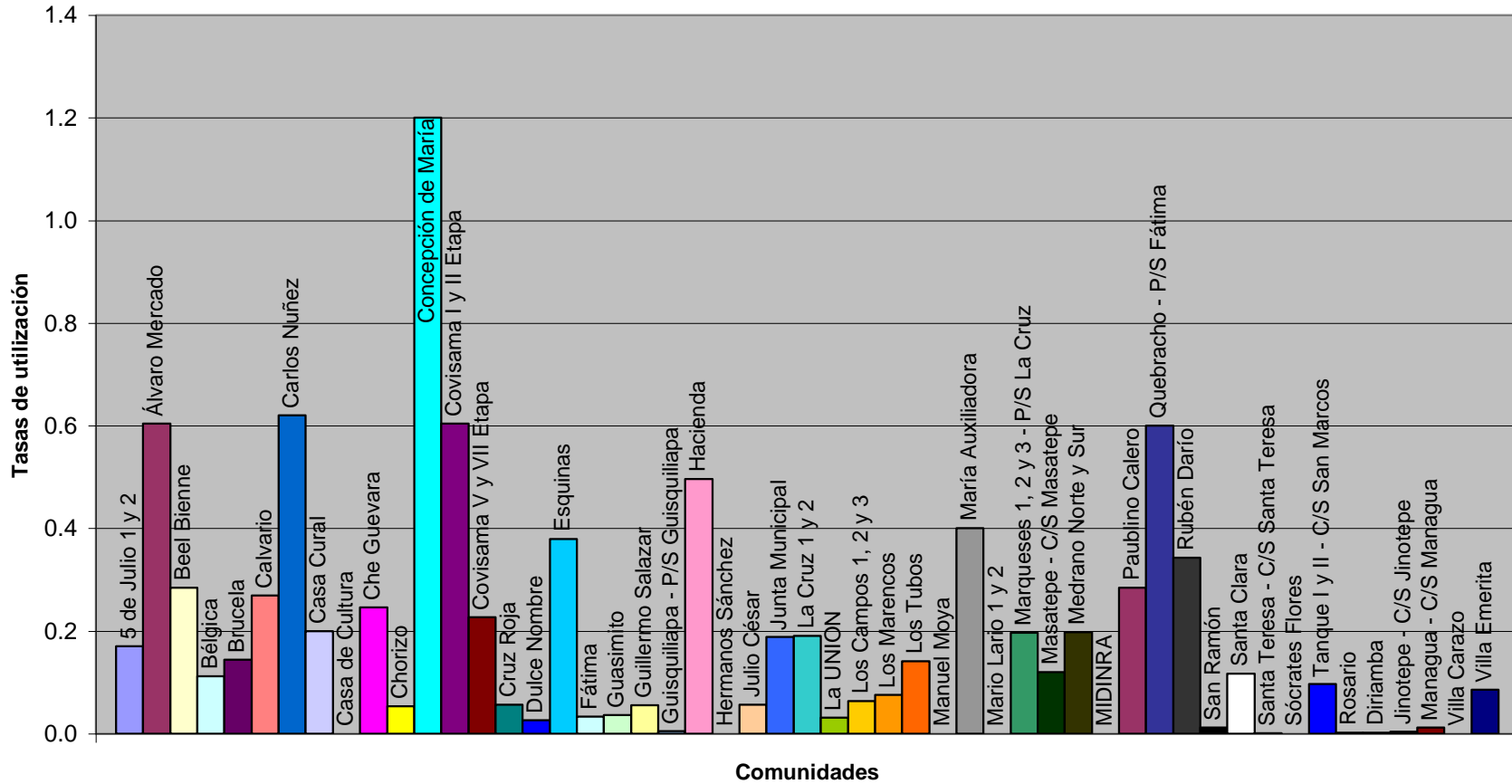


Fuente: Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de La Paz.

Gráfico No. 11

Utilización de las unidades de salud por las comunidades/ SILAIS Carazo, I Semestre 2006

C/S San Marcos



Fuente: Hojas de atención ambulatoria de morbilidad del mes de Junio 2006, Estadística del Centro de Salud de San Marcos.