



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



**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**Actitud de los trabajadores de salud hacia
el Nuevo Modelo de Atención en cinco
Centros de Salud del SILAIS Managua,
Noviembre 2004 – Marzo 2005.**

ALUMNOS: Elizabeth Altamirano Urbina MD
Joaquín Antonio Argüello Solís MD

TUTOR: Dr. Guillermo González MD MPH
Gerente en Servicios de Salud

Managua, Agosto 2006

CONTENIDO

Agradecimientos	-----	i
Resumen	-----	ii -iii

CAPITULO		# Pagina
I.	INTRODUCCIÓN	----- 1
II.	ANTECEDENTES	----- 2-3
III.	JUSTIFICACIÓN	----- 4-5
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	----- 6
V.	OBJETIVOS	----- 7
VI.	MARCO TEORICO	----- 8-26
VII.	DISEÑO METODOLOGICO	----- 27-35
VIII.	RESULTADOS	----- 36-39
IX.	DISCUSIÓN	----- 44-54
X.	CONCLUSIONES	----- 55-56
XI.	RECOMENDACIONES	----- 57-58
XII.	BIBLIOGRAFÍA	----- 59-62
	ANEXOS.	----- 63

AGRADECIMIENTOS

A todos los trabajadores de la salud del SILAIS Managua que participaron en este estudio, les agradecemos por su espontánea y voluntaria colaboración.

A todos los Directores de Centros de Salud participantes por haber apoyado la ejecución del estudio.

A los expertos que brindaron sus oportunos y certeros aportes.

Al Proyecto de Rehabilitación de Servicios de Atención Primaria y Fortalecimiento del SILAIS Managua” (FORSIMA - Unión Europea); por su cooperación técnica y logística.

Especialmente para nuestras familias quienes prescindieron de muchas horas de nuestra compañía, dedicados a la ejecución del estudio.

Dra. Elizabeth Altamirano Urbina

Dr. Joaquín Arguello Solís

RESUMEN

El presente estudio determinó la actitud de los trabajadores de salud hacia el Nuevo Modelo de Atención (NMA) que se implantó en cinco Centros de Salud del SILAIS Managua, describiéndose sus características laborales y sociodemográficas, y la relación de las mismas con la actitud hacia el Nuevo Modelo de Atención. La muestra incluyó a 166 recursos de salud del SILAIS Managua que participaron en el proceso de inducción del Nuevo Modelo de Atención, seleccionados aleatoriamente y distribuidos en seis subgrupos: gerentes de salud del SILAIS y Unidades de Salud, recursos técnicos del SILAIS, médicos y enfermeras y dirigentes sindicales, a los cuales se les aplicó una escala psicosocial tipo Likert para la medición de la actitud, que incluyó planteamientos basados en los atributos del Nuevo Modelo de Atención. Se utilizó además la técnica de grupos focales para reforzar los resultados cuantitativos del estudio y cuyas preguntas se relacionaron con los planteamientos de la escala tipo Likert.

El estudio demostró que los trabajadores mayores de 50 años de edad, las mujeres y los de educación primaria así como los sindicalistas y médicos, tienen actitudes más favorables hacia el Nuevo Modelo de Atención, determinándose además que a mayor antigüedad laboral, la actitud es más favorable. La orientación final de la actitud en los trabajadores que participaron en el estudio fue favorable, con mayor intensidad en el componente cognitivo dado que este se relaciona con los conocimientos de los trabajadores hacia el NMA, lo que también se demostró con las opiniones de los participantes en los grupos focales.

En la implementación del NMA, es necesario el fortalecimiento de campañas de Marketing, la promoción de intercambio de experiencias entre los recursos de salud, así como el monitoreo frecuente y el desarrollo de un clima organizacional.

I. INTRODUCCIÓN.

Los recursos humanos son el factor clave en toda organización, en ellos se cimientan los valores personales e institucionales que servirán de soportes para el éxito o fracaso de sus metas.

El ser humano tiene una estructura moral con valores que orientan su actuar; en nuestro caso los trabajadores y gerentes de la salud que laboran en el Ministerio de Salud, tienen la gran responsabilidad moral y social de ejercer sus funciones en la prestación de los servicios de salud, basadas en principios humanos.

En el marco de mejorar los beneficios del sector social, para el caso la salud de la población; este sector se encuentra en una situación de difícil transición, con una limitada capacidad financiera, donde la mejora en la equidad, la eficiencia y la calidad dependerá en gran medida del capital humano del que dispone, así como de su tecnología.

La población nicaragüense, carente de suficientes beneficios sociales requiere que las instituciones del sector salud le proporcionen servicios de salud humanizados, con equidad y eficiencia; para facilitar la satisfacción de esta demanda de la población, la Ley General de Salud (Ley No. 423) plantea la organización de un nuevo modelo de atención, así como la integración de los diferentes subsistemas (públicos, privados y comunitarios).

Desde esta perspectiva, el SILAIS Managua ha desarrollado transformaciones organizativas para una mejor provisión de los servicios en los centros de salud y de esta manera hacer factible la implantación del Modelo de Atención Integral en Salud en los mismos.

II ANTECEDENTES

En los países en vías de desarrollo surgen las reformas sectoriales en salud en respuesta al fracaso de las políticas de desarrollo de los años 60 y 70; lo cual fue determinado por la falta de organización social, dependencia externa, deficiencia en la conducción, desigualdad social y falta de generación de recursos.

En 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS), lideró la estrategia de “Atención Primaria en Salud” basada en los principios de justicia social, la cual enfatizaba la promoción y prevención, la participación social, cooperación intersectorial y autosostenibilidad.

Es hasta los años 90 cuando se dio inicio a Reformas del Sector Salud con un enfoque economicista, enfatizando en los temas de efectividad, eficiencia y calidad pero perdiendo la noción en el importante tema de la equidad, que incluye la participación social y la justicia como principios.

En América Latina, países como Colombia, Chile, Argentina y Bolivia han avanzado en los últimos años en la implantación de las reformas, contribuyendo con sus experiencias exitosas o fallidas en el diseño de la misma para otros países de la región.

La Primera cumbre de las Américas, realizada en Miami en 1994 reflejó el creciente interés en reformar los sistemas de salud e hizo un llamado a mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud.

En Nicaragua la reforma del sector salud, ha tenido varias etapas y la mas reciente dio inicio en 1991 con la creación de los Sistema Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS); cuyos objetivos de equidad y eficiencia en el Sistema Nacional de Salud implicaba la separación de funciones de rectoría, financiamiento y provisión de los servicios.

Esta reforma persiste hasta la fecha y se está adecuando a los cambios políticos, sociales y económicos que el país experimenta; como parte de estas reformas se incluye el desarrollo del Modelo de Atención Integral a la Mujer y a la Niñez a partir de 1995, cuyo marco conceptual se enfoca la atención de la mujer y la niñez, dirigido a romper verticalismos y programas parcelados, reducir oportunidades perdidas, aumentar coberturas de atención, optimizar los recursos humanos, materiales y financieros, fortalecer los procesos de Modernización del Estado, introducir nuevos enfoques de atención a grupos priorizados y facilitar la participación activa de la comunidad. Sin embargo, con este modelo no se logró la integralidad, quedando enmarcado en la atención a la mujer y la niñez, incorporándose posteriormente la atención a los y las adolescentes.

Las investigaciones encontradas que documentan los procesos de reformas del sector salud en los últimos veinte años se han centrado en el funcionamiento y en la organización de la atención de la salud.

Por otra parte la evaluación ha sido orientada al proceso, descuidando los aspectos de gobernabilidad, equidad y participación social.

En nuestro medio no encontramos ningún estudio de los aspectos antes mencionados así como de las actitudes de los trabajadores de la salud respecto a la implantación de Nuevos Modelos de Atención basados principalmente en las reformas del sector, que sirvieran de referencia para la realización de la presente investigación.

III JUSTIFICACIÓN

Todas las personas tienen derecho a la salud como un bien inherente a su condición humana y necesaria para garantizar su existencia, tienen derecho a acceder a servicios de salud eficiente, equitativa y de calidad, que ayuden a conservar o recobrar su salud.

Basados en este derecho, el Estado tiene la responsabilidad de brindar salud a la población como una obligación ineludible lo cual está establecido en la Constitución Política del país concretado por la Ley General de Salud.

El cumplimiento de estas obligaciones se ve obstaculizado por el alto costo que representa satisfacer las demandas de la población por lo que los servicios de salud siempre serán insuficientes.

Sin embargo, se cuenta con los recursos humanos que son considerados elementos muy importantes en el desarrollo organizacional y que son decisivos para el éxito o fracaso de cualquier organización, sobre todo cuando se habla de cambios. En este sentido las actitudes que demuestren estos miembros de la organización ante los procesos de implantación de un Nuevo Modelo de Atención, se convierten en elementos facilitadores u obstaculizadores de los mismos.

La importancia de esta investigación radica en aportar conocimientos sobre las actitudes de los trabajadores y gerentes, de los Centros de Salud Pedro Altamirano, Francisco Buitrago, Villa Libertad, Ciudad Sandino y Carlos Rugama del SILAIS Managua; con relación a la implementación de un Nuevo

Modelo de Atención, el que posibilite mejorar la provisión de servicios de salud, tomando en cuenta que estos centros representan el 25% del total existentes en Managua y van a demostrar la validez del modelo para aplicarse en el resto de los centros de salud.

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el proceso de cambio en la modalidad de atención de los Centros de Salud, se espera contar con la participación activa y consciente de los recursos humanos para garantizar su éxito.

En toda transformación organizacional se presentan situaciones que pueden facilitar u obstaculizar su desarrollo, muchas de las cuales dependen de la actitud de los miembros de la organización. Por ello se realizó el presente estudio, cuyos resultados consideramos serán de utilidad para la toma de decisiones oportunas en la implantación del Nuevo Modelo de Atención en los centros de salud del SILAIS Managua, partiendo de las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las actitudes de los gerentes, técnicos de salud, personal de atención directa y sindicalistas del Primer Nivel de Atención del SILAIS Managua, hacia el Nuevo Modelo de Atención que se pretende desarrollar en los centros de salud del SILAIS Managua?

El personal de salud ha comprendido la importancia de su participación en el proceso de cambio que se plantea?

Algunos de los recursos de salud principalmente los de atención directa, ven en el cambio la oportunidad de mejorar su desempeño técnico y profesional?

V OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la actitud de los trabajadores de salud hacia el Nuevo Modelo de Atención implantándose en cinco Centros de Salud del SILAIS Managua, Noviembre 2004 a Marzo 2005.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y laborales de los trabajadores de salud seleccionados en el estudio.
2. Determinar la actitud de los trabajadores de salud hacia el nuevo modelo de atención, según sus características sociodemográficas
3. Determinar la actitud de los trabajadores de salud hacia el nuevo modelo de atención, según sus características laborales.
4. Determinar la influencia de las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual de los trabajadores de salud en la actitud de los mismos hacia el Nuevo Modelo de Atención.

VI MARCO TEORICO

Uno de los mayores atractivos del tema de las actitudes es conocer qué son, cómo se forman, cómo cambian y cómo se relacionan con el comportamiento y con la posibilidad de influencia y control de las conductas individuales y colectivas. El término actitud es hoy muy utilizado, y en un lenguaje usual se entiende como una postura que expresa un estado de ánimo o una intención, o, de una forma más general, una visión del mundo.

La preocupación por el estudio de las actitudes se remonta a 1862, cuando Spencer parece que por primera vez utilizó el término “actitud” en el sentido que posteriormente se consolidó en Psicología Social.(5) Según Spencer “nuestros juicios sobre asuntos opinables, sean o no correctos, dependen en buena parte de la actitud mental con que escuchamos al interlocutor o participamos en la disputa, y para preservar una actitud correcta es necesario que aprendamos en qué grado son verdaderas y al mismo tiempo erróneas las creencias humanas en general”.

El concepto “actitud” fue introducido en Psicología Social por Thomas y Znaniecki en su famoso estudio sobre los campesinos polacos que residían en Polonia y en Estados Unidos de Norteamérica. El concepto central de esta obra es el “valor social”, conjunto de creencias, normas, etc., elaboradas por un grupo social y compartidos por sus miembros y que orientan a los sujetos en el mundo social. (5) Las actitudes reflejan los aspectos comunes compartidos por ellos y que los diferencian de otros grupos sociales.

A partir de este estudio la Psicología Social, con unos u otros matices, entiende las actitudes como forma de relación de un sujeto con un objeto social, entendiendo por objeto social tanto personas, situaciones sociales como problemas sociales.

Otra definición es la de Ander-Egg (1995) la cual hace referencia a la actitud como “una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones”. Este autor señala la diferencia de este concepto con el de opinión, la cual constituiría “posición mental consciente, manifiesta sobre algo o alguien, que no implica disposición a la acción”.

Estructura de las actitudes

Pese a la diversidad de las definiciones, existen dos importantes conceptualizaciones o modelos de actitud: (6)

a) Modelo Unidimensional, el cual consiste en enfatizar el componente evaluativo de la actitud, utilizando el término para referirse “a un sentimiento general, permanentemente positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema”.

Dentro de este modelo es importante diferenciar el concepto actitud del concepto de creencia y de intención conductual: la actitud representa las reacciones afectivas relacionadas con el objeto de actitud; las creencias se reservan para las opiniones que el sujeto tiene acerca del objeto de actitud, la información, conocimiento o pensamientos que alguien tiene sobre el objeto de actitud y la intención conductual hace referencia a la disposición a comportarse de alguna forma con respecto al

objeto de actitud. Esta disposición para la conducta no implica necesariamente que la conducta sea de hecho ejecutada.

b) Modelo Multidimensional o de los tres componentes: la actitud se entiende como “una predisposición a responder a alguna clase de estímulos con cierta clase de respuestas”.

Existen tres componentes de la actitud:

◆ Componente Afectivo, considerado como el componente fundamental de la actitud, donde conocido un objeto es posible y probable que se asocien con sentimientos de agrado y desagrado a tal conocimiento, especialmente si los referentes son de alguna importancia (interés, valor) para el sujeto. Una de las formas más usualmente consideradas, por la que los objetos adquieren carga afectiva, es el condicionamiento (experiencia), pero también la reflexión puede serlo.

◆ Componente cognitivo, es considerado la introducción al fundamento principal de la actitud. Podrán ser más o menos erróneos, o muy parciales, los conocimientos que una persona tiene de un objeto, pero por sí mismos son suficientes para fundamentar una actitud.

◆ Componente conativo o comportamental. Hacen referencia a intenciones conductuales o tendencias de acción con relación a un objeto actitudinal. Es el aspecto dinamizador de la actitud. Se trata de una consecuencia de la conjunción de los dos componentes anteriormente descritos.

Es posible que en una actitud haya más cantidad de un componente que de otro. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la

expresión de los sentimientos. Algunos psicólogos afirman que las actitudes sociales se caracterizan por la compatibilidad en respuesta a los objetos sociales.

Formación de la Actitud:

Según el paradigma del aprendizaje, nosotros asociamos determinados objetos a emociones de agrado o desagrado (aprendizaje de valores). Existen otros aprendizajes en los cuales asociamos la contigüidad espacial o temporal de estímulos, relaciones causa-efecto, etc., los cuales constituirían aprendizajes de creencias. Ahora, si a un aprendizaje primitivo en que se le asigna una valoración a un objeto se le suma otro aprendizaje de creencia sobre el objeto que le esté relacionado, diremos que se ha producido una actitud, ya que, pese a que el último aprendizaje sólo tiene relación con información de tipo interraccional entre objetos externos, se le agrega un matiz afectivo que lleva al sujeto a buscar o rechazar el objeto.

Es muy importante para la formación de actitudes las experiencias que haya tenido el sujeto con el objeto mismo o con las categorías cognoscitivas que el individuo se le asigna al objeto. (5)

Características de las Actitudes.

Agrupando algunos de los elementos comunes que aparecen en las definiciones seleccionadas con anterioridad, vamos a destacar las principales características de las actitudes.

1ª. Conjunto organizado de convicciones o creencias (componente cognitivo): Las actitudes suelen presentarse como un conjunto sistemático de creencias, valores, conocimientos, expectativas, etc., que está organizado y cuyos componentes tienen una congruencia o consistencia entre sí.

2ª. Predisposición o tendencia a responder (componente conductual) de un modo determinado: es una de las características más importantes de la actitud. Aunque no exista una implicación directa entre actitud y conducta, normalmente una actitud positiva/negativa hacia algo implica un comportamiento congruente (consistente) con la actitud subyacente.

3ª. Predisposición favorable o desfavorable hacia el objeto de actitud: La actitud tiene un componente afectivo-emocional (sentimientos positivos/negativos), por lo que la actitud va acompañada de carga afectiva.

4ª. Carácter estable y permanente. La estabilidad indica que las actitudes son un conjunto consistente de creencias y actos. Esto no implica que no pueda cambiar, por el contrario, pueden crecer, deteriorarse o desaparecer por factores externos o internos.

5ª. Las actitudes son aprendidas; se adquieren, principalmente, por procesos de socialización, aunque parece que en principio su modo de aprendizaje guarda caracteres específicos frente a otro tipo de aprendizajes. Intervienen en este aprendizaje factores ambientales, sociales y familiares, los medios de comunicación, grupos, la personalidad.

6ª. Las actitudes desempeñan un papel dinamizador en el conocimiento y en la enseñanza: se suele tender a conocer aquello hacia lo que se tiene una actitud positiva y a no prestar atención a los objetos, situaciones, o personas asociadas a elementos negativos.

7ª. Las actitudes son transferibles. Se pueden generalizar y transferir en diferentes situaciones y de diversos modos.

Medición de la actitud.

Medir las actitudes es complejo porque estas son la mediación entre sentimientos, conocimientos e intenciones conductuales, las cuales confluyen en determinados comportamientos; por ello no se mide directamente, sino que se infieren a partir de conocer la conducta individual o trivial. Sin embargo, la mayor parte de los métodos usados para medir actitudes se basan en el supuesto de que las actitudes pueden ser evaluadas por medio de las opiniones o creencias hacia los objetos de actitud.

Para medir la actitud se utilizan escalas, las cuales son “instrumentos de las Ciencias Sociales para observar y medir características muy diversas de los fenómenos sociales”. Estas escalas se basan, generalmente, en las respuestas que el sujeto da una serie graduada de ítems, señalando cuales de aquellos son los que agrada o prefiere.

Existen varios tipos de escalas, como las de ordenación de punto, clasificación directa, comparaciones binarias, las de intensidad y las de distancia social; pero las más formalizadas son las Thurstone, Guttman y Likert. Esta última escala, es la que se utilizó para la construcción del instrumento para medir

actitudes y sus características serán detalladas en la sección dedicada a la construcción del instrumento.

El autor de la escala de Likert, parte del supuesto de que una actitud debe ser definida como “disposiciones de los sujetos hacia una acción manifiesta”. Además asume una serie de principios:

1) Es posible estudiar dimensiones de actitud a partir de un conjunto de enunciados que actúan como reactivos para los sujetos.

2) Los sujetos pueden situarse en las variables de actitud desde el punto más favorable al más desfavorable.

Las escalas están formadas por ítems de tipo cognitivo (ideas y creencias), ítems afectivo (sentimientos y afectos) e ítems conductuales (actitud manifiesta).

El cambio de actitud:

El cambio de actitud de las personas depende de tres variables fundamentales: las características del comunicador, la naturaleza del mensaje y la condición de la audiencia. (6)

El comunicador puede tener una de tres tareas: producir una actitud, cambiar una existente o incrementar su intensidad. Para crear una actitud hacia un objeto se centra en la premisa de valor que sabe que el auditorio posee y tratará de señalar en que medida el objeto secunda o contraría ese valor.

En el caso que se quiera invertir el signo de una actitud, se intentará desacreditar la premisa de valor que secundaba la

actitud de inicio o unirá otros valores con los conocimientos en relación a la creencia.

Si, por último el comunicador desea aumentar la fuerza de una actitud, lo podrá hacer incrementando la importancia de la premisa de valor constitutiva de la actitud o señalando otros valores que se logran con la expresión de la actitud en la acción.

Resistencia al cambio (12)

Según el resultado de diversas investigaciones, las organizaciones y sus miembros se resisten al cambio. La resistencia al cambio puede ser una fuente de conflicto funcional. Por ejemplo, la resistencia a un plan de reorganización o a un cambio de una línea de producto puede estimular un debate saludable sobre los meritos de la idea y dar como resultado una mejor decisión.

Como vencer la resistencia al cambio

Para vencer la resistencia al cambio pueden utilizarse las siguientes seis tácticas como agentes de cambio:

Educación y Comunicación:

La sensibilización al cambio a través de capacitar a la gente y comunicarse con ellos abiertamente, puede ayudarles a ver la lógica del cambio y a ganar confianza mutua y credibilidad: La comunicación eficaz reduce los rumores y temores infundados. Es necesario que quienes lleven a cabo el cambio construyan una clara visión de hacia donde necesita ir el equipo en pos de sobrevivir y ser exitoso, y a la vez compartirla y transmitir porque el equipo debe tomar esa dirección. Al darles a los

integrantes del equipo toda la información posible y al proveerlos de alternativas para que cada uno pueda elegir su destino, se les permitirá acostumbrarse gradualmente a los cambios y podrán darse cuenta de que pueden sobrevivir en un ambiente cambiante.

Participación:

Existen evidencias de que una de las mejores formas de ayudar a implementar un cambio es hacer que el sistema afectado participe directamente en el proceso de toma de decisiones. Entre más participe el sistema en las decisiones que se toman sobre cómo manejar el cambio, menos resistencia hay y más estable puede ser el cambio. Es difícil que la gente se resista si ha participado desde los orígenes de las transformaciones.

Facilitación y apoyo:

Los agentes de cambio pueden ofrecer una amplia gama de esfuerzos de apoyo. El temor y la ansiedad disminuyen cuando la gente obtiene beneficios inmediatos. La desventaja de esta táctica es que es costosa y no se tiene la garantía de éxito. Cuando los afectados sienten que los que dirigen el cambio están interesados en sus preocupaciones, se hallarán más dispuestos a brindar información que ayudará en forma conjunta a superar las barreras del cambio.

Manipulación y Cooptación:

La manipulación se refiere a intentos disimulados de obtener influencia, proporcionando información falseada. La cooptación es una forma tanto de manipulación como de participación. Se intenta sobornar a los líderes de un grupo de resistencia, dándoles un papel principal en la decisión del cambio. Estas maniobras son arriesgadas y comprometen la credibilidad.

Negociación:

Se intercambia algo de valor a cambio de la disminución de resistencia. En esta negociación el riesgo es caer en el chantaje, lo cual sería negativo para el que quiere llevar a cabo el cambio, al ser mal interpretados sus esfuerzos.

Coerción:

La aplicación de amenazas, de castigos o la fuerza directa del poder sobre las personas que se resisten al cambio. Esta es quizás la más riesgosa de las estrategias, ya que sus resultados son generalmente negativos, endureciendo la resistencia y creando una sensación de resentimiento en los afectados al cambio aún más contraproducentes que la resistencia original.

Cultura organizacional.

Toda organización desarrolla sus actividades dentro de un ambiente laboral con características propias, las mismas que configuran su cultura.

Esta cultura organizacional es el escenario laboral que contiene el conjunto de suposiciones, creencias, valores y normas que comparten los miembros de la organización. Determina el modo peculiar de interacción humana y el ambiente donde los trabajadores realizan sus labores. (9)

El concepto de cultura organizacional se refiere a un sistema de significados compartidos por parte de los miembros de una organización y que distingue de otras. (10)

El estilo de la cultura de una organización no solamente determina el comportamiento individual y global de sus miembros, sino que además define y tipifica lo que puede llamarse la personalidad de la organización.

Las características de una cultura organizacional, se muestran, entre otros, a través de la existencia de: (10)

- Trabajo en equipo
- Trabajo por resultados.
- Preocupación por el auto desarrollo.
- Presencia de iniciativa
- Preocupación por el cliente
- Reconocimiento de los méritos
- Estilos de liderazgo.
- Estilos de supervisión
- Respeto de las normas.
- Significado de orden y la puntualidad.

La cultura organizacional, se desarrolla a lo largo de muchos años y está arraigada en valores sólidos con los que los empleados tienen un fuerte compromiso y repercute en la conducta de estos. Se han definido una serie de funciones que la misma tiene dentro de la organización, entre las que destacan en primer término, el papel que desempeña para definir límites, es decir, señala diferencias entre una organización y las demás. En segundo, confiere a la organización un sentido de identidad. En tercero, la cultura facilita que se genere el compromiso con algo superior al interés personal de un individuo. En cuarto refuerza la estabilidad del sistema social. La cultura es el pegamento social que mantiene unida a la organización, ofreciendo los estándares de lo que deben hacer y decir los empleados. Por último, la cultura sirve de mecanismo de control

y lógica que guía y da forma a las actitudes y la conducta de los empleados.

Para el caso de los establecimientos de salud, un cambio en la cultura organizacional, trae como resultado alcanzar mayor cobertura de atención y mejores indicadores de salud para la población.

Clima organizacional

El clima organizacional es el resultado de la intervención entre Directores y Jefes de la organización con sus trabajadores; sus características están condicionadas por procesos de cooperación, confianza y la compatibilidad de ideales comunes, siendo además el resultado de la cultura organizacional. Influye en la forma como cada trabajador se siente en la institución; algunos sienten la sensación de bienestar, comodidad y de un ambiente gratificante emocionalmente, otros en cambio, puede ser que se sientan mal, insatisfechos con su sueldo actual, con su jefe o grupo etc.; estas condiciones determinan el tipo de actitudes y comportamiento que adoptarán. (9)

Una de las definiciones de clima organizacional, relaciona a éste con el conjunto de emociones, sentimientos y actitudes que caracterizan a los trabajadores de una organización en sus relaciones laborales; el cual determina la forma como estos perciben su trabajo, sus relaciones, su organización, su satisfacción, etc. Depende de la cultura organizacional, del estilo de dirección, de la estructura orgánica, de los procesos organizacionales, de las políticas, estímulos y las relaciones de trabajo. (9) (11)

Otra definición menciona que el clima se refiere a las características del medio ambiente de la organización en que se desempeñan sus miembros las cuales son percibidas directa o indirectamente por estos; dichas características pueden ser externas o internas.(12)

El clima organizacional es un tema de gran importancia hoy en día para casi todas las organizaciones, las cuales buscan un continuo mejoramiento del ambiente laboral para así alcanzar un aumento de productividad, sin perder de vista el recurso humano.

Gobernabilidad e institucionalidad (13)

Uno de los objetivos primordiales del buen gobierno es el mejoramiento de la calidad de vida de la población, la cual está estrechamente relacionada con la salud. El Derecho a la Salud forma parte de los derechos humanos universales, debe estar incluido en la agenda política de los gobiernos comprometidos con procesos de gobernabilidad.

En el mundo anglosajón, "governance" es una palabra que ha sido utilizada habitualmente para referirse al ejercicio de la autoridad dentro de una determinada esfera. A menudo se ha empleado como sinónimo de la gestión eficaz de un amplio espectro de organizaciones y actividades, y aún cuando el concepto se aplica a muchas situaciones en las que no se observa un sistema político formal, no deja de implicar la existencia de un proceso político: "governabilidad" significa crear consenso, u obtener el consentimiento necesario para llevar a cabo un programa, en un escenario donde están en juego diversos intereses. Se asocia además al grado de

credibilidad y confianza que la ciudadanía tiene en los regímenes democráticos y en el buen funcionamiento de estos.

En América Latina dicho término se utilizó por primera vez en Ciencias Políticas en los años setenta, entendiéndose como la disyunción existente “entre el ejercicio democrático y el progreso económico requerido por la internacionalización del mercado, dando origen a una relación perversa entre autoritarismo y subdesarrollo” (Cárdenas:1998:24). Se ha ido construyendo al pasar de los años, y es hasta 1996 que en la VI Cumbre Iberoamericana de “governabilidad para una Democracia Eficiente y participativa ” realizada en Chile en 1996, que reunió a 23 Jefes de Estado de Latinoamérica, donde se fortalece la idea de que la democracia es el camino para la integración social y el desarrollo económico, en los países castigados por la pobreza, la corrupción y problemas vinculados a la calidad de vida, como educación, vivienda, salud, empleo y seguridad ciudadana.

El análisis de la gobernabilidad ha facilitado los intentos de reformar los programas y burocracias del Estado en muchos países, apelando a un modelo aparentemente más técnico y menos político; además muchos lo consideran un instrumento útil para abordar problemas que requieren una acción en común, en ámbitos donde el Estado no desempeña o no puede desempeñar un papel de liderazgo.

La construcción de la gobernabilidad requiere establecer mecanismos para el diálogo público-privado, para el acceso ciudadano a la información y a la gestión pública, y para el incremento del ejercicio de deberes y derechos.

Los problemas de la pobreza y la equidad e integración social están estrechamente ligados al sistema político, ya que las instituciones públicas son, por naturaleza, la expresión de fuerzas políticas a través de las cuales las sociedades intentan resolver sus problemas colectivos. Por consiguiente, la calidad de las instituciones depende de las reglas y prácticas del sistema político.

Como el desarrollo exige condiciones de gobernabilidad comprometidas con la democracia y sus valores: igualdad, libertad, pluralismo y tolerancia; el sistema democrático debe estar fundado en los principios, instituciones y mecanismos que garanticen el cumplimiento efectivo de estos valores y el ejercicio pleno de los derechos ciudadanos.

En este sentido, la Gobernabilidad Democrática, requiere medidas como la incorporación de criterios de eficiencia y equidad para reducir las vulnerabilidades de la pobreza; la garantía pública de acceso universal a ciertos servicios esenciales, especialmente salud y educación; la desburocratización y desconcentración de los servicios esenciales; el involucramiento progresivo del sector civil y privado en su aprovisionamiento y el desarrollo de capacidades de gerencia y auditoría social entre otras.

Misión de los Centros de Salud: (14) (15)

“Brindar servicios de salud con calidad, calidez y equidad orientados a la protección y conservación de la salud, la prevención del daño y el tratamiento oportuno de las enfermedades más frecuentes de una población adscrita.

Responder a los principales problemas de salud del individuo, de su familia en el hogar, así como de la comunidad y medio ambiente, mediante un paquete básico de acciones relacionadas con la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, involucrando en su ejecución a los diferentes actores sociales comprometidos en el mejoramiento de la calidad de vida de la población”.

Visión de los Centros de Salud: (14) (15)

“La población usuaria expresa satisfacción por la cortesía y el respeto hacia su persona, la prontitud de la atención y por las condiciones y la seguridad de los servicios de salud que recibe. Todo ello en un ambiente laboral de armonía y confianza, con tecnología básica adecuada y con recursos humanos con elevada disposición y alta calidad técnica.

Nuestra unidad de salud tiene una estructura flexible, dinámica y accesible que facilita la sinergia entre los diferentes servicios. Gestiona sus recursos de forma descentralizada e interactúa en una red territorial de prestadores de servicios de salud, que asegura la continuidad de la atención.

La participación ciudadana, de la comunidad y de los actores sociales del territorio es óptima y asumen la corresponsabilidad de los cuidados a la salud de la población”.

Nuevo Modelo de Atención implementado en Centros de Salud del SILAIS Managua

La Atención Integral de Salud, ha sido una de las estrategias centrales de la implementación de los SILAIS, que desde el inicio impulsó el desarrollo de un modelo de atención, en el cual

los recursos institucionales y comunitarios, debidamente articulados, atendieran las necesidades de los individuos y sus familias, a partir de la promoción de la salud, la prevención y la atención de sus necesidades asistenciales por niveles de complejidad. Para esto, se fortaleció la capacidad técnica y gerencial de los recursos humanos institucionales del Primer Nivel de Atención, dotándolos de capacidad de negociación intra e intersectorial para concertar acciones en pro de la salud, y se desarrollaron acciones en conjunto con organismos de la Sociedad Civil, municipalidades y otras instituciones y empresas presentes en el territorio. La Atención Integral requirió de programas orientados a los diferentes grupos de población y territorios, que sustituyeran a los programas, orientados al daño y que eran manejados de manera vertical. El primero de este tipo fue el Programa de Atención Integral a la Mujer y la Niñez, posteriormente se agregó el Programa de Atención Integral a la Adolescencia y el Programa de Atención Integral a la Familia y la Comunidad. (14)

En la actualidad las unidades de salud aplican el modelo de Atención Integral con énfasis en la mujer, la niñez y la adolescencia, existiendo aún programas verticales dirigidos a la atención de diversas patologías.

Los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención del SILAIS Managua, desarrollan sus actividades con carencias en su nivel de organización funcional y en su proceso de gestión interna. Ello es motivo de reconocimiento y respeto dado el grado de consecución que logran en la materialización de los objetivos de salud que se establecen.

Diferentes estudios realizados establecen que el SILAIS presenta debilidades, tanto en su estructura y organización, como en la prestación de servicios y en la ejecución operativa de los programas.

Esto conllevó a la formulación de una propuesta para mejora de la Atención en los Centros de Salud donde participó un equipo multidisciplinario integrado por gerentes de unidades de salud, recursos técnicos del SILAIS, contando con la asesoría técnica del “Proyecto de Rehabilitación de Servicios de Atención Primaria y Fortalecimiento del SILAIS Managua” (FORSIMA - Unión Europea); quiénes consideraron la realidad que se vive en las unidades de salud para el diseño de la misma. Dicha propuesta se desarrolla casi simultáneamente y es compatible con procesos que viene ejecutando el MINSA en el marco de la reforma del sector: El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), La Política Nacional de Salud, la definición del Paquete Básico, el nuevo Rol de los SILAIS y la Reorganización Institucional, lo que hace técnicamente factible el proceso de cambio organizacional y de gerencia en los Centros de Salud del SILAIS Managua.

Una vez elaborada la propuesta, fue presentada al equipo de dirección tanto del SILAIS Managua como de los 21 Centros de Salud y representantes sindicales de estos centros, con el fin de debatirla e incorporar sugerencias, para su posterior validación.

Para la validación de la propuesta, se seleccionaron los centros de salud: Ciudad Sandino, Carlos Rugama, Villa Libertad, Pedro Altamirano y Francisco Buitrago; los cuales realizaron un proceso de inducción al personal de salud, requerido para la implantación del Nuevo Modelo de Atención.

Se propone introducir modificaciones en la forma actual de desarrollar los procesos de atención, poner en practica todas las acciones definidas por los programas de salud, de forma que los diferentes servicios de los Centros de Salud se organicen entre si para realizarlos de manera integral e integrada.

Se propone estandarizar el modelo organizativo y de funcionamiento, para lo cual se plantean las siguientes estrategias:

1. Construir la misión y visión única que sea asumida como el marco de referencia del que hacer de los centros de salud del SILAIS Managua y oriente las actividades a realizar.
2. Reorganizar la modalidad en que el personal de salud realiza las actividades según su perfil profesional o técnico, de forma de que exista coherencia entre las funciones y cargos.
3. Brindar atención integral con calidad y calidez, ofertando un paquete básico de servicios de salud con carácter preventivo, curativo y de rehabilitación en los centros de salud, dirigidos a las personas, la familia, la comunidad y el medio ambiente.
4. Organizar la provisión de servicios de acuerdo a la vulnerabilidad y mayor probabilidad de riesgo en los grupos poblacionales
5. Realizar asistencia en salud a través de equipos de atención, tanto en la institución como en la familia y la comunidad.
6. Disminuir los contactos durante los procesos de atención a las personas, que eviten las colas y acorten los tiempos de espera.
7. Ordenar el flujo para la atención de especialidades médicas y otros perfiles profesionales.

8. Promover gradualmente que la atención se organice en función de usuarios que han concertado su cita en la unidad.

9. Organizar la atención a la familia, la comunidad y al ambiente a través de intervenciones comunitarias que promueven la participación ciudadana y la corresponsabilidad de la población en el cuidado de su salud.

Los procesos de atención propuestos con el Nuevo modelo son cuatro, para los que se definen nuevos enfoques organizativos y funcionales:

- Proceso de atención a las personas

Que mejora la funcionalidad de la forma de brindar la asistencia (médica y de enfermería) en los Centros de Salud. Para ello se constituye un Equipo de atención, formado por personal médico y de enfermería, que interactúan técnicamente en clínicas donde se aplica el concepto integral de la asistencia para resolver las necesidades asistenciales de una población adscrita, considerando el perfil epidemiológico, la probabilidad de riesgo, las diferencias de género y la vulnerabilidad de los grupos poblacionales según el ciclo de vida: niñez, adolescencia, adulto joven y adulto mayor.

- Proceso de atención a la Familia

Este plantea un cambio en el concepto y en la forma de brindar atención a las familias para dar respuesta conjunta ante necesidades que afecten tanto a las persona (usuarios) como a sus familias, ofreciendo al mismo tiempo cobertura a los problemas de salud del entorno familiar. Se realiza con la participación de un equipo de atención integrando diferentes disciplinas según las necesidades de cada caso, que identifica factores de riesgo y daño en el seno de la familia.

- **Proceso de atención a la Comunidad**

Significa un abordaje nuevo de lo que es trabajo comunitario y de las forma de realizarlo. Se trata de organizar equipos de atención comunitaria que dedican parte de su tiempo laboral a trabajar en la comunidad para organizarla, educarla en promoción de hábitos y costumbres saludables y desarrollar acciones preventivas relativas al auto cuidado de la salud.

- **Proceso de atención al Medio Ambiente**

Supone un nuevo enfoque para aplicar acciones encaminadas a detener el creciente deterioro medioambiental en forma integral, multisectorial y con amplia incorporación de la ciudadanía y de las autoridades locales.

Con este enfoque se trasciende las actividades de control higiénico sanitario. Se pretende incidir en la educación y orientación de los usuarios y población en general, para cambiar patrones de consumo y practicas que deterioran el ecosistema. Las actividades de salud ambiental son coordinadas en el Centro de salud, por el epidemiólogo y participación del inspector sanitario y otros técnicos de salud.

En el Nuevo modelo de atención se desarrolla con énfasis la provisión de servicios particularmente en el proceso de atención a las personas el cual se realiza dentro de los Centros de Salud

Proceso de atención a las personas con el Nuevo Modelo de Atención

Rediseña y redefine la forma de llevar a cabo todas las actividades y procedimientos que están establecidos por las

normas de los programas de salud determinados por el MINSA. Las modificaciones que se proponen como contenido de este proceso, son organizativas y funcionales y mantienen los conceptos y criterios de actuación emanados de los citados programas de salud.

Estos cambios se basan en la implantación de un nuevo diseño que organiza la modalidad de atención en función de las necesidades de los usuarios y no en dependencia de las actividades de los programas. Este diseño consiste en organizar funcionalmente los diferentes servicios de los C/S para ejecutar esas actividades, pero ordenándolas de manera tal, que con los mismos recursos se aumente la oferta de prestaciones y la cobertura de necesidades. Al mismo tiempo, supone no solo una visión diferente de la provisión de servicios en función de las necesidades de los usuarios, sino también una mejoría de la organización funcional interna de los C/S.

El nuevo diseño contempla varias acciones:

- Organizar “Unidades de Atención” y sus correspondientes “Equipos de trabajo”. Las Unidades de Atención pueden ser de tres tipos según la prestación de servicios: Atención Integral, Atención de Referencia y atención de Emergencia.

- Crear la “Unidad de Apoyo Clínico” como parte integral de cada unidad de atención, donde se realizan los cuidados básicos del usuario, previos a la consulta y se organiza el orden de la atención de los mismos en las clínicas de las Unidades de Atención Integral y de Referencia.

- Implementar un sistema de cita previa en horario escalonado que permita organizar de manera sistemática y ordenada la atención a los usuarios y ordenada la atención a los usuarios y contribuya a disminuir los tiempos de espera.

- Ordenar las actividades de la Unidad de admisión y archivo para el trámite del expediente, en correspondencia con el nuevo diseño de la modalidad de atención.

- Ordenar las actividades de la Unidad de laboratorio clínico para el trámite de exámenes de laboratorio en correspondencia con el nuevo diseño de la modalidad de atención.

VII DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de diseño:

El presente es un estudio descriptivo de corte transversal, con técnicas cualicuantitativas, relacionado con las actitudes de los Trabajadores seleccionados en la muestra, hacia los cambios en la modalidad de provisión de los servicios, en los Centros de Salud Pedro Altamirano, Francisco Buitrago, Villa Libertad, Ciudad Sandino y Carlos Rugama del SILAIS Managua, durante el periodo de Noviembre 2004 a Marzo 2005.

Universo

El universo para este estudio, está constituida por todo el personal directivo, dirigentes sindicales, personal asistencial de las unidades proveedoras de servicio así como personal técnico del SILAIS Managua que fueron capacitados en el nuevo modelo de atención, correspondiente a 362 trabajadores de salud.

Muestras

En el cálculo del tamaño muestral se utilizó la razón 1 a 1, propuesto en el programa estadístico Epi info. 6.2, de tal manera que en el estudio se incluyeron a la mitad de los sujetos contenidos en el universo y que cumplieron con los criterios de selección previamente establecidos.

El muestreo fue probabilístico, tomando como base una tabla de números aleatorios, lo que permitió que en la selección, todas las personas a incluir en el estudio tuvieran la misma oportunidad de participar. Para ello, se utilizó las listas de

asistencia a los talleres de capacitación acerca del modelo de atención, las que fueron proporcionadas por los facilitadores de los mismos; asignándose posteriormente un número a cada uno de estos participantes, que hiciera posible la identificación de los sujetos seleccionados aleatoriamente.

La muestra quedó constituida al final por 166 recursos que fueron distribuidos en seis subgrupos de participantes: Gerentes (4) y Recursos Técnicos (8) del SILAIS; Gerentes (60) y dirigentes sindicales (8) de las Unidades de Salud del SILAIS; Médicos asistenciales (42) y Personal de Enfermería (44) de las Unidades de Salud que se encontraban implantando el nuevo modelo de atención, a los cuales se les entrevistó para el llenado del instrumento de medición de la actitud (escala tipo Liker), diseñado por los investigadores.

Criterios de Selección:

- ❖ Aceptar ser parte del estudio
- ❖ Haber participado en el proceso de inducción
- ❖ Pertenecer a cualquiera de los subgrupos seleccionados.
- ❖ Haber ingresado a laborar en el SILAIS Managua antes de Enero del 2004.

Fuente de Información primaria: Está representada por todos los trabajadores de salud que fueron entrevistados en el estudio.

Técnica e Instrumento de Recolección de la Información.

La técnica utilizada en el estudio es la entrevista directa a los participantes en el estudio, a los cuales se les aplicó un instrumento de medición (cuestionario tipo Liker) y cuya construcción se apoyó en los atributos de las estrategias

implantadas en cada centro de salud relacionadas con el Nuevo Modelo de Atención.

El diseño de la escala de medición tipo Liker, fue propio e inédito basado en los objetivos del estudio, donde se incluyeron planteamientos que midieron los tres componentes o dimensiones actitudinales: cognitivo, afectivo y comportamental.

El proceso de diseño del instrumento, comprendió las etapas de validación, de discriminación de ítems, de estimación de la confiabilidad, y de la normalización de su aplicación.

El paso inicial de la construcción del instrumento se dio con la selección a juicio de los investigadores de los enunciados apropiados a las implicaciones teóricas de la actitud según el Nuevo Modelo de Atención, constituyéndose de esta manera una primera versión de escala que contenía 36 enunciados. Posteriormente para determinar con que fidelidad se correspondió el universo de ítems de esta versión con el atributo que se midió, se validaron los contenidos por el método de juicio de expertos, lo cual se estableció al discutir el instrumento, enunciado por enunciado, con 15 profesionales expertos en la propuesta del nuevo Modelo de Atención en salud. Estas personas fueron seleccionadas por su conocimiento y participación en el modelo de atención. A ellos se les solicitó que analizaran los 36 planteamientos propuestos en la escala inicial, con el fin de seleccionar aquellos que realmente respondieran a los objetivos del estudio y fueran de fácil comprensión para el personal de salud a entrevistar; a la vez que señalaran los que por el contrario debían eliminarse o sustituirse.

Como criterios para la validación de contenidos por juicio de expertos, se incluyeron en la versión inicial de la escala aquellos ítems donde existió 100% de coincidencia favorable acerca de la claridad, la congruencia; cuando hubo total coincidencia desfavorable se excluyeron y algunos se reformularon. Es decir, se realizaron todas las revisiones que fueron necesarias a los planteamientos, con el fin de obtener una coincidencia total respecto a estos por parte de los expertos.

Partiendo de las recomendaciones brindadas por los expertos, se pasó a la segunda etapa del proceso de diseño de la escala, la cual comprendió la discriminación de los ítems (de la primera versión de la escala), con el fin de eliminar planteamientos muy fáciles o muy difíciles de contestar.

Como parte de la validación del instrumento ya corregido por los expertos, se procedió a su aplicación a 30 recursos de salud, cuyos resultados se analizaron en una matriz de Ítem por sujeto elaborada para tal fin, donde se sumaron los valores escalares de cada individuo para obtener su puntuación total; ordenándose jerárquicamente las puntuaciones totales, para formar dos grupos extremos(actitud más favorable versus actitud menos favorable) con base en los valores obtenidos por los sujetos entrevistados, para lo cual, se identificó al 25% de aquellos que obtuvieron los puntajes más altos (actitud más favorable) y al 25% de los que quedaron en el extremo inferior de la distribución (actitud menos favorable). Se calculó por cada ítems su media y su desviación estándar para ambos grupos (favorable y desfavorable). Se usó como criterio mínimo de decisión para aceptar o rechazar un ítem, el nivel de significancia de $p < 0.05$; quedando seleccionados 18 ítems en la versión final, los cuales

fueron redactados algunos en forma negativa y otros en forma positiva.

Estos planteamientos midieron la actitud en sus tres dimensiones y su valor escalar varió de acuerdo a su orientación. La dimensión cognitiva fue evaluada por 8 ítems, cinco de los cuales fueron orientados positivamente y 3 de forma negativa; cinco ítems (4 de ellos positivos) midieron la dimensión afectiva y cinco ítems evaluaron la dimensión conductual, de los cuales tres fueron orientados de forma positiva. (Ver Anexo No. 1)

La tercera etapa del diseño de la escala de Actitud hacia el Nuevo Modelo de Atención, consistió en determinar que tan confiable era el instrumento en mención. Para ello, se estudió su consistencia interna o la homogeneidad de los enunciados de la escala, empleándose el coeficiente alfa de Crombach el cual depende del número de enunciados en la escala y del promedio de la correlación entre ellos. Los valores de este coeficiente pueden oscilar entre 0 y 1; siendo los más elevados los que reflejan un mayor grado de congruencia interna. En ese sentido un coeficiente de 0 significa nula confiabilidad, mientras que un coeficiente de 1 representa un máximo de confiabilidad.

Se consideró que la escala sería confiable, si el coeficiente Alpha de Cronbach era mayor o igual a 0.81, pues en el caso de las escalas de actitud el coeficiente de homogeneidad siempre se espera que caiga en la categoría de “muy alto” (entre 0.81 y 1) para ser considerado como aceptable. Para el caso de la escala de este estudio el coeficiente Alpha de Cronbach fue de 0.81. (28)

La cuarta etapa del proceso de diseño de la escala, consistió en establecer las condiciones de estandarización para la aplicación de las versiones de la misma, con el fin de no afectar su validez y confiabilidad. Para ello se hizo énfasis en las orientaciones brindadas por el entrevistador a los sujetos de estudio, adecuándose además la redacción de los ítems para su fácil interpretación y evitar con ello sesgos.

Una vez concluido el diseño de la escala, esta fue aplicada (de forma autoadministrada) a 166 trabajadores de la salud que cumplieron con los criterios de selección, siendo estos diferentes a los 30 que validaron el instrumento. Para evitar sesgos de información por incomprensión de algunos de los planteamientos, el encuestador brindó las explicaciones necesarias tanto del llenado como del significado de los ítems pero sin influir en las respuestas.

Respuestas y puntaje para la escala.

La información recolectada fue analizada en una base de datos elaborada en el programa estadístico SPSS, de donde se obtuvieron los valores escalares, tanto de la actitud en general como en cada una de sus dimensiones.

Para ello las respuestas a los 18 enunciados se estudiaron en una escala tipo Likert de cinco puntos que van desde totalmente de acuerdo (calificación 5) hasta totalmente en desacuerdo (calificación 1). Las escalas permitieron conocer la dirección e intensidad de las respuestas oscilando los valores de la suma del puntaje total de la escala entre el rango de 18 a 90 puntos.

Para determinar la actitud de los trabajadores de la salud de los centros estudiados, tanto en general como en cada una de sus dimensiones, se aplicó el intervalo de confianza del 95%, cuyo valores de límite superior e inferior sirvieron de parámetros para ubicar a los trabajadores de la salud de acuerdo al puntaje alcanzado de forma individual: aquellos que alcanzaron valores por debajo del límite inferior, denotaban una actitud desfavorable hacia el modelo, los que se ubicaron entre los dos rangos (superior e inferior) se clasificaron con una actitud indefinida; y los que registraron puntajes por encima del límite superior, presentaron actitud favorable. (Ver Anexo 3, tablas 2-5)

Procedimientos empleados para la recolección de la información:

Entrevistadores: Se seleccionaron tres recursos externos al SILAIS Managua, con experiencia en la aplicación de encuestas de campo, a los cuales se les dio a conocer a través de un informe ejecutivo, elaborado por los investigadores, los elementos más importantes de la nueva modalidad de provisión de servicios en Centros de Salud del SILAIS Managua., así como el proceso de su implantación, capacitándoseles además en la aplicación de la escala de Likert, cuyo diseño responde a los objetivos del estudio.

Supervisión: La supervisión general del estudio estuvo a cargo de los investigadores.

Realización de Grupos Focales.

Para corroborar la tendencia actitudinal de los trabajadores entrevistados y obtenida con la escala de puntuación tipo Liker que se aplicó; se realizaron dos grupos focales en uno de los

cuales se incluyó a médicos y enfermeras asistenciales de las tres unidades de salud que están desarrollando el modelo, y en los otros a los gerentes de las cinco Unidades que iniciaron el proceso de validación del modelo de atención.

Variables:

Las variables utilizadas en este estudio fueron las siguientes:

- ❖ Edad
- ❖ Sexo
- ❖ Nivel Educativo
- ❖ Antigüedad laboral
- ❖ Cargo laboral
- ❖ Vida sindical activa
- ❖ Actitud

Para determinar las reacciones actitudinales de los trabajadores de salud ante el cambio de modelo de atención se obtendrá el grado de aprobación o desaprobación a través de las siguientes opciones de respuestas:

Totalmente de acuerdo con el Nuevo Modelo de Atención

De acuerdo con el Nuevo Modelo de Atención

Indeciso con el Nuevo Modelo de Atención

Desacuerdo con el Nuevo Modelo de Atención

Totalmente en desacuerdo con el Nuevo Modelo de Atención

Operacionalización de las variables:

Conceptos	Definición operativa	Indicador	Dimensiones	Escalas
Edad	Numero de años transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el día de la entrevista	Años cumplidos al momento de la entrevista	Demográfica	1- 20-30 años 2- 31-40 años 3- 41-50 años 4- 51 y más
Sexo	Carácter biológico distintivo del género de cada individuo.	Definición expresa hacia uno de los sexos.	Demográfica	1- Masculino 2- Femenino
Nivel educativo	Nivel educativo alcanzado según el sistema de educación primaria, secundaria, técnico, universitaria.	Ultimo curso aprobado en el sistema educativo formal.	Social	1- Primaria 2- Secundaria 3- Técnico 4- Universitario
Antigüedad laboral	No. de años de trabajar para la institución a partir de la contratación.	Años completos de trabajar para la institución.	Laboral	1- 1-5 años 2- 6-10 años 3- más de 10.
Cargo laboral	Función asignada por contrato o delegación de responsabilidad en relación laboral	Cargo actual.	Laboral	1. Gerente de SILAIS 2. Técnico de SILAIS 3. Gerente de C/S 4. Médico 5. Personal de Enfermería 6. Otros (sindicalistas)
Vida sindical activa	Participación en actividades sindicales de su elección.	Manifestación expresa de afirmación o negación de su participación activa.	Laboral	1- Si 2- No
Actitud hacia el Nuevo modelo de atención	Disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones	Compuesta por información, sentimientos y comportamientos.	Psicológica	1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. Indeciso 4. Desacuerdo 5. Totalmente en desacuerdo

Cruce de variables

Actitudes – edad

Actitudes _sexo

Actitudes _nivel educativo

Actitudes _ antigüedad laboral

Actitudes_ cargo labora

Actitudes_ vida sindical activa

VIII RESULTADOS

- De los entrevistados, 50 % (83) pertenecen al grupo etáreo de 31 a 40 años, seguido por 30% (50) del grupo de 41 a 50 años.(Ver Grafica No. 1)
- El nivel educativo de mayor frecuencia es el universitario, con 72% (120) de los entrevistados. (Ver grafica No. 2)
- Se identificó que el 70.5 % (117) del personal de salud incluido en el estudio, son del sexo femenino. (Ver grafica No. 3)
- El 68.7 % (114) de los recursos tienen una antigüedad laboral de 10 y mas años, el personal de enfermería es el que mayor antigüedad laboral presenta. (Ver grafica No. 4)
- Con relación al cargo laboral, el 51.8 % (86) de los participantes del estudio ejercen un cargo asistencial de los cuales 25.3 % son médicos y el 26.5 % son personal de enfermería; el 43.4 % (72) ocupan cargos gerenciales (el principal grupo son los gerentes de Centros de salud con un 36.1 %; y solo un 4.8 % de los participantes se registraron a los otros cargos correspondientes a los sindicalistas. (Ver tabla No. 6)
- De los 166 trabajadores entrevistados el 78.9% (131) expresó no tener una vida sindical activa. (Ver tabla No. 7)
- Para conocer las actitudes de los trabajadores hacia el nuevo modelo de atención, según sus características

sociodemográficas y laborales fue necesario obtener las puntuaciones totales de la escala tipo liker, calculando su intervalo de confianza para poder determinar los valores dentro de los cuales distribuir la frecuencia de personas con actitudes favorables, indefinidas y desfavorables. (Tablas de la No. 8 a la No. 13) De acuerdo a la aplicación de esta técnica obtuvimos los siguientes resultados:

- Las actitudes son mas favorables con el 64.3 % (9), en el grupo etáreo de 51 y mas años; en los otros grupos etareos la actitudes son favorables en mas del 40 %. (Ver grafica No. 5)
- Según el sexo las actitudes fueron mas favorables entre las mujeres con el 46.2% (54); en los hombres fue del 38.7 % (19). (Ver grafica No.6)
- Los trabajadores con un nivel educativo de primaria mostraron la actitud mas favorable con el 60% (3), seguidos por los que tienen nivel Universitario 44.2 %.(Ver grafica No. 7)
- Los trabajadores con antigüedad laboral de 10 y mas años tienen actitudes mas favorables 49.1% (56), hacia el nuevo modelo de atención. (Ver grafica No. 8)
- Los trabajadores con otros cargos laborales correspondientes a los sindicalistas (75%), los médicos (50%) y los gerentes de Centros de Salud (45%), mostraron las actitudes más favorables hacia el nuevo modelo de atención. (Ver grafica No. 9)

- Los trabajadores con y sin vida sindical activa tuvieron una actitud favorable en un 48.6 % y en 42.8 % respectivamente. (Ver grafica No. 10)
- La orientación final de la actitud en los trabajadores que participaron en el estudio, fue favorable en un 42.7% contrario a la desfavorable con el 36.1%, siendo indefinida en un 18.7%. (Ver grafica No. 11)
- La dimensión cognitiva con 43.3 %, es la dimensión que presentó la orientación mas favorable de la actitud de los trabajadores hacia el NMA. (Ver grafica No. 12)

Resultados de los grupos focales (Anexo No. 6)

Los recursos asistenciales que participaron en los grupos de discusión, mostraron una tendencia desfavorable hacia el Nuevo Modelo de Atención en lo relacionado con el componente afectivo de la actitud, lo cual se identifico en opiniones como: *“Siento que nos hemos quedado solos, por que falta el seguimiento del SILAIS”*; *“Considero que al inicio había desorden, improvisación y la población estaba confundida”*.

Expresiones como: *“El nuevo modelo de atención permite mejorar el ejercicio profesional”* (opinión de los recursos asistenciales); *“El nuevo modelo de atención posibilita el trabajo en equipo, así todos participamos”* (opinión de recursos gerenciales); demuestran una tendencia favorable del personal asistencial y gerencial hacia el nuevo modelo en la dimensión conductual de la actitud.

Los recursos asistenciales y gerenciales, mostraron una tendencia favorable hacia el nuevo modelo de atención en lo relativo al componente cognitivo de la actitud, lo que puede evidenciarse en las siguientes opiniones: “*El nuevo modelo de atención permite alcanzar los objetivos del centro de salud, por que se podrá mejorar coberturas de los programas al haber más captaciones*”; “*No se pierden oportunidades y mejoramos los indicadores*”.

IX DISCUSION

La formación técnica y/o profesional de los recursos de salud, requiere en promedio de 3 a 6 años, al egresar oscilan en un rango de edad de 25 a 28 años. A nivel del MINSA, para el desempeño de las funciones, principalmente gerenciales se requiere de una formación académica y de la acumulación de ciertos años de experiencia, esto explica el por qué en este estudio, la mayor parte de los trabajadores entrevistados tienen edades comprendidas entre los 31 y 40 años, considerándose como adultos jóvenes con un alto potencial de años laborales.

Los perfiles laborales en el sector salud, por su mismo carácter social, humanitario y de servicio, han sido de preferencia para las mujeres, tal es el caso de los profesionales de enfermería y medicina. Esto se refleja en los datos registrados en la plantilla de cargos del departamento de Recursos Humanos del SILAIS Managua, donde cerca del 60 % de su personal son del sexo femenino, lo que justifica el hecho que en el estudio aún cuando la selección de los participantes se realizó de forma aleatoria, las mujeres representan el mayor porcentaje debido a que tenían mayor probabilidad de ser incluidas.

La mayoría de los trabajadores entrevistados tienen un nivel educativo superior, hecho relacionado con las categorías seleccionadas de gerentes tanto de SILAIS como de Centros de Salud, técnicos de SILAIS, médicos y enfermeras asistenciales que por su perfil y responsabilidades dentro de la institución requieren mayor grado de profesionalización, años de formación y que en su conjunto representan el 90 % del total de los sujetos de estudio. Para efecto de la implantación del nuevo modelo de atención, los médicos y personal de enfermería son los que

participan de forma directa. En el caso de los gerentes y personal técnico del SILAIS y de los gerentes de Centros de Salud lo hacen realizando acciones de monitoreo, supervisión y evaluación.

Para garantizar una adecuada provisión de los servicios en los Centros de Salud, se requiere de un número determinado de personal asistencial (médicos, enfermeras, y auxiliares de enfermería) acorde al volumen de su población a atender, por ello en la plantilla básica del personal a cargo de la atención directa, superan en número a los trabajadores con cargos gerenciales. Aún cuando el estudio incluyó solamente a los recursos asistenciales de cinco unidades de salud, en comparación a los demás cargos, se evidencia que más del 50 % de los entrevistados desempeña una función asistencial.

El Ministerio de Salud de Nicaragua, cuenta con más de 23,000 trabajadores y es el principal empleador de los profesionales de la salud del país, quienes constituyen por su capacidad técnica y profesional así como por la experiencia alcanzada, el activo más importante de la institución. Este Ministerio se ha caracterizado por brindar a su personal estabilidad laboral y oportunidades para la actualización de conocimientos, lo que quizás ha constituido un atractivo para que su personal permanezca en dicha institución, encontramos por ejemplo que existen personas que han laborado hasta por más de 25 años y que no han abandonado al MINSA desde su ingreso al mismo; este hecho que técnicamente se conoce como Antigüedad Laboral quedó demostrado en el estudio, donde casi el 70% de los entrevistados tenían 10 o más años de ser trabajadores del MINSA.

Aún está vigente la percepción general de que los trabajadores de salud tienen una participación activa en los diferentes sindicatos laborales, esto evidenciado por la aparición en años recientes de diversas agrupaciones sindicales y federaciones de los mismos a nivel de las diferentes estructuras de la institución. En el SILAIS Managua en los últimos años se ha incrementado el número de sindicatos en los distintos centros de salud, sin embargo la participación del personal médico y de los gerentes es baja. Este hecho determinó en el estudio que solamente un 21% de los entrevistados registraran una participación sindical activa, ya que los mismos (personal gerencial y médicos), representan cerca del 75% de la muestra seleccionada.

Actitudes según edad.

La formación de la actitud, se produce a lo largo de la vida de cada persona y está influenciada por las relaciones que establece con su entorno, por lo que según la etapa de la vida en que se encuentra, éste desarrollará la capacidad de definir sus actitudes favorables o desfavorables hacia personas, situaciones sociales, problemas sociales o de otra índole. Este estudio demuestra que los trabajadores mayores de 50 años a quienes se les aplicó una escala de medición de la actitud tipo Liker, tienen actitudes más favorables hacia el Nuevo Modelo de Atención, en comparación con los trabajadores de los otros rangos de edad. Además se evidencia una mayor seguridad en sus reacciones actitudinales, lo cual se demuestra en la baja indecisión o neutralidad de sus actitudes; caso contrario se encuentra en los trabajadores con menos edad principalmente en el grupo etáreo de 20 a 30 años, quienes tienen una mayor indefinición de sus actitudes.

Actitudes según sexo.

A nivel Nacional, diferentes estudios de conocimientos actitudes y prácticas (CAP), relacionadas a temáticas de salud (aplicadas a trabajadores de salud y/o población), demuestran una tendencia favorable de las actitudes femeninas hacia los objetos de estudio. En literatura que aborda temáticas de Psicología social, se menciona que las mujeres son consideradas mejores receptoras de los mensajes en comparación con los hombres; y siendo que el receptor es un elemento importante en el cambio de actitudes, esto influye en que las mujeres manifiesten actitudes más definidas hacia un hecho particular. Esta teoría explica el por qué, en este estudio las mujeres en comparación con los hombres, presenten actitudes más favorables, hacia el Nuevo Modelo de Atención.

Actitudes según nivel educativo

En este estudio se evidencia que el conocimiento adquirido en las instituciones de educación, no son determinantes en las actitudes demostradas por los trabajadores hacia el NMA, ya que según los resultados obtenidos los trabajadores con un nivel de educación primaria tienen actitudes favorables hacia el Nuevo Modelo de Atención, en mayor intensidad que los trabajadores con un nivel educativo superior. Estos últimos son los que desempeñan funciones de mayor complejidad y responsabilidad, lo cual conlleva en adoptar enfoques diferentes alrededor de los cambios propuestos en el NMA.

Actitudes según antigüedad laboral

Se considera la actitud una disposición psicológica adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que induce a las personas a actuar de una manera determinada ante cualquier situación. Esto se relaciona con los años que los trabajadores de salud incluidos en el estudio tienen de laborar dentro del MINSA. El hecho de que el mayor porcentaje de trabajadores entrevistados, tengan 10 o más años de ser trabajadores activos de la institución contribuye a que los mismos hallan experimentado los cambios organizativos que se han producido en los últimos años para la mejora de la atención de la población y que se orientaron a los grupos más vulnerables; uno de estos cambios es el desarrollo del Modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez, a partir del año 1995, y que posteriormente incluyó al grupo de los y las adolescentes. A pesar de las deficiencias encontradas en la aplicación de este Modelo, este contribuyó al mejoramiento de los indicadores de salud materno infantil, así como a la apropiación de parte del personal de atención directa de una nueva forma en la provisión de servicios de salud.

Para la implantación del Nuevo Modelo de Atención en proceso de validación en los Centros de Salud del SILAIS Managua, la experiencia y conocimientos que tienen los trabajadores con mayor permanencia en sus estructuras contribuye en la definición de las actitudes favorables que estos tienen hacia el Nuevo Modelo de Atención.

Actitud según el cargo laboral

El Ministerio de Salud y las organizaciones sindicales alcanzan consenso en el marco del Convenio Colectivo institucional, en el cual se establece que las partes suscriptoras se comprometen a cumplir con los planes, programas, presupuesto y políticas de salud que rige el MINSA, con el propósito de mantener un clima laboral estable que permita elevar al máximo la eficiencia y garantizar un excelente servicio de calidad y con calidez a la población.

El Nuevo Modelo de Atención en los Centros de Salud del SILAIS Managua implica un cambio organizacional que involucra principalmente a aquellos que brindan atención directa.

La teoría nos dice que como parte del proceso natural de reacción a un cambio, en el cual este es percibido como una amenaza, o bien una pérdida o un desajuste a un hecho determinado, pueden ocurrir fuerzas restrictivas que lo obstaculizan (resistencia al cambio). Frecuentemente la resistencia al cambio se presenta cuando las personas perciben que el cambio perjudicará sus intereses; reduciendo su poder, impactando su seguridad en el trabajo o sus ingresos entre otras cosas; además se presenta cuando hay desinformación y las personas crean sus propios escenarios basados en sus peores temores.

Para lograr un cambio efectivo, el manejo adecuado de éste es muy importante, el cual debe incluir el análisis de los cuatro factores de la cultura organizacional (visión, consistencia, participación y adaptabilidad).

El SILAIS Managua realizó un manejo adecuado de los cambios organizativos impulsados al considerar los aspectos antes mencionados, lo que incluyó una campaña de marketing interno. Esto podría haber influido en las actitudes manifiestas de los líderes sindicales participantes en el estudio, con un 75 % de orientación favorable; y en menor intensidad también los gerentes de Centros de Salud y médicos tienen actitudes favorables hacia el nuevo modelo de atención.

Actitudes según la vida sindical.

La participación activa de muchos trabajadores en las actividades que se plantean en el marco de las relaciones trabajador empleador, que en su mayoría consisten en reclamos, reivindicaciones o defensa de sus derechos y beneficios laborales, son fuentes de motivación para alcanzar la satisfacción de sus intereses personales; por otra lado existen trabajadores cuyas motivaciones para su participación en actividades sindicales no responden a sus necesidades, ya que estas están más allá de las necesidades básicas sentidas por los otros (salarios, condiciones laborales, seguridad en el cargo, entre otros); y por lo cual niegan su participación activa en estas actividades sindicales.

En la medida en que los trabajadores tengan fuentes de motivación verdaderas, relacionados al objeto de su trabajo, como relaciones interpersonales provechosas, oportunidades de demostración de capacidad para contribuir y proyectos que impliquen retos para el desarrollo personal, entonces se estarán satisfaciendo necesidades de un nivel superior y estarán por tanto motivados y satisfechos en su trabajo.

Los trabajadores de salud muestran tener actitudes Favorables respecto al nuevo modelo de atención sin haber diferencia significativa respecto a su vida sindical activa o pasiva; lo cual indica que existe una búsqueda de ambos grupos por alcanzar metas mas alla del interes personal o grupal.

La situación actual del Ministerio de salud requiere de cambios innovadores para mejorar la equidad, calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud, de ahí surge la necesidad de adaptar un modelo de atención que garantice el acceso a los servicios de salud y disminuya la brecha existente a diferentes niveles. En este proceso de cambio juega un papel fundamental las personas ya que ellas son las conductoras y ejecutoras del mismo, sin ellas seria imposible; indudablemente, estas personas deben cambiar y este cambio no es una cuestión de aptitud sino mas bien de actitud, lo realmente difícil es que se debe adaptar y cambiar nuestra manera de pensar, el como enfocar los problemas y sobre todo nuestra manera de relacionarnos y comunicarnos.

Es importante señalar que las personas deben estar informadas de lo que se pretende hacer, deben comprender porque se hacen, que implicaciones va a tener todo esto y sobre todo poder participar. Este aspecto esta relacionado con el componente cognitivo de la actitud; la literatura menciona que este incluye todas las creencias que se tiene acerca de un objeto, basados en el conocimiento que se tenga del mismo y en el caso particular del estudio, podemos asociarlo al proceso de divulgación y capacitación que requirió la implantación del nuevo modelo de atención en los Centros de Salud, donde fueron involucrados los recursos de asistencia directa así como los

gerentes y dirigentes sindicales. La orientación favorable hacia el nuevo modelo de atención obtenido en la dimensión cognitiva de la actitud pone de manifiesto que en general el conocimiento que se tiene acerca de este modelo es influyente para definir las actitudes de los trabajadores de salud involucrados.

Las reacciones afectivas y conductuales están relacionadas con las personas mismas, en el caso de las primeras, estas se refieren a los sentimientos, los estados de ánimo y las emociones y se considera el aspecto de mayor importancia en una actitud. El componente conductual incluye el acto o conducta que un individuo exhibirá en presencia de ciertos estímulos sean estos de tendencia desfavorable o favorable. A partir de este razonamiento debemos considerar que si se proponen cambios en una organización estos deben ocurrir primero a través de las personas tomando en cuenta además los valores, creencias y comportamientos de estos para alcanzar con éxito lo planteado.

Estos dos componentes de la actitud son más difíciles de modificarse, por cuanto los mismos dependen en gran medida del hecho que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen.

Los resultados obtenidos en relación a estas dos dimensiones demuestran la orientación de la actitud hacia el nuevo modelo de atención que en términos generales es favorable, aunque se presentó mayor indecisión en las respuestas a los ítems que evaluaron el componente afectivo de la actitud.

Las reacciones conductuales de los trabajadores entrevistados es similar a la obtenida en la dimensión afectiva, existiendo

también una inclinación favorable de la actitud, hacia el nuevo modelo de atención que pone de manifiesto la conjugación de los intereses personales con los intereses de la institución; podría decirse que en este proceso de convergencia ha jugado un papel importante el liderazgo de los gerentes de Centros de Salud quienes han podido conducir el cambio hacia la búsqueda eficiente y eficaz de los objetivos previamente establecidos.

El éxito o fracaso de los cambios propuestos a lo interior de una organización dependen en gran medida de sus recursos humanos; de las actitudes que estos manifiesten a dichos cambios.

Algunos de los reactivos de los trabajadores de las Unidades de Salud hacia el Nuevo Modelo de Atención, medidas a través de la escala tipo likert y cuyos valores obtenidos muestran la tendencia de las dimensiones de la actitud, fueron expuestas ante dos grupos de trabajadores para someterlos a discusión participando en uno de estos grupos solamente gerentes y en el otro profesionales de perfil asistencial. Las temáticas abordadas permitieron evaluar y reforzar las respuestas a planteamientos importantes presentados en la escala tipo likert.

Por otro lado las opiniones expresadas por los participantes constituyen un valioso aporte a las conclusiones y recomendaciones del estudio por cuanto estas opiniones nos aproximan a la realidad del proceso de implantación del Nuevo Modelo de Atención en los Centros de Salud.

En los grupos focales, los recursos asistenciales y gerentes manifestaron sus opiniones con respecto al Nuevo Modelo de atención (principalmente en su utilidad para la obtención de

objetivos y mejoría de la calidad de los servicios de salud) las que fueron favorables; señalándose que este modelo de atención optimiza los recursos técnicos y materiales, así como la capacidad profesional de los recursos humanos.

El personal de salud considera que adaptarse al Nuevo modelo de atención no es difícil, sin embargo opinan que al inicio de su implantación (según algunos gerentes) hubo rechazo por los recursos asistenciales; también se señaló que el grado de dificultad para adaptarse a la nueva forma de atención en los Centros de Salud está determinado por la practica del abordaje integral de los pacientes visto principalmente así por los recursos que han laborado en Puestos de Salud.

Se obtuvieron opiniones diferentes en cuanto a la valoración de la mejoría de la atención (comodidad y prontitud) a la población, ya que los gerentes valoran positivamente este resultado, ejemplificado en la disminución de las filas y tiempos de espera de los usuarios; para los recursos asistenciales este cambio aun no es tan evidente; expresando que aunque las filas son mas cortas, las salas de espera están siempre llenas, así mismo sienten que el incremento en la demanda de servicios y la eventual falta de algunos recursos causan sobrecarga laboral manteniéndose los mismos tiempos de espera de los usuarios para ser atendidos.

X CONCLUSIONES

1._ Características socio demográfico y laboral.

La mayoría de trabajadores de salud entrevistados son adultos jóvenes, principalmente mujeres y egresados de la Universidad.

En su mayoría tienen más de una década de laborar dentro de la institución; más de la mitad brindan atención directa a la población y de ellos la minoría expreso tener vida sindical activa.

2._ Actitudes y características socio demográfico.

Los trabajadores de salud mayores de 50 años de edad; los del sexo femenino y con nivel educativo de primaria fueron quienes mostraron actitudes mas favorables.

3._ Actitudes y características laborales.

Los trabajadores de mayor antigüedad laboral y aquellos que ejercen función medico asistencial, son los que demuestran tener actitudes mas favorables hacia el nuevo modelo de atención; en comparación al resto de personas incluidas en el estudio.

Los representantes sindicales participantes en el estudio, la mayoría tienen actitudes favorables, que superan el valor porcentual de las actitudes mostradas por el resto de entrevistados.

4._ Actitudes según sus dimensiones

En la formación de las actitudes de los trabajadores de salud hacia el nuevo modelo de atención el componente cognitivo fue el de mayor influencia para la orientación favorable de la misma. Los componentes de la actitud relacionados con las personas (afectivo y conductual) fueron menos determinantes en las actitudes positivas y con posiciones neutras en las respuestas a los reactivos.

5._ Actitudes de los trabajadores

En general los trabajadores participantes del estudio tienen actitudes favorables hacia el Nuevo Modelo de Atención.

En los grupos de discusión, las opiniones de los participantes muestran una tendencia favorable hacia el Nuevo Modelo de Atención principalmente en los aspectos relacionados a las dimensiones conductuales y cognitivos de la actitud; en cambio en los aspectos relacionados al componente afectivo, hubieron posiciones diferentes que demuestran una tendencia favorable por los gerentes y desfavorable por los recursos asistenciales; siendo que estos últimos son los que directamente se contactan con la población que recibe la atención y por tanto tienen una apreciación afectiva mas influida por este factor.

XI RECOMENDACIONES

Para los Gerentes del SILAIS

- Fortalecer la campaña de marketing del Nuevo Modelo de Atención a nivel interno de la institución, donde se enfatice la importancia de éste en la mejoría de la calidad de la atención, dando a conocer además los resultados alcanzados en su implantación.
- Promover encuentros de intercambio de experiencia y de discusión donde participen los gerentes de aquellas unidades de salud que han implantado el modelo, con el fin de valorar los avances alcanzados y las limitantes, lo que servirá de elemento para su implementación en el resto de las unidades de salud del SILAIS Managua.
- Realizar evaluaciones técnicas trimestrales y/o semestrales del avance logrado en el proceso de implementación del NMA, que permita identificar debilidades y definir nuevas estrategias para superarlas.
- Promover el desarrollo de investigaciones acerca de la influencia de las dimensiones afectivas y conductuales de la actitud, en la práctica profesional y gerencial en marco del Nuevo Modelo de Atención.

Para los Gerentes de las Unidades de Salud

- Realizar campaña de marketing externo con los líderes comunales y las comisiones locales de salud, que promueva la participación de la comunidad en la

implementación del Nuevo Modelo de Atención y el rol de los mismos en dicho modelo.

- Realizar grupos de discusión con aquellos recursos que de acuerdo a su perfil presentan las actitudes más desfavorables hacia el nuevo modelo de atención, donde se pueda identificar con mejor precisión las determinantes de la misma y elaborar posteriormente un plan estratégico para influir en ella.

Para los gerentes del SILAIS y Unidades de Salud

- Fortalecer mediante una estrategia de información y comunicación social las actitudes favorables de los recursos hacia el Nuevo Modelo de Atención. En dicha estrategia se debe resaltar la importancia que tiene el personal de salud en el éxito del modelo y en los logros que se alcancen.
- Formar comisiones de monitoreo, apoyo y seguimiento al proceso de validación e implementación del Nuevo Modelo de Atención; en la cual participen los responsables de los servicios médicos, de enfermería y administrativos así como los representantes sindicales.
- Elaborar un plan para el desarrollo de un clima organizacional que facilite el proceso de implementación del Nuevo Modelo de Atención en las unidades de salud que aún no inician dicho proceso, donde se tome en cuenta las particularidades de las mismas.

XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud, República de Nicaragua. Ley General de Salud, Ley No. 423 y su reglamento. 2003.
2. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe.
3. Espinoza Fernando, Jaime, Nicaragua. El desarrollo del Sistema de Salud desde mediados del Siglo XX hasta nuestros días.2001
4. MINSA. Documento Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) 2004.
5. Odo Asensio Haumi. Lima Perú 2004. Actitudes hacia el uso de sustancias psicotrópicas. Universidad Inca Garciloso de la Vega. [www. Monografías.com](http://www.Monografias.com).
6. Núñez Sotelo H._ Actitud de los gerentes en salud del hospital Central Antonio Maria Pineda. Trabajo de tesis para MSP, Universidad Centroccidental Barquisimeto, Venezuela. 2003.
7. Nobigrot-Kleiman. Actitudes hacia la investigación y el aprendizaje en estudiantes de medicina.UNAM, México, D.F. 1985.
8. Fernández de Pinedo, Construcción de Escala de actitudes tipo Likert_ Centro de Investigación y Asistencia Técnica,

Instituto de seguridad e Higiene del Ministerio de Trabajo,
Barcelona España.

9. Programa de fortalecimiento de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de Perú. Curso de Gestión en las redes de establecimientos y servicios de salud. Gestión de Recursos Humanos. Lima Perú.1999
10. Robbins, Stephen P. Comportamiento Organizacional: Conceptos, controversias y aplicaciones 6ta ed. México. Prentice-Hall Hispanoamericana. 1993.
11. De la Peza, Lourdes et col. La cultura y el clima organizacional. División General de Recursos Humanos, Proyecto Liderazgo y Gerencia en Salud. Management Sciencies for Health. Managua. Ministerio de Salud. 2003
12. Aguilar Margarita et col. Clima, cultura desarrollo y cambio organizacional. México D.F. 2003
13. Cárdenas, María Cristina, Religión y gobernabilidad en las transiciones democráticas latinoamericanas.V edición. Cuenca.1998.
14. Equipo de Cambio. Documento Mejora de la Atención en los Centros de Salud. SILAIS Managua,2005
15. Ministerio de Salud, SILAIS Managua. Plan de los pequeños pasos. Septiembre 2005.
16. Pineda, Elías., Alvarado, Eva Luz de., y Canales, Francisca H. De. Metodología de la investigación: Manual para el

desarrollo de personal de salud. 2da. Edición. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. 1994

17. Brito, Pedro., Campos, Francisco. y Novick, Matrha. Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud: Cambios y Oportunidades. Washington D.C.: OPS, 1996.
18. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Reunión Regional Recursos Humanos: Un factor crítico de la reforma sectorial en salud. Washington D.C.: OPS.1998
19. Pólit, Dense., Hungler, Bernadette. Investigación científica. En ciencias de la salud. 2da Edición. México D.F. Interamericana.1985
20. Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional / Universidad de Liverpool, Reforma del Sector Salud en Latinoamérica y Experiencias Europeas, Berlín 1998.
21. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Iniciativa de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Análisis de las Reformas del sector salud en la subregión de Centroamérica y República Dominicana. 2da Edición. 2002
22. Perlman D.; Cozby P., Psicología Social 1ra Edición. México D.F. Interamericana.1985.

23. Ministerio de Salud, División General de Recursos Humanos. Nicaragua. Convenio Colectivo y Convenio Salarial. 2003.
24. Programa de Reconstrucción para América Central. Proyecto Rehabilitación de Servicios de Atención Primaria y Fortalecimiento del SILAIS Managua. Nicaragua. Gestión de Servicios de Salud (Campaña de Marketing Interno) 2004.
25. Ministerio de Salud Nicaragua, Plan Nacional de Salud 2004-2015.
26. González Guillermo. Proyecto Rehabilitación de Servicios de Atención Primaria y fortalecimiento del SILAIS Managua. Ajuste al Modelo Actual de Organización y Gestión del SILAIS Managua. Managua. 2005.
27. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial de los servicios de salud. Teoría y Técnicas de desarrollo organizacional. Vol. 3 Guatemala 2000.
28. Análisis consistencia interna mediante Alfa de Cronbach, Rubén Ledesma y colaboradores, Argentina 2002.

ANEXO

ANEXO 1

Tabla No. 1: Dimensión, orientación y valores escalares de los reactivos que conformaron el instrumento definitivo.

Planteamiento	Dimension	Orientación	Valores escalares
1	Cognitivo	Positiva	5,4,3,2,1
2	Conductual	Negativa	1,2,3,4,5
3	Cognitivo	Positiva	5,4,3,2,1
4	Cognitivo	Negativa	1,2,3,4,5
5	Afectiva	Positiva	5,4,3,2,1
6	Cognitivo	Negativa	1,2,3,4,5
7	Cognitivo	Negativa	1,2,3,4,5
8	Afectiva	Positiva	5,4,3,2,1
9	Cognitivo	Positiva	5,4,3,2,1
10	Conductual	Negativa	1,2,3,4,5
11	Cognitivo	Positiva	5,4,3,2,1
12	Afectiva	Negativa	1,2,3,4,5
13	Afectiva	Positiva	5,4,3,2,1
14	Conductual	Positiva	5,4,3,2,1
15	Cognitivo	Positiva	5,4,3,2,1
16	Afectiva	Positiva	5,4,3,2,1
17	Conductual	Positiva	5,4,3,2,1
18	Conductual	Positiva	5,4,3,2,1

ANEXO 2

INSTRUMENTO DEFINITIVO PARA RECOLECCION DE DATOS

Estimados trabajadores de salud:

Se solicita su colaboración para el llenado de los contenidos del presente instrumento tipo escala de Liker, que tiene como finalidad obtener información sobre la actitud que tienen los trabajadores de salud, hacia el Nuevo Modelo de Atención implementándose en varios Centros de Salud del SILAIS Managua, y que es un requisito de los investigadores, para optar al título de Maestro en Salud Pública del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores para la Salud de la UNAN-Managua.

La información brindada es anónima y confidencial, de carácter académico.

Se te presentan a continuación una serie de 18 planteamientos los cuales deberás contestar con una X en la casilla correspondiente según las siguientes opciones:

Si estas totalmente de acuerdo

Si estas de acuerdo

Si estas ni de acuerdo, ni en desacuerdo

Si estas en desacuerdo

Si estas totalmente en desacuerdo.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!



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



INSTRUMENTO DEFINITIVO PARA RECOLECCION DE DATOS

DATOS GENERALES:

1. Nombre de su unidad de trabajo: _____
2. Sexo: Masculino _____; Femenino _____
3. Edad: _____
4. Nivel educativo: _____
5. Cargo Laboral: _____
6. Antigüedad Laboral: _____
7. Vida sindical Activa SI: _____ No: _____

ITEM	PLANTEAMIENTO	TA	DE	NAD	D	TD
1	El Nuevo Modelo de Atención permite la satisfacción de los usuarios externos.					
2	No me adapto con facilidad al Nuevo Modelo de Atención.					
3	El Nuevo Modelo de Atención facilita el trabajo en equipos multidisciplinares.					
4	Los Centros de Salud no necesitan de un Nuevo Modelo de Atención para mejorar la atención.					
5	Veó con agrado que el NMA permite la atención de la población con prontitud y comodidad.					
6	El Nuevo Modelo de Atención no requiere la descentralización de los recursos hacia el Centro de Salud					
7	Considero que con el Nuevo Modelo de Atención, no se afecta la estabilidad laboral					
8	Me preocupa no disponer de los recursos necesarios para cumplir con nuestros objetivos.					
9	Las actividades se sustentan en las Normas, Manuales y Protocolos adecuados al Nuevo Modelo de Atención.					
10	El Nuevo Modelo de Atención no cambia mi manera de trabajar					
11	El cambio del Modelo de Atención es necesario para cumplir los objetivos de los Centros de Salud.					

ÍTEM	PLANTEAMIENTO	TA	DE	NAD	D	TD
12	No me agrada que con el Nuevo Modelo de Atención se sobre cargue el trabajo					
13	Veó con agrado que en el Centro de Salud la población se sienta segura y confiada de la atención recibida.					
14	Con el Nuevo Modelo de Atención mejora mi prestigio y desempeño profesional.					
15	No se requiere cambios en el modelo de atención para mejorar los indicadores de salud.					
16	Me agrada que la población reconozca el esfuerzo del Centro de Salud por mejorar la atención					
17	Apoyo que los Centros de Salud trabajen coordinadamente y colaboren entre si.					
18	Me gusta intercambiar las experiencias con otro personal de salud participante del Nuevo Modelo de Atención.					

Alternativas de respuesta a cada planteamiento:

TA: Si estas totalmente de acuerdo

DE: Si estas de acuerdo

NAD: Si estas ni de acuerdo, ni en desacuerdo

D: Si estas en desacuerdo

TD: Si estas totalmente en desacuerdo

ANEXO 3

VALORES ESTADÍSTICOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LAS ACTITUDES

Tabla No. 2. Pruebas estadísticas para el total de Items de la escala.

Indicadores	Valores	Error
Media	71,2771	,5051
Intervalo de confianza para la media del 95%	Limite Inferior 70,2797	
	Limite Superior 72,2745	

Tabla No. 3. Pruebas estadísticas para los Ítems en la dimensión cognitiva de la escala

Indicadores	Valores	Error
Media	29,8855	,2970
Intervalo de confianza para la media del 95%	Limite Inferior 29,2990	
	Limite Superior 30,4720	

Tabla No. 4. Pruebas estadísticas para los Items en la dimensión afectiva de la escala.

Indicadores	Valores	Error
Media	21,6747	,1945
Intervalo de confianza para la media del 95%	Limite Inferior 21,2906	
	Limite Superior 22,0588	

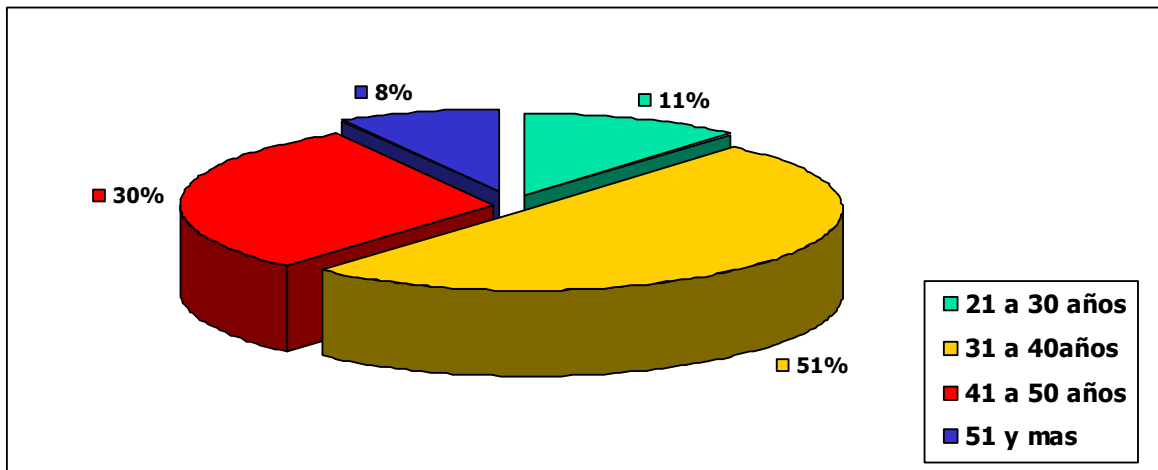
Tabla No. 5. Pruebas estadísticas para los Items en la dimensión conductual de la escala.

Indicadores	Valores	Error
Media	19,7169	,1882
Intervalo de confianza para la media del 95%	Limite Inferior 19,3454	
	Limite Superior 20,0884	

ANEXO 4

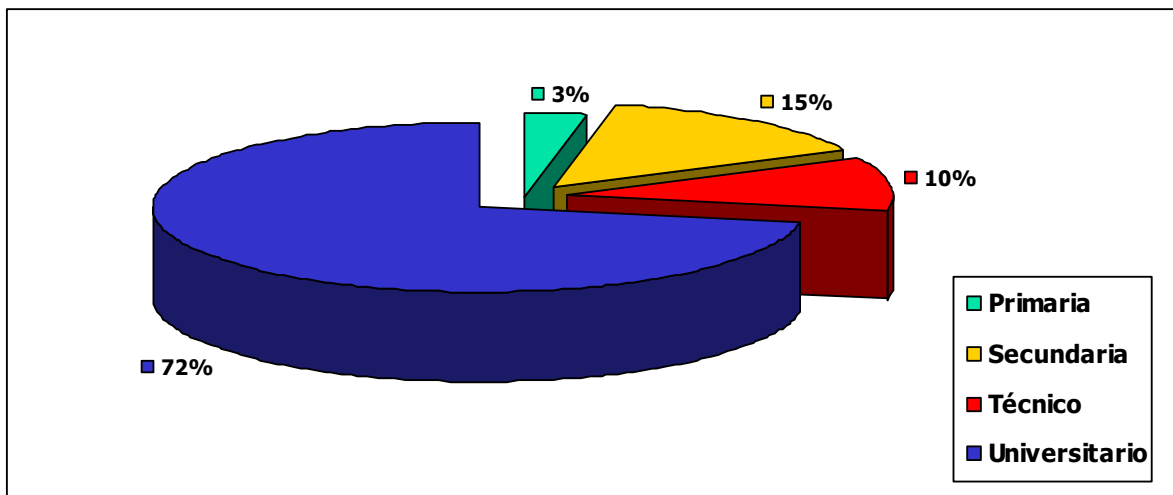
TABLAS Y GRAFICOS DE RESULTADOS

Grafico No. 1 Frecuencia según grupos etareos de los trabajadores de salud entrevistados en el estudio.



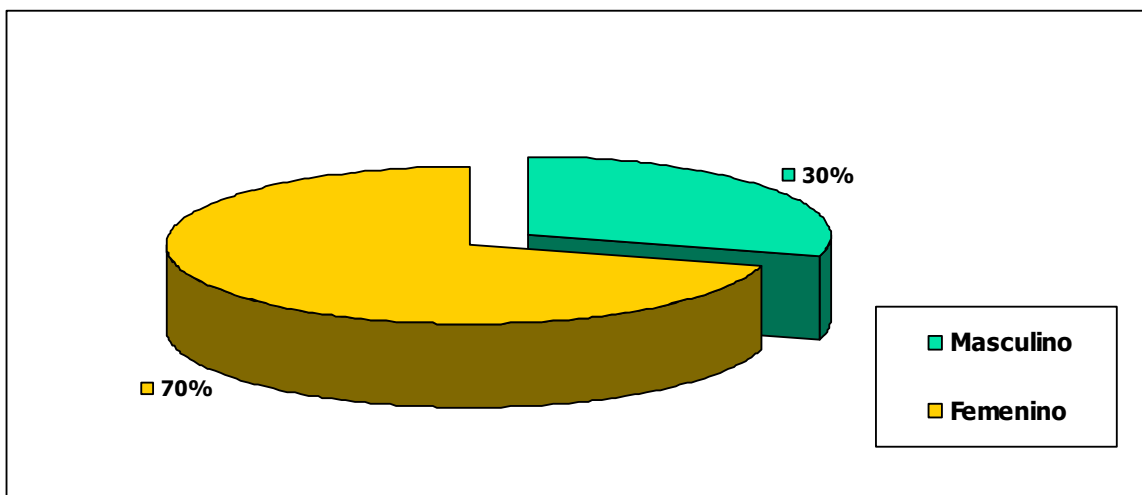
Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

Grafico No. 2 Frecuencia según Nivel Educativo de los trabajadores de salud entrevistados en el estudio.



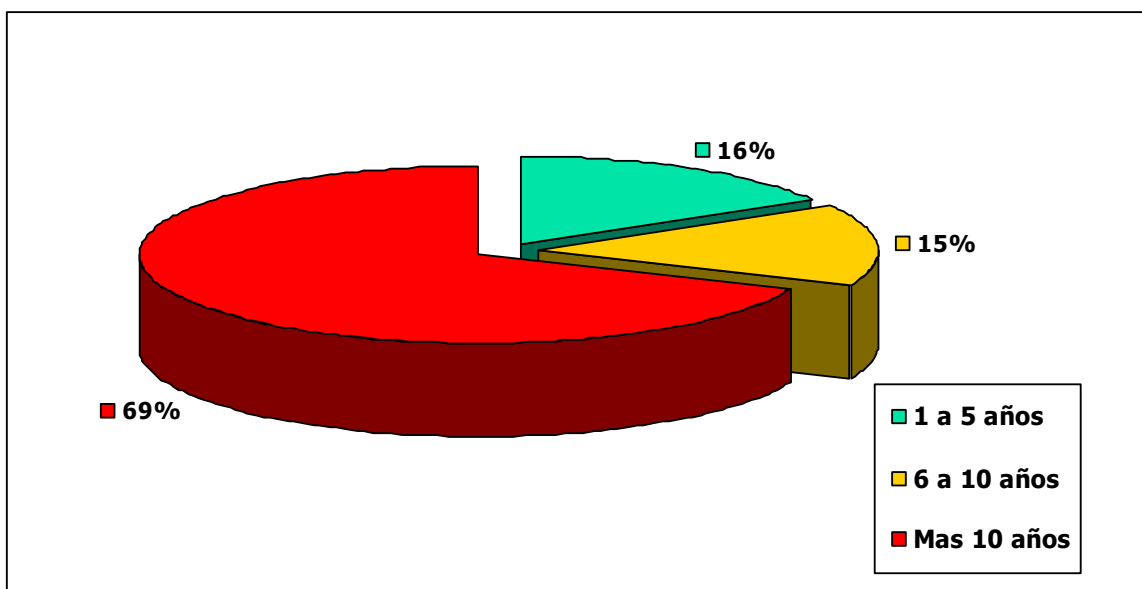
Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

Grafico No. 3 Frecuencia según el sexo de los trabajadores de salud entrevistados en el estudio.



Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

Grafico No. 4 Frecuencia según Antigüedad Laboral de los trabajadores de salud entrevistados en el estudio.



Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

Tabla No. 6 Frecuencia según Cargo Laboral de los trabajadores de la salud encuestados en el estudio.

Cargo Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Gerente SILAIS	4	2.4
Gerente Unidad de Salud	60	36.1
Técnico SILAIS	8	4.8
Médicos	42	25.3
Enfermera	44	26.5
Otros (Sindicalistas)	8	4.8
Total	166	100

Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

Tabla No. 7 Frecuencia según vida sindical activa de los Trabajadores de salud encuestados en el estudio.

Vida sindical activa	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	21.1
No	131	78.9
Total	166	100.0

Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

Tabla No. 8 Puntajes de la escala de actitud según grupos de edad de los trabajadores entrevistados.

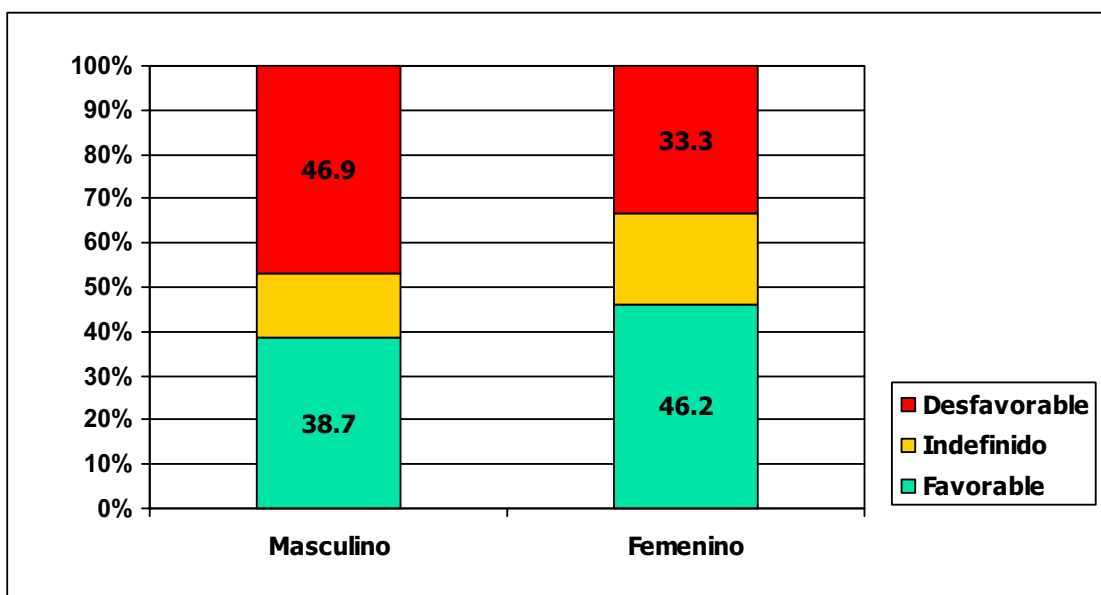
Suma Total Puntaje	Grupos de Edad				Total
	20 A 30	31 A 40	41 A 50	51 y mas	
54,00		1			1
55,00		1			1
58,00		2			2
60,00			2		2
61,00		3			3
62,00	2	2	3		7
63,00	1	2			3
64,00		6	1	1	8
65,00	1	4	3	1	9
66,00	1		4	1	6
67,00		3	2		5
68,00		7	1	1	9
69,00	1	3	2		6
70,00	2	5	4		11
71,00	1	3	2		6
72,00	2	5	6	1	14
73,00		7	5	1	13
74,00	3	7	1	1	12
75,00	1	2	2	2	7
76,00		4	6		10
77,00		3		1	4
78,00	1	6			7
79,00				2	2
80,00		4	2		6
81,00	1		1		2
82,00	1			1	2
83,00		1			1
84,00	1		1		2
85,00		1	1		2
86,00				1	1
88,00		1	1		2
	19	83	50	14	166

Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

- Puntajes entre 54 y 69 definen actitud DESFAVORABLE, (n = 62)
- Puntajes entre 70 y 72 definen actitud INDECISA, (n =31)
- Puntajes entre 73 y 88 definen actitud FAVORABLE, (n = 73)

Grafico No.5

Actitud hacia el nuevo modelo de atención según edad de los trabajadores entrevistados.



Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

Tabla No. 9 Puntajes de la escala de actitud según el sexo de los trabajadores entrevistados.

Suma Total Puntaje	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
54,00	1		1
55,00	1		1
58,00	1	1	2
60,00	2		2
61,00	2	1	3
62,00	5	2	7
63,00	2	1	3
64,00	4	4	8
65,00	3	6	9
66,00	4	2	6
67,00	4	1	5
68,00	5	4	9
69,00	5	1	6
70,00	8	3	11
71,00	4	2	6
72,00	12	2	14
73,00	10	3	13
74,00	10	2	12
75,00	6	1	7
76,00	5	5	10
77,00	4		4
78,00	4	3	7
79,00	2		2
80,00	4	2	6
81,00	1	1	2
82,00	2		2
83,00	1		1
84,00	1	1	2
85,00	2		2
86,00	1		1
88,00	1	1	2
	117	49	166

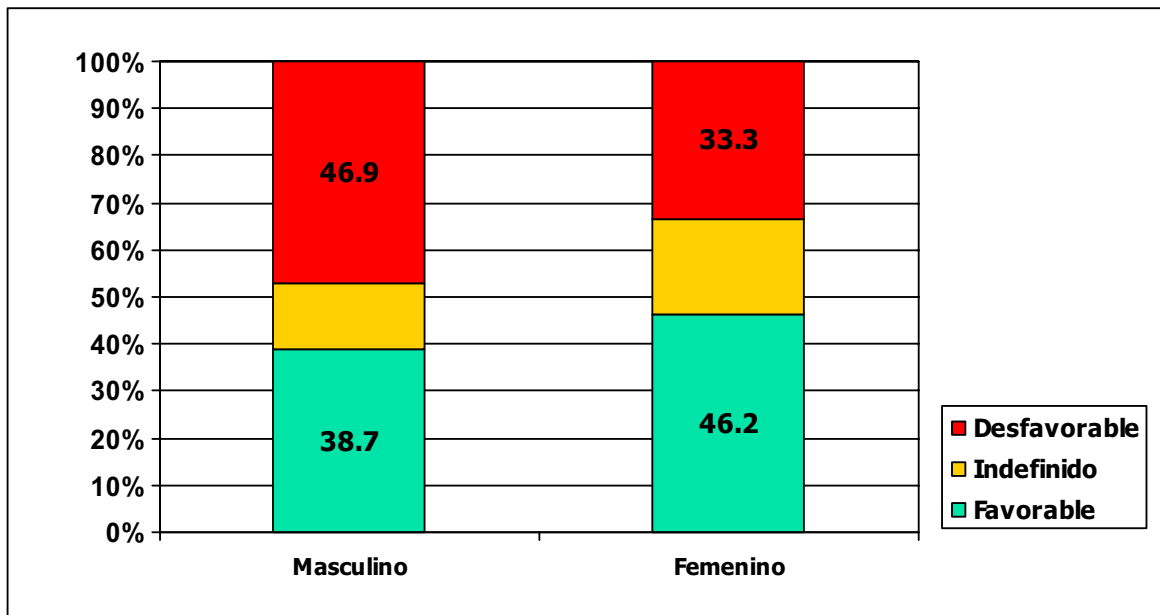
Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

- Puntajes entre 54 y 69 definen actitud DESFAVORABLE, (n = 62)
- Puntajes entre 70 y 72 definen actitud INDECISA, (n = 31)

- Puntajes entre 73 y 88 definen actitud FAVORABLE, (n = 73)

Grafico No. 6

Actitud hacia el nuevo modelo de atención según sexo de los trabajadores entrevistados.



Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

Tabla No. 10 Puntajes de la escala de actitud según el nivel educativo de los trabajadores entrevistados.

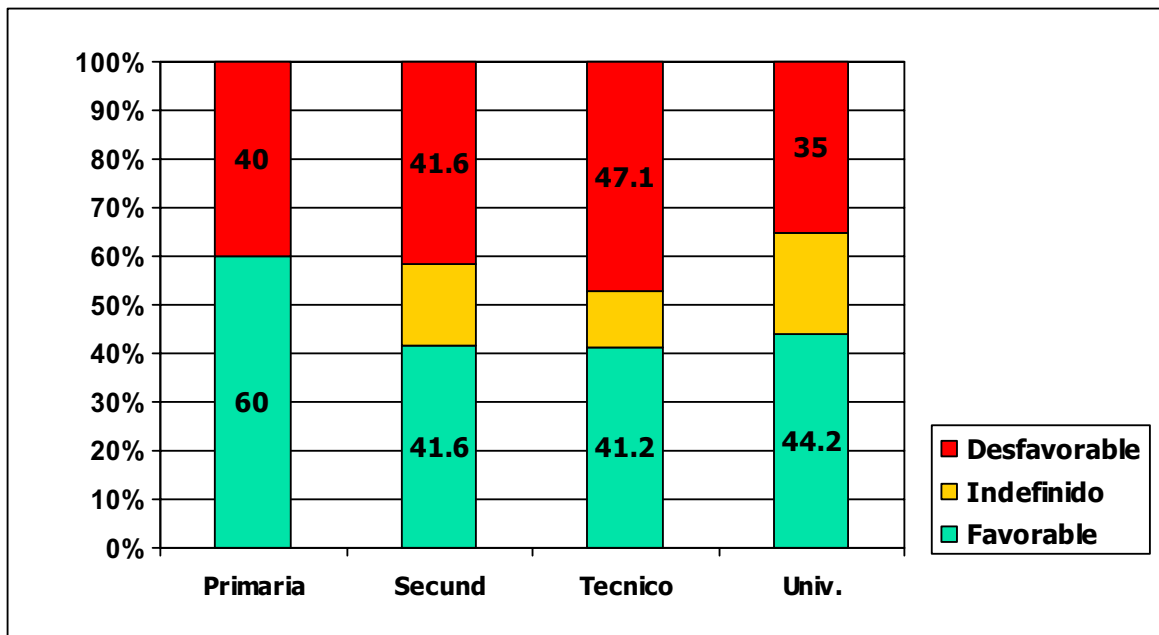
Suma Total Puntaje	Nivel Educativo				Total
	Prim.	Sec.	Tec.	Univ.	
54,00				1	1
55,00				1	1
58,00		1		1	2
60,00				2	2
61,00			1	2	3
62,00		2		5	7
63,00			1	2	3
64,00	2	1	1	4	8
65,00			1	8	9
66,00			3	3	6
67,00		3		2	5
68,00		1	1	7	9
69,00		2		4	6
70,00				11	11
71,00		1	1	4	6
72,00		3	1	10	14
73,00	1	2	1	9	13
74,00		2	1	9	12
75,00	1	1		5	7
76,00			1	9	10
77,00			1	3	4
78,00				7	7
79,00			1	1	2
80,00		2	1	3	6
81,00				2	2
82,00				2	2
83,00				1	1
84,00	1	1			2
85,00			1	1	2
86,00		1			1
88,00		1		1	2
	5	24	17	120	166

Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

- Puntajes entre 54 y 69 definen actitud DESFAVORABLE, (n = 62)
- Puntajes entre 70 y 72 definen actitud INDECISA, (n = 31)
- Puntajes entre 73 y 88 definen actitud FAVORABLE, (n = 73)

Grafico No.7

Actitud hacia el nuevo modelo de atención según el nivel educativo de los trabajadores entrevistados.



Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

Tabla No. 11 Puntajes de la escala de actitud según los años de antigüedad laboral de los trabajadores entrevistados.

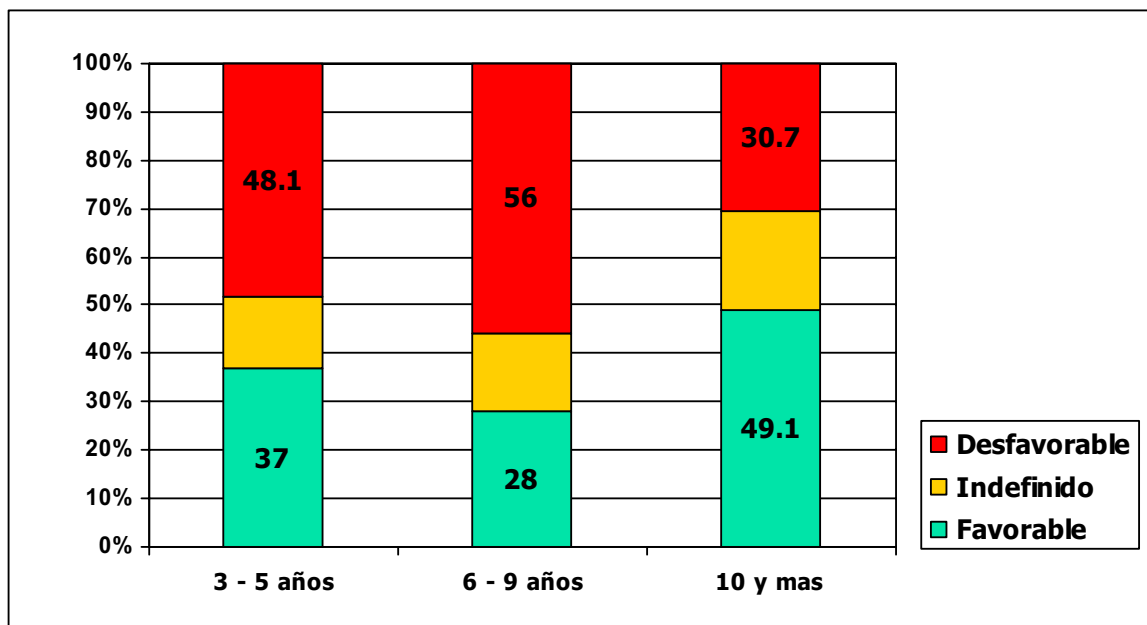
Suma Total Puntaje	Antigüedad (Rangos)			Total
	3 A 5	6 A 9	10 Y +	
54,00	1			1
55,00			1	1
58,00			2	2
60,00		1	1	2
61,00	1	2		3
62,00	2	1	4	7
63,00	1	1	1	3
64,00	2	2	4	8
65,00	2	1	6	9
66,00	1	1	4	6
67,00	1		4	5
68,00	1	2	6	9
69,00	1	3	2	6
70,00	3	2	6	11
71,00		1	5	6
72,00	1	1	12	14
73,00		1	12	13
74,00	4	2	6	12
75,00	1		6	7
76,00		2	8	10
77,00	1		3	4
78,00	2	1	4	7
79,00			2	2
80,00	1		5	6
81,00	1		1	2
82,00			2	2
83,00			1	1
84,00		1	1	2
85,00			2	2
86,00			1	1
88,00			2	2
	27	25	114	166

Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

- Puntajes entre 54 y 69 definen actitud DESFAVORABLE, (n = 62)
- Puntajes entre 70 y 72 definen actitud INDECISA, (n = 31)
- Puntajes entre 73 y 88 definen actitud FAVORABLE, (n = 73)

Grafica No. 8

Actitud hacia el nuevo modelo de atención según la antigüedad laboral de los trabajadores entrevistados.



Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

Tabla No. 12 Puntajes de la escala de actitud según de el cargo laboral de los trabajadores entrevistados.

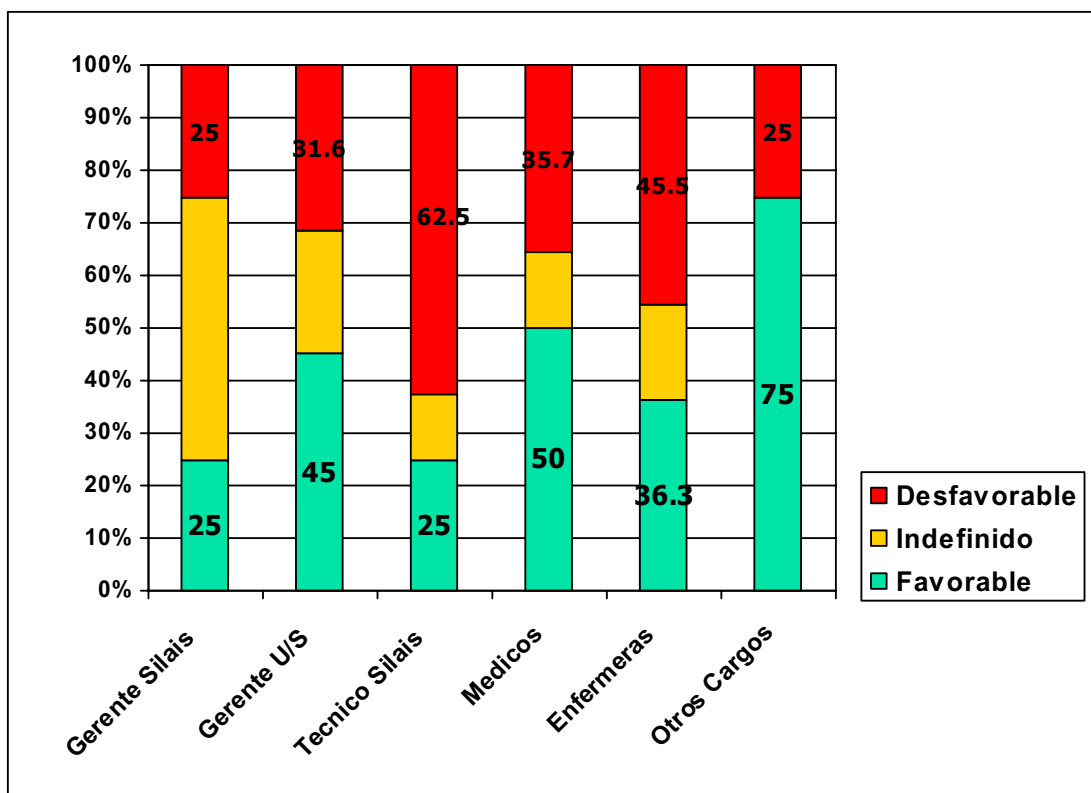
Suma TotalPuntaje	Cargo Laboral						Total
	Gerente SILAIS	Gerente U/S	Técnico SILAIS	Médico	Enfermería	Otros (Sindicalista)	
54,00		1					1
55,00		1					1
58,00		1			1		2
60,00			1	1			2
61,00		1		1	1		3
62,00		2		3	2		7
63,00		1		1	1		3
64,00		1		2	5		8
65,00		3	3	2	1		9
66,00	1	2		1	1	1	6
67,00		1		1	3		5
68,00		3	1	1	3	1	9
69,00		2		2	2		6
70,00	2	2	1	3	3		11
71,00		4		1	1		6
72,00		8		2	4		14
73,00		4	2	2	5		13
74,00		7		4	1		12
75,00		1		2	3	1	7
76,00	1	5		3	1		10
77,00		2		1	1		4
78,00		3		3	1		7
79,00		2					2
80,00		1		2	2	1	6
81,00				2			2
82,00		2					2
83,00				1			1
84,00						2	2
85,00					1	1	2
86,00					1		1
88,00				1		1	2
	4	60	8	42	44	8	166

Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

- Puntajes entre 54 y 69 definen actitud DESFAVORABLE, (n = 62)
- Puntajes entre 70 y 72 definen actitud INDECISA, (n = 31)
- Puntajes entre 73 y 88 definen actitud FAVORABLE, (n = 73)

Grafica No. 9

Actitud hacia el nuevo modelo de atención según el cargo laboral de los trabajadores entrevistados.



Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

Tabla No. 13 Puntajes de la escala de actitud según de la vida sindical activa de los trabajadores entrevistados.

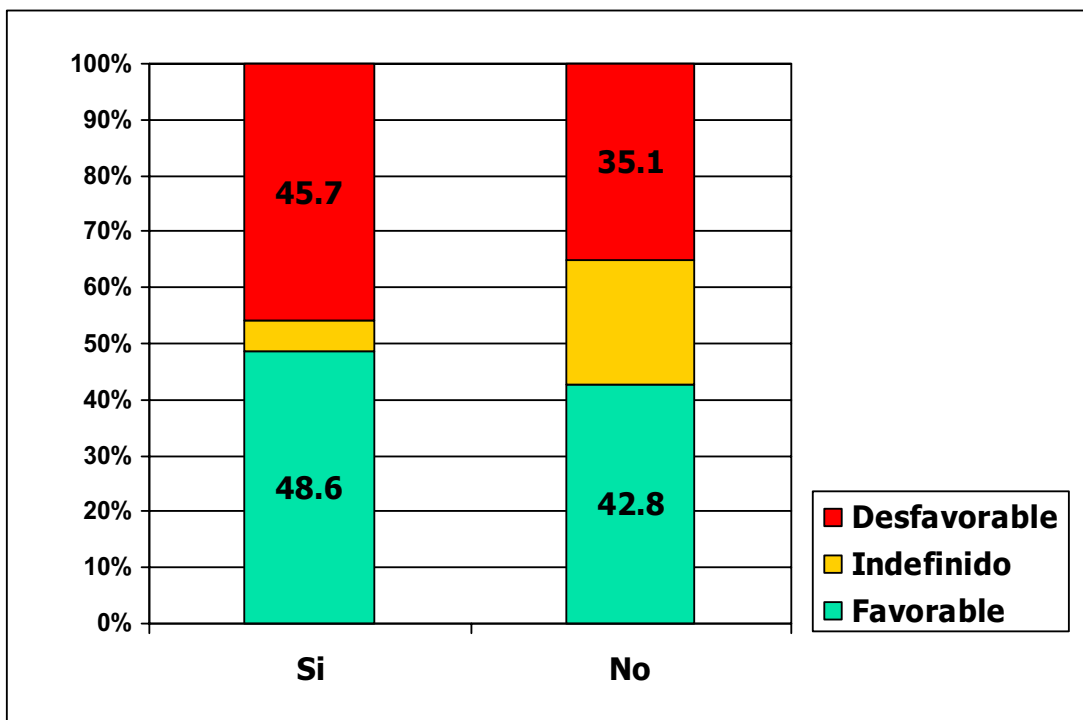
Puntaje total ítems	Vida Sindical Activa		Total
	No	Si	
4,00	1		1
5,00		1	1
8,00	2		2
0,00	2		2
1,00	2	1	3
2,00	6	1	7
3,00	2	1	3
4,00	5	3	8
5,00	5	4	9
6,00	4	2	6
7,00	5		5
8,00	6	3	9
9,00	6		6
0,00	11		11
1,00	5	1	6
2,00	13	1	14
3,00	10	3	13
4,00	10	2	12
5,00	5	2	7
6,00	8	2	10
7,00	3	1	4
8,00	7		7
9,00	1	1	2
0,00	5	1	6
1,00	2		2
2,00	1	1	2
3,00	1		1
4,00		2	2
5,00	1	1	2
6,00	1		1
8,00	1	1	2
	131	35	166

Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

- Puntajes entre 54 y 69 definen actitud DESFAVORABLE, (n = 62)
- Puntajes entre 70 y 72 definen actitud INDECISA, (n = 31)
- Puntajes entre 73 y 88 definen actitud FAVORABLE, (n = 73)

Grafico No. 10

Actitud hacia el nuevo modelo de atención según la Vida sindical activa de los trabajadores entrevistados.



Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

Tabla No. 14 Puntajes totales de la escala de actitud, aplicada a los Trabajadores de salud .

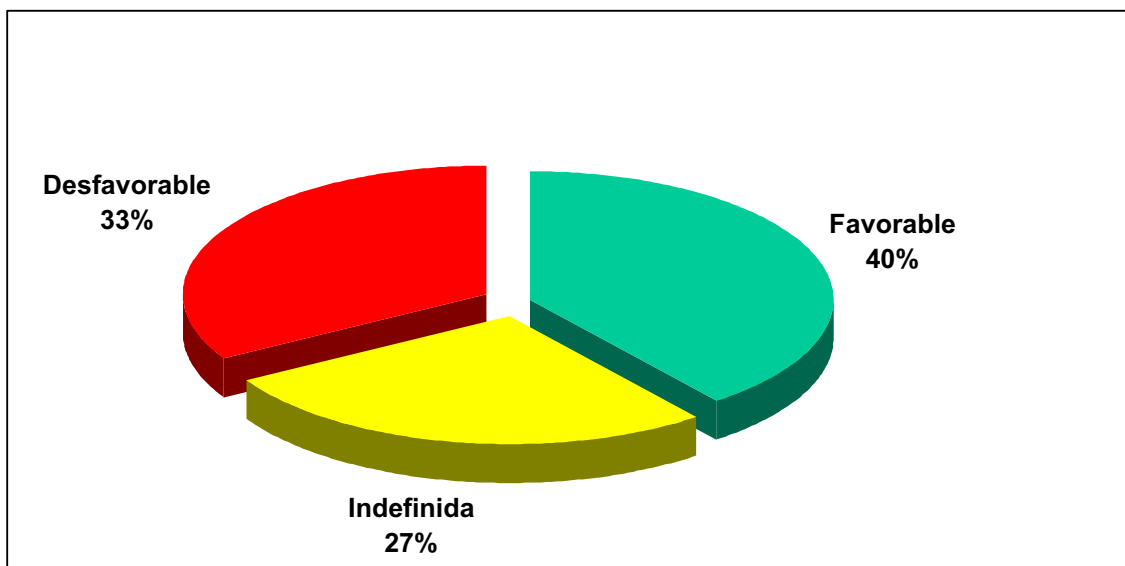
Puntajes	Frecuencias	Porcentajes
54,00	1	,6
55,00	1	,6
58,00	2	1,2
60,00	2	1,2
61,00	3	1,8
62,00	7	4,2
63,00	3	1,8
64,00	8	4,8
65,00	9	5,4
66,00	6	3,6
67,00	5	3,0
68,00	9	5,4
69,00	6	3,6
70,00	11	6,6
71,00	6	3,6
72,00	14	8,4
73,00	13	7,8
74,00	12	7,2
75,00	7	4,2
76,00	10	6,0
77,00	4	2,4
78,00	7	4,2
79,00	2	1,2
80,00	6	3,6
81,00	2	1,2
82,00	2	1,2
83,00	1	,6
84,00	2	1,2
85,00	2	1,2
86,00	1	,6
88,00	2	1,2
Total	166	100,0

Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

- Puntajes entre 54 y 69 definen actitud DESFAVORABLE, (n = 62)
- Puntajes entre 70 y 72 definen actitud INDECISA, (n = 31)
- Puntajes entre 73 y 88 definen actitud FAVORABLE, (n = 73)

Grafico No.11

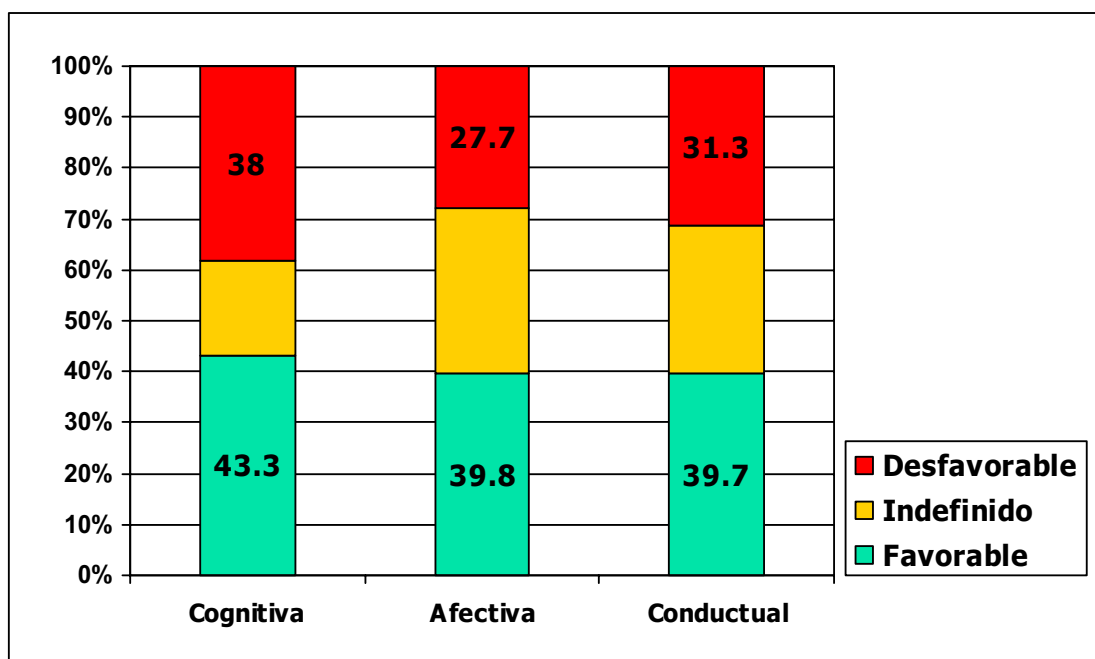
Orientación de la actitud de los trabajadores entrevistados, hacia el nuevo modelo de atención en Centros de Salud del SILAIS Managua.



Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

Grafico No.12

Orientación de la actitud de los trabajadores entrevistados, según las dimensiones de la actitud hacia el nuevo modelo de atención en Centros de Salud del SILAIS Managua.



Fuente: Entrevistas a trabajadores de Centros de Salud de Managua, Noviembre 2004- Marzo 2005

ANEXO 5

Guía de temáticas para Grupos Focales y tabla de análisis

- En general, qué opinión tienes del modelo de atención implementándose en el Centro de Salud?
- Cómo te sientes, al ser un trabajador activo en el proceso de implantación del modelo de atención, en los Centros de Salud?
- Consideras necesario el Nuevo Modelo de Atención para alcanzar los objetivos y mejorar la calidad de atención de los usuarios del Centro de Salud?
- Crees que adaptarte al modelo de atención actual es difícil de alcanzar, Porqué?
- Consideras que la población usuaria del Centro de salud esta siendo atendida con comodidad y prontitud ahora que se implanta un nuevo modelo de atención?
- Como valoras el trabajo de equipo en al marco del NMA?
- Como valoras el proceso de inducción al NMA en tu Centro de Salud?

Tabla No. 13 Resultado de los Grupos Focales

Descriptores	Grupo de personal asistencial	Grupo de personal gerencial	Análisis
<p>En general, qué opinión tienes del modelo de atención implementándose en el Centro de Salud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es una buena alternativa para solucionar los problemas de los pacientes • La atención simultanea de la madre y el niño garantiza una atención rápida y eficaz • Desde el punto de vista profesional nos permite mejorar el ejercicio y aprender nuevamente • En el Centro de Salud ahora se esta implementando lo que hacemos en los Puestos de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es muy importante el NMA, nos da proyección para desarrollar capacidades profesionales y mejorar la calidad de atención. • Con el NMA no se pierden oportunidades y mejoramos los indicadores. • El NMA estandariza los procedimientos, optimiza los recursos disponible 	<p>En general ambos grupos muestran una tendencia favorable hacia el NMA</p>
<p>Cómo te sientes, al ser un trabajador activo en el proceso de implantación del modelo de atención, en los Centros de Salud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Al inicio con resistencia, ahora me siento mejor. • Siento que nos hemos quedado solos porque falta el seguimiento del SILAIS. • Mal porque algunos pacientes creen que somos practicantes debido a que no son los mismos médicos de siempre. 		<p>Esta temática fue aplicada únicamente al Personal asistencial y en la misma expresan cierto temor que se relaciona a la dimensión afectiva de la actitud, obteniendo una tendencia desfavorable hacia el NMA.</p>
<p>Consideras necesario el Nuevo Modelo de Atención para alcanzar los objetivos y mejorar la calidad de atención de los usuarios del Centro de Salud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si, porque se podrá mejorar coberturas de los programas, hay más captaciones. • Si, es necesario para mejorar la calidad de los servicios se reducen filas y siempre están siendo atendidos. 		<p>Esta temática fue aplicada únicamente al personal asistencial y en la misma expresan opiniones favorables hacia el NMA, reforzando la dimensión cognitiva de la actitud.</p>

Descriptores	Grupo de personal asistencial	Grupo de personal gerencial	Análisis
<p>Creas que adaptarte al modelo de atención actual es difícil de alcanzar, Porqué?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para mi no, porque es lo que siempre hago. • No, siempre y cuando vencamos el temor de practicar lo que dejamos de hacer con el modelo anterior. • No, para los que venimos de los Puestos de Salud, porque ahí hacemos de todo • No, me costo mas adaptarme al modelo anterior, cuando me trasladaron al Centro de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al comienzo hubo rechazo, hasta hubo sabotaje pero actualmente es diferente • Creo que No es difícil como todo proceso los recursos humanos tienden a esquematizarse • El cambio siempre hace que la gente tenga reacciones , actualmente hay apoyo 	<p>En general ambos grupos muestran una tendencia favorable, reforzando la dimensión cognitiva hacia el NMA</p>
<p>Consideras que la población usuaria del Centro de salud esta siendo atendida con comodidad y prontitud ahora que se implanta un nuevo modelo de atención?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considero que al inicio había desorden, improvisación y la población se confundía hacia donde sería atendida, hoy muchos pacientes dicen ser mejor atendidos. • Aun faltan condiciones, la gerencia tiene que mejorar, y se necesitan mas mobiliarios y equipos • Considero que si, sin embargo cuando faltan algunos recursos los otros no pueden atender mas rápido. • He mirado que las filas de personas son mas cortas y duran menos; ahora las salas de espera siempre están llenas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si, el NMA contribuye a disminuye los tiempos de espera. • Las usuarias aun consideran que el tiempo de espera no es adecuado, pero es por el aumento en la demanda de servicios. • Si , debemos mantener organizada la demanda para que se garantice estos aspectos de calidad de atención 	<p>En general ambos grupos muestran una tendencia favorable, reforzando la dimensión cognitiva hacia el NMA</p>
<p>Como valoras el trabajo de equipo en el marco del NMA?</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Ha cambiado la forma de trabajo, se involucra a la comunidad • Nos hemos integrado con los trabajadores apoyando en horarios compartidos, hacemos las veces de semáforos 	<p>Esta temática fue discutida solamente por el personal gerencial y refuerza la orientación favorable de la dimensión conductual de la actitud</p>
<p>Como valoras el proceso de inducción al NMA en tu Centro de Salud?</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Es importante, pero hay que estar constantemente recordando las funciones que le corresponden a cada recurso. • Hay una debilidad para el desarrollo y es la falta de acompañamiento de parte del SILAIS • Para dar continuidad se debe crear comisiones de supervisión o acompañamiento por parte del SILAIS 	<p>Esta temática fue discutida solamente por el personal gerencial con opiniones neutras acerca de la actitud</p>

ANEXO 6

Imágenes de Centros de Salud con el Nuevo Modelo de Atención.



Fotos No. 1 y 2: “El flujo de la atención se agiliza desde el servicio de Admisión, las filas se acortan, los usuarios expresan satisfacción por los cambios”.
(Centro de Salud Pedro Altamirano)



Foto No. 3: “Existen mas oportunidades para brindar orientación y educación a los usuarios externos”



Foto No. 4: “La atención se agiliza a través de las Unidades de Apoyo Clínico, con tareas propias del personal de enfermería”



Fotos No. 5 y 6: El trabajo en equipo se pone en practica en los diferentes ambientes de atención. (Centro de Salud Pedro Altamirano)



Foto No. 7 Centro de Salud Pedro Altamirano



Foto No. 8 Centro de Salud Francisco Buitrago

“Los ambientes de atención están ocupados desde primeras horas del día”