

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA INTEGRAL DE
ATENCIÓN EN SALUD -SIAS-
MUNICIPIO DE LA GOMERA, DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA.**

IRIS SUCELY CASTELLANOS CASTILLO. MC.

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Calle Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora. **Iris Sucely Castellanos Castillo**,

Carné universitario No: **1006184**

Ha presentado, para su EXAMEN PRIVADO DE TESIS, previo a optar al título de **Maestra en Salud Pública con Énfasis en Salud Ambiental**, el trabajo de tesis titulado: **“SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD -SIAS- MUNICIPIO DE LA GOMERA, DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA”**

Que fue asesorado por: **Dr. Mario Rodolfo Salazar Morales**.

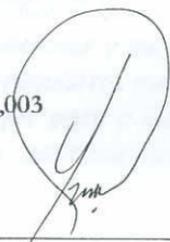
Y revisado por: **Dr. Joel Sical Flores**.

Quiénes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la presente **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

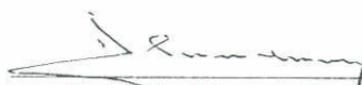
Guatemala, 06 de noviembre 2,003



Dra. Cizel Zea Iriarte
Coordinadora de Maestría
en Salud Pública



Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez
Director de Fase IV



Dr. Carlos Alberto Alvarado Dumas
Decano
Facultad de Ciencias Médicas



Guatemala, 26 de Septiembre de 2003.

Dr. Joel Eleazar Sical Flores
Coordinador a.i. de Maestría en Salud Pública
Facultad de Ciencias Médicas, fase IV
Usac.

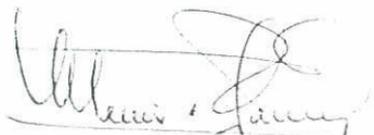
Dr. Sical Flores:

En mi calidad de Asesor de la tesis de IRIS SUCELY CASTELLANOS CASTILLO. MC, carne universitario No. 1006184, cursante de la primera promoción de maestría en Salud Pública, comunico a usted que he aportado apoyo continuo de tipo metodológico y de contenido temático en la realización y readecuación del informe final del estudio titulado:

SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD, SIAS. MUNICIPIO DE LA GOMERA, DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA, 1999.

Considerando que durante los años 2002 y 2003 la Dra. Iris Sucely Castellanos Castillo ha venido realizando las adecuaciones y mejoras que el informe final requiere y finalmente cumple con los requisitos metodológicos necesarios doy por **aprobado** dicho informe para que pase a las instancias que la maestría considera en su normativa para que continúe con las etapas finales previo a sus exámenes de graduación.

Atentamente:



Dr. Mario Rodolfo Salazar Morales
Profesor Titular de Maestría en Salud Pública

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, FASE IV
PROGRAMA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



DICTAMEN DE REVISOR DE TESIS

SEÑORA COORDINADORA DE MAESTRÍA:

Cumpliendo con la función a la que me comprometí, he ofrecido asesoría y seguimiento continuo a la estudiante: **IRIS SUCELY CASTELLANOS CASTILLO**, Con carné universitario No. **1006184**, durante la elaboración de su informe final de tesis que viene realizando en la Maestría en Salud Pública, titulado:

“SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD, SIAS. MUNICIPIO DE LA GOMERA DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA”

Actualmente, tanto el desarrollo metodológico del estudio como su contenido, cumplen con los requisitos que un informe final de una investigación científica debe de incluir; por lo tanto cumple con los requisitos del Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Atentamente,

Dr. Joel Sical Flores

Nombre del Revisor

No. de colegiado: 4175



Firma del Revisor

Guatemala, 15 de octubre 2003



ACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Guatemala, 15 de octubre 2003

Doctor
Joel Sical Flores
Coordinador a.i Maestría en Salud Pública
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Estimado Doctor Sical:

Para su conocimiento y efecto le informo que luego de revisar el informe final de tesis presentado por la estudiante **Iris Sucely Castellanos Castillo**, titulado "**Satisfacción de los usuarios del sistema integral de atención en salud, SIAS. Municipio de la Gomera, Departamento de Escuintla**". El mismo cumple con los requisitos establecidos por la Maestría en Salud Pública.

Agradeciendo la atención a la presente de usted. Atentamente,



Dr. Alfredo Moreno Quiñónez
Coordinador de Investigación
Maestría en Salud Pública

M.A. Cayetano Ramiro de León Rodas
Director Consultor Col. No. 345

Guatemala, 31 de octubre de 2003.

Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Salud Pública
USAC.

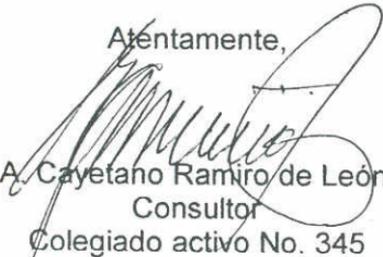
A quien interese.

Tengo el honor de saludarlo y, al mismo tiempo, informarle que en mi calidad de especialista en formalidades lingüísticas, he revisado: sintaxis, morfología, semántica, ortografía, metalingüística y otros aspectos. Respeté las correcciones de los señores asesores, en cuanto a lo técnico de la especialidad, con el fin de asegurar el contexto de la tesis de:

IRIS SUCELY CASTELLANOS DE COLINDRES

Recibí el original para supervisar las correcciones realizadas en la copia que, también, debe presentar el profesional en mención.

Atentamente,



Lic. M.A. Cayetano Ramiro de León Rodas
Consultor
Colegiado activo No. 345

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I ANTECEDENTES	7
CAPÍTULO II JUSTIFICACIÓN	20
CAPÍTULO III OBJETIVOS	21
CAPÍTULO IV MATERIAL Y MÉTODOS	22
CAPÍTULO V RESULTADOS	27
CAPÍTULO VI DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	40
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla o gráfica	Título	Pag.
No. 1	Método utilizado en la movilización hacia la consulta a los centros de convergencia, SIAS municipio La Gomera, departamento de Escuintla, año 1999.	27
No.2	Tiempo de espera antes de pasar a la consulta, a los centros de convergencia SIAS, municipio La Gomera, departamento de Escuintla, año 1999.	27
No.3	Anamnesis y procedimiento diagnóstico utilizado por el médico, en los centros de convergencia SIAS, Municipio La Gomera, departamento de Escuintla, año 1999.	28
No.4	Información ofrecida al paciente durante la consulta en los centros de convergencia SIAS, municipio La Gomera, departamento de Escuintla, año 1999.	28
No.5	Personal a quien se tiene más confianza en consultar, en los centros de convergencia SIAS, municipio La Gomera, departamento de Escuintla, año 1999	29
No.6	Frecuencia de la consulta otorgada por el médico durante un mes en los centros de convergencia SIAS, municipio La Gomera, departamento de Escuintla año 1999.	29
No.7	Calidad de los servicios otorgados, en los centros de convergencia SIAS, municipio La Gomera, departamento de Escuintla año 1999.	30
No.8	Grado de satisfacción de los usuarios de los centros de convergencia SIAS, municipio La Gomera, departamento de Escuintla año 1999	30

La Reforma del Sector Salud ha sido planteada desde inicio de la década de los 90, como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector salud, con el propósito de aumentar la equidad en los servicios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de las acciones y, con ello, lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

En Guatemala, acciones relacionadas con Reforma Sectorial datan del año 1994 con el Programa extensión de cobertura del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) que se relizará en el departamento de Escuintla.

Más adelante, toma auge la incipiente formulación y puesta en operación del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) el cual define su objetivo primordial de atender a la población ubicada fuera de la cobertura usual de los servicios de Salud y, especialmente, direccionado a ofrecer atención a los grupos postergados.

Variadas dicusiones y debates se han realizado sobre la organización y funcionamiento del SIAS y variados han sido los resultados expuestos acerca del alcance de sus objetivos y metas.

Se ha plantanteado que el Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- otorga un conjunto determinado de acciones de fomento, prevención, curación y rehabilitación, que se provee de acuerdo con el análisis de salud en los diversos ámbitos poblacionales, considerando la disponibilidad de recursos que el país ha destinado a través de las fuentes de financiamiento para tal propósito.

Diversos son los ámbitos locales en donde se puso en marcha el SIAS y en los que se espera lograr los propósitos y objetivos de mejoramiento de la salud. Ante este reto y con la finalidad de conocer la opinión que se tiene del sistema de atención en salud, se ha propuesto la realización de un estudio como el presente que permitió identificar, caracterizar criterios y denotar percepciones de los usuarios en la población de La Gomera, así como determinar la satisfacción de las personas que reciben los servicios en el primer nivel de atención en dicho lugar.

El método utilizado durante la investigación consistió en seleccionar cuatro comunidades de estudio con la condición de ser rurales a los cuales se le ha llamado centros de convergencia e incluidos dentro del Sistema Integral de Atención en Salud en el Municipio antes indicado, en el departamento de Escuintla. Un paso importante fue requerir la autorización para realizar las coordinaciones correspondientes y la investigadora pudo asistir a las consultas programadas en los centros, en donde concluida esta labor a los pacientes se les pidió consentimiento y fueron entrevistados por un solo investigador.

Se logró obtener datos básicos que fueron consignados en un cuestionario de entrevista; recabada la información de la muestra de 71 usuarios del Sistema, se procedió al procesamiento, habiendo obtenido sorprendentes resultados, de los cuales se puede destacar que el 92.5% de la población está satisfecha con la atención recibida y han recomendado que estos servicios se brinden en otras comunidades donde aún no se ofrecen.

INTRODUCCION

El Proceso de Reforma Sectorial en Salud debe responder a la problemática Nacional, caracterizada por el alto riesgo epidemiológico, perfil infeccioso, alta mortalidad materna e infantil, la baja capacidad resolutive y productiva de los servicios de salud, entre lo más importante; pero, además, está fundamentada en procesos de reforma muy profundas en la estructura del Estado.

Se ha visto a lo largo de los años que los sistemas de salud que se han mantenido, históricamente, han demostrado ser ineficientes para atender las necesidades básicas de todos los sectores importantes en nuestras poblaciones y, sobre todo, de los grupos al margen de la atención de salud mínima, siempre alejados geográfica, cultural y economicamente de los programas afines.

Los servicios de salud han mostrado ser profundamente ineficaces y altamente ineficientes, en donde las personas perciben deficiente atención, la falta de atención, el difícil acceso y de ello se genera un sentimiento de insatisfacción a sus demandas.

En Guatemala, las primeras acciones relacionadas con Reforma Sectorial, datan del año 1994 con el Programa Extensión de cobertura del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que se realizara en el Departamento de Escuintla. Luego, se formuló y entró a operar el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) el cual define su objetivo primordial de atender a la población ubicada fuera de la cobertura usual de los servicios de Salud, especialmente, direccionado con el propósito de ofrecer atención a grupos postergados.

Como respuesta institucional a la inequidad expresada en múltiples foros e informes sobre el Sistema de Salud imperante en el país, se puso en marcha en 1996 el Sistema Integral de Atención en Salud a través de ofrecer un paquete de servicios básicos brindados a las poblaciones más postergadas. Estos servicios se han venido ofreciendo en las comunidades por personal voluntario e institucional. Variadas discusiones y debates han surgido alrededor de lo realizado, sobre su organización, funcionamiento, financiamiento y resultados desalentadores, pues, indicadores fundamentales como la mortalidad infantil y materna aún siguen manteniendo índices inaceptables y lejanos de metas prefijadas; diversos han sido los resultados producidos a nivel nacional y en localidades específicas aún se carece de evidencias suficientes al respecto.

Con lo anteriormente expresado, surgió la interrogante ¿Se han estado cubriendo las necesidades básicas de salud de la población en el Municipio de La Gomera con los servicios prestados por el Sistema Integral de Atención en Salud? ¿Hay Satisfacción de los usuarios? Para responder dichas interrogantes, se hizo necesario realizar el estudio que en adelante se expone.

Estas dudas son importantes de resolver, porque si queremos poblaciones satisfechas con los servicios de Salud, éstos deben atender los problemas de salud de mayor magnitud, frecuencia y con mayor distribución en la población; los servicios deben estar accesibles a las comunidades y la atención otorgada debe ser de calidad, significando esto la dedicación a cada paciente y el tiempo indispensable para el interrogatorio, adecuada evaluación clínica y

ofrecerle las recomendaciones que en cada caso sean pertinentes y necesarias para recuperar o mantener su salud.

El Sistema Integral de Atención en Salud en La Gomera, se puso en marcha en 1997, de esa fecha hasta el momento de proponer el estudio a la coordinación de la maestría en Salud Pública, no se habían realizado evaluaciones sobre su funcionamiento, por lo que tal estudio es necesario para determinar si se están cumpliendo los procedimientos y se están logrando objetivos y metas.

Con el propósito de identificar y caracterizar el grado de satisfacción de las personas que reciben estos servicios, se realizó el presente estudio en el Municipio de La Gomera, del Departamento de Escuintla. El objetivo fundamental fué determinar el nivel de satisfacción de los usuarios del Sistema Integral de Atención en Salud que ha funcionando en el Municipio de La Gomera, del Departamento de Escuintla, tomando como referencia de estudio el año de 1999.

Para realizar la investigación se consideró una muestra de la población que recibe los servicios del SIAS, se pidió autorización en el distrito para realizar las entrevistas y se asistió los días de consulta para obtener la información.

El método utilizado durante la investigación consistió en seleccionar cuatro comunidades a las que se les calificó como centros de convergencia e incluidas dentro del Sistema Integral de Atención en Salud en el Municipio antes indicado en el Departamento de Escuintla. Se coordinó con la autoridad y se requirió la autorización para que la investigadora pudiera asistir a las consultas médicas programadas en dichos centros, en donde, luego de concluida la

consulta de los pacientes, se les pidió consentimiento para ser encuestados por un solo investigador.

Se logró obtener datos básicos que fueron consignados en un cuestionario de entrevista, al contar con la información de la muestra de 71 usuarios del Sistema, se procedió al procesamiento que incluyó estadísticas descriptivas, basadas en frecuencias y porcentajes en cada una de las variables de estudio.

Los resultados que se han obtenido nos permiten destacar que el 92.5% de la población está satisfecha con la atención recibida, que al 60 % de la población los visita el médico 1 vez al mes, que los usuarios perciben la calidad de la atención en un 70% como buena y un 11% como excelente.

Se concluye, luego de realizar el estudio, que la población está satisfecha con los servicios recibidos, que el programa SIAS está cumpliendo con los objetivos por los cuales fué creado atendiendo a la población postergada y brindándoles atención de calidad, que los servicios del Sistema Integral de Atención en Salud deben extenderse a todo el país y que deben monitorearse, constantemente, con el propósito de mejorar la atención al usuario de los servicios.

Las limitantes que se encontraron al momento de realizar el estudio fueron: el difícil acceso a los centros de convergencia, la movilización o cambio que se da por parte del personal médico a los días de consulta, no permitiendo realizar las entrevistas el día que se había programado inicialmente y la disponibilidad de tiempo por los usuarios. Que los resultados son sencillas descripciones de lo que está sucediendo y requieren ser más profundamente analizadas.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

A) Reforma de salud

1. Panorama Internacional.

Aunque los sistemas de servicios de salud han estado siempre en constante cambio, el proceso de revisión iniciado a principios de la década de los noventa, en gran número de países de América Latina y el Caribe, tiene las características de una transformación más radical, por la confluencia de factores político-ideológicos, económico-financieros y epidemiológicos. Se espera que esta transformación de sus estructuras conduzca a la prestación de servicios de manera más eficiente y equitativa.

El primero y, probablemente, el más importante de los factores desencadenantes referidos, es el político-ideológico. Los cambios iniciados en Europa del Este a mediados de la década pasada han tenido profundos efectos en el papel que se le asigna al Estado y, en consecuencia, a los Ministerios de Salud. Se inicia así un proceso de modernización que le asigna al Estado funciones fundamentalmente financiadoras y reguladoras y limita su papel en la provisión directa de servicios sociales.

Otro factor importante es el económico-financiero, de ello, en el marco de las propuestas de desarrollo económico-social, que se fundamentan en la competitividad sistémica para la inserción ventajosa de los países en el mercado internacional, la inversión en capital humano juega un papel importante. La equidad en el acceso a los

servicios de salud constituye, en este sentido, no sólo una meta deseable sino un requisito del proceso productivo.

Finalmente, la reforma actual se explica mediante el análisis de factores epidemiológicos. El cambio en el perfil epidemiológico de los países, sobre todo, de los subdesarrollados, que al mismo tiempo deben resolver problemas transmisibles, carenciales y crónico degenerativos que se vienen incrementando, impondrá nuevas demandas a los servicios asistenciales. Enfrentar tal situación requiere inmediatamente, cambios de los modelos de prestación de atención en salud.

Por otra parte, dadas las características epidemiológicas de la población latinoamericana, se pueden lograr aún avances importantes en salud con medidas de prevención y tratamiento relativamente poco costosas. El grado de ineficiencia con el que muchas veces operan los servicios de salud puede ser capitalizado en un proceso bien orientado de reforma sectorial, para extender la cobertura de atenciones en salud, sin el aumento desenfrenado de los costos que otros sistemas en el mundo se encuentran enfrentando hoy. (5)

La Reforma Sectorial en Salud es un proceso de movilización de recursos sociales, orientado por la eficiencia, pero sin perder de vista la dimensión ética que deben tener los cambios propuestos (5)

2. Proceso de Reforma Nacional.

El proceso nacional de la Reforma se fundamenta en la problemática local caracterizada por el alto riesgo epidemiológico, la baja capacidad resolutive y productiva de los servicios de salud, la excesiva centralización, poca participación social y, por ende, casi nula movilización de los recursos existentes en las propias comunidades.

El gobierno a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cumpliendo con las resoluciones tomadas en los Acuerdos de Paz en donde enfatiza el Desarrollo Social y la necesidad de impulsar reformas del sector nacional de salud, creó el programa de mejoramiento de los servicios de salud que tiene como objetivo mejorar las condiciones de salud de los guatemaltecos.

La Reforma del Sector Salud se hizo necesaria por los cambios en las características de población en especial la estructura etárea y los modos de vida (debido, principalmente, a los perfiles epidemiológicos, la urbanización y la industrialización creciente), lo cual hace necesario, reorientar estos modelos de atención.

La Reforma tiene como objetivo fundamental el bienestar y no sólo el cuidado de la enfermedad sino la satisfacción de los usuarios más que la simple atención médica.

a. Sistemas Integrales de Atención de Salud

Los sistemas de Atención Básica de Servicios de Salud constituyen un instrumento para operativizar la estrategia de Atención Primaria en Salud; producto de un proceso de programación local, que consiste en un conjunto determinado de atenciones de salud en las áreas de fomento, prevención, curación y rehabilitación que se proveerá a todos los miembros de la sociedad, de acuerdo al perfil epidemiológico de la población y sus diversos riesgos, atendiendo a la disponibilidad de recursos de cada país y según preferencias sociales (5).

En Guatemala, el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) está constituido por el total de niveles de atención: primario,

secundario y terciario. El primer nivel de atención se basa en la prestación de servicios de salud definidos, simplificados y permanentes prestados por personal voluntario e institucional, con la supervisión del director de área o de distrito en cada localidad.

b. Descripción de los Servicios Básicos que ofrece el Sistema Integral de Atención en Salud

Los servicios básicos de salud que se brindan en las viviendas y en el centro comunitario constituyen el primer nivel de atención del Sistema Integral de Atención en Salud, en el segundo nivel se ofrecen servicios ampliados en los puestos y centros de salud, en instituciones privadas, religiosas, municipales, ONGs, también se ofrece atención de salud especializada en los hospitales.

Los servicios básicos incluyen la atención a las personas y al ambiente; dirigido, sobre todo, a las poblaciones dispersas y aisladas que no han recibido hasta ahora una atención sistemática. Para determinar dichos servicios en el Departamento de Escuintla se tomó en cuenta la propuesta por el SIAS y los que actualmente proporciona el IGSS en las comunidades que atiende.

Los servicios básicos definidos serán proporcionados a la población descubierta del departamento; así como a la población migrante que trabaja en los cultivos de agroexportación. Los servicios básicos incluyen: atención a la mujer, atención infantil y preescolar, atención de la demanda por emergencia y morbilidad, atención al medio.

c. Equipo comunitario de Salud

El equipo comunitario de salud es el encargado de proporcionar los servicios básicos de salud, está conformado por trabajadores de salud

de la comunidad y personal institucional, el personal comunitario está formado por las comadronas de cada comunidad y los radares, el personal institucional conformado por un médico comunitario, un auxiliar de enfermería y un promotor.

Cada equipo comunitario será responsable de dar servicio a los habitantes de una jurisdicción de, aproximadamente, 12,000 habitantes en el Departamento de Escuintla. Sin embargo, para la determinación específica de los equipos por distrito de salud, se harán las adaptaciones que procedan.

d. Personal que brinda los servicios

Son provistos por personas de la comunidad; participan las familias, las organizaciones comunitarias y personal seleccionado para trabajar como:

- + Guardián de salud;
- + Comadrona tradicional;
- + Facilitador comunitario;
- + Colaborador voluntario de vectores;

Además, participa como personal institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social o de una prestadora de Servicios de Salud. :

- + Facilitador institucional;
- + Médico ambulatorio;
- + Jefe y equipo de distrito o coordinador municipal;
- + Jefe y equipo de área o coordinador departamental;

Este personal coordina con las instituciones públicas, privadas y grupos organizados de la comunidad.

e. Estrategias para la prestación de los servicios básicos de salud

Los Servicios básicos de salud se brindan sobre la base de las normas de atención establecidas para el primer nivel. Están orientadas a la atención de enfermedades prevenibles que realiza el personal comunitario con las familias. Las enfermedades con complicaciones son atendidas por otros niveles.

La calidad de la atención en salud en el primer nivel se asegura a través de acciones de capacitación y supervisión sistemática del personal comunitario, realizadas por los facilitadores comunitarios e institucionales.

La fiscalización del uso de los recursos, el control de calidad y el cumplimiento de los programas está a cargo de las organizaciones comunitarias. Éstas también administran el botiquín rural.

f. Momento en que se brindan los Servicios Básicos de Salud

Los servicios básicos de salud son proporcionados en la vivienda cuando se presenta una enfermedad, por el personal comunitario o cuando el guardián de salud les visita.

Otro lugar de atención es el Centro Comunitario, local preparado por la organización comunitaria para que allí se realice la vacunación, el control de crecimiento y desarrollo, y, para que el médico ambulatorio proporcione consulta una vez al mes.

Las personas con enfermedades graves detectadas por el personal comunitario y el médico ambulatorio, son referidas a los centros de

salud, clínicas u hospitales, lo más pronto posible y con el apoyo de las organizaciones comunitarias.

g. Funcionamiento del Sistema Integral de Atención en Salud en el Municipio de la Gomera.

Para cubrir al total de la población, el municipio se divide en tres jurisdicciones, cada una cubre un total de 10 a 12,000 habitantes, contando con un médico ambulatorio, dos auxiliares de enfermería, cuatro promotores y los guardianes de salud que son llamados Radares, ellos son personas de la comunidad que laboran como voluntarios, variando el número en cada comunidad; se cuenta, también, con la colaboración de las comadronas.

Los servicios brindados son: consulta médica 1 vez por mes en cada centro de convergencia, control prenatal 1 vez por mes, capacitación a comadronas 1 vez al mes; estos servicios brindados por el médico. Control de crecimiento y desarrollo, vacunación a embarazadas y a menores de 5 años, consulta médica cuando es necesario, brindados estos servicios por los auxiliares de enfermería. Los promotores tienen a su cargo la capacitación y el monitoreo del trabajo de los radares y apoyan al médico o al auxiliar cuando sea necesario. El trabajo es compartido con el propósito de atender al 100 % de la población, pero, como se trabaja en equipo cuando es necesario se apoyan todos para realizar labores.

El jefe de Distrito es el encargado de supervisar las actividades de todo el equipo.

Los recursos materiales son administrados por una cooperativa localizada en el municipio de Palín "CODEPA R.L." encargada de

proporcionar los medicamentos y recursos necesarios para brindar la atención, por encontrarse lejos del área de trabajo, esto crea problema cuando se necesitan insumos, los recursos materiales que se brindan son insuficientes para atender, adecuadamente, a la población porque en algunos casos no se cuenta con los medicamentos necesarios y, al solicitarlos, es un trámite burocrático que obstruye el buen funcionamiento del programa.

B. INVESTIGACIONES SOBRE SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es interesante y cada vez más común. A partir de ello es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes en relación con la atención recibida, con ésta se adquiere información que beneficia de múltiples maneras: a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.

Avedis Donavedian (1966) de la Universidad de Michigan, fue uno de los primeros investigadores que se interesó en la época actual por evaluar la calidad de la atención médica. Propone el análisis de la calidad a partir de tres dimensiones: estructura, proceso y resultado, esta forma de evaluación supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados pueden ser fáciles y exclusivamente imputables a los procesos, y, no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura. (7)

El análisis de la satisfacción de los usuarios es vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización) el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención, es decir, la accesibilidad.

En 1968 Deniston Rosenstock, Welch y Getting, de la Universidad de Michigan propusieron un modelo para evaluar la eficiencia y en 1979 otro modelo para evaluar la efectividad; estos autores proponen cuatro teorías de medición: a) Asignación de recursos, b) su adecuación, c) efectividad, d) eficiencia. (17)

Willy de Geyndt, investigador de la Universidad de Minesotta, propuso en 1970 un modelo para evaluar la atención médica basado en la definición de lo que es salud, los análisis a nivel personal y comunitario, la atención aguda y crónica y las secuencias que le siguen (40)

En un estudio sobre la Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México, perspectiva de los usuarios en la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II) levantada en cinco regiones de la república mexicana en 1994, se ha dado a conocer lo siguiente:

Población objetivo: total de los integrantes del hogar que acudieron a algún servicio de salud en los quince días previos a la encuesta.

Las instituciones de salud fueron agrupadas en: a) seguridad social, b) Secretaría de Salud, c) Servicios privados.

Para medir la dimensión de resultado, fueron seleccionados: un indicador principal y dos complementarios:

1. percepción general de la calidad de la atención,
2. percepción de los cambios en el estado de salud después de la consulta,
3. motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar.

En general, los principales motivos que definen la buena calidad de la atención están asociados al trato personal, a la mejoría en la salud y a la preparación técnica del personal. Entre los usuarios que utilizaron los servicios de la seguridad social, 26 % percibe que la calidad de la atención fue mala, mientras que en los que recurrieron a los servicios privados, esta percepción es de 10 %.

El principal motivo de percepción de mala calidad se asoció a los largos tiempos de espera en el Seguro social, en los servicios privados se asoció con los altos costos de atención.

En general, los tres principales motivos que producen una mala percepción de calidad fueron los largos tiempos de espera (21.6%), los tiempos cortos de consulta (11.4%) y el nulo efecto de los medicamentos (10.35%).

Los aspectos que se mencionaron sobre la calidad técnica fueron: insuficiente capacitación de los médicos, la sustitución de los mismos por pasantes de medicina, los diagnósticos inadecuados, las

negligencias, la no resolución del problema de salud, la carencia de información y la no aclaración de dudas en consulta sobre efectos colaterales de los medicamentos, la desconfianza respecto del tratamiento prescrito y la calidad del medicamento. Los aspectos organizacionales que mencionaron fueron: los largos tiempos de espera y tiempos cortos en la duración de la consulta.

Se indagó sobre los principales motivos por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención. Por tipo de institución los motivos de los que acudieron al Seguro social fueron: los atendieron mal, los hacen esperar mucho, los que asistieron a la secretaría de salud refirieron falta de medicamentos y que no les sirvieron estos fármacos recetados; en las instituciones privadas los usuarios mencionaron que no regresarían porque son caros y no estuvo de acuerdo con el tratamiento recibido.

Con base en lo anterior, es importante considerar la relación médico-paciente como elemento central para brindar una atención de calidad. Para ello, el personal de salud podría utilizar un lenguaje claro y sin tecnicismos, buscando adaptarse a las características culturales de los usuarios; mantener una comunicación verbal, y tener una actitud y una expresión que generen confianza.

Los recursos pueden ser orientados a los grupos más postergados, a las intervenciones prioritarias, a proveedores privados de servicios de salud o a entidades públicas para su administración local. (9)

Las reformas sectoriales en América Latina abordan con distinto énfasis estas áreas, pudiendo constituirse una de ellas en el eje

conductor del proceso. Así, la focalización, el diseño de canastas básicas, el cambio de la mezcla público-privada y la descentralización, constituyen componentes centrales de los procesos actuales de reforma sectorial. (33)

La reforma sectorial de salud es considerada como una alternativa para los grupos de mayor postergación económica y de poca accesibilidad a los servicios de atención de salud formal. Guatemala inició un programa de Reforma de manera gradual en el ámbito nacional seleccionando a tres departamentos del país, considerando sus características demográficas, culturales económicas y sociales para implementación inicial del programa para 1,995, siendo éstos los departamentos de Escuintla, Chiquimula y Alta Verapaz. (17)

El Ministerio de Salud Pública de Guatemala inició en 1994 una Reforma Sectorial de Salud con énfasis en la atención de los grupos postergados y la participación de los miembros de la comunidad en forma activa, cuya primera fase de implementación se ha desarrollado en tres departamentos del país, siendo Escuintla uno de ellos. (17)

Un estudio realizado en el Departamento de Escuintla, (17) por el Instituto de Centro América y Panamá y la Organización Panamericana de la Salud en 1996, sobre el grado de satisfacción del usuario de los servicios de salud, cuyo objetivo fué profundizar en explicaciones desde la perspectiva del usuario y del no usuario con respecto a la utilización y grado de satisfacción de los servicios del sector salud del Departamento de Escuintla, permitió observar los siguientes resultados:

a) Deficiencias estructurales

- Sin mobiliario suficiente y cómodo en la mayoría de las salas de espera.
- No hay iluminación natural en las clínicas y la artificial es escasa.
- Ambiente en la mayoría de servicios estaba sucio.
- Hay escasez de equipo médico y medicamentos.
- No se cuenta con ropa suficiente para los pacientes.

b. Deficiencias en los procesos

- La mayoría de pacientes debieron esperar, aproximadamente, 1.46 hrs. para ser atendidos.
- La evaluación en consulta externa y emergencias es muy rápida.
- En algunos centros de salud, el médico no les explica sobre el tratamiento.

c. Deficiencias en los resultados

- Algunos pacientes refirieron no mejorar porque no recibieron los medicamentos y no contaban con recursos para comprarlos.
- Gran mayoría de los pacientes refirieron no regresar a la siguiente cita porque viven muy lejos y, algunas veces, ya no les dan número en los centros de salud.

CAPÍTULO II

JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Sistema de Servicios de salud, ha venido cubriendo al año, 1995 hasta un 25 % de población, con los inicios y correr del SIAS, se reportó que la cobertura se amplió hasta un 70 %, pero, no se ha contado con información que evidencie el grado de satisfacción de los usuarios de dichos servicios, por tanto, las razones por las cuales se realizó la presente investigación son del siguiente orden:

- a) que desde el inicio de las experiencias con el Sistema Integral de Atención en Salud, se hace pertinente determinar el avance de las acciones de la prestación del servicio por este sistema;
- b) que es necesario generar información para realizar los ajustes que el sistema a nivel local requiera;
- c) que las experiencias de extensión de servicios a través del Sistema Integral de Atención en Salud deben documentarse para apoyar la toma de decisiones;
- d) que la información a generar alimente las decisiones.

Además, esta investigación servirá de apoyo para replantear los programas de atención del primer nivel, sobre todo, los relacionados con extensión de cobertura.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

A. GENERAL

Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios del Sistema Integral de Atención en Salud el cual funciona en el Municipio de La Gomera, Departamento de Escuintla, en el año 1999.

B. ESPECIFICOS

1. Identificar el medio utilizado en la movilización hacia la consulta en los centros de convergencia.
2. Cuantificar el tiempo promedio de espera antes de pasar a la consulta médica.
3. Valorar el (los) procedimiento (s) utilizados por el médico para realizar el diagnóstico.
4. Calificar el tipo de información ofrecida al paciente durante la consulta.
5. Identificar qué personal goza o se le tiene más confianza al consultar el servicio de salud.
6. Medir la frecuencia de consultas otorgadas por el médico durante un mes.
7. Obtener la opinión sobre la calidad de los servicios otorgados por el SIAS.
8. Calificar el grado de satisfacción de los usuarios sobre los servicios recibidos.

CAPÍTULO IV

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio

Observacional, descriptivo y transversal.

2. Población

Personas que asisten a los centros de convergencia a recibir consulta, mayores de 18 años y menores de 65, del Municipio de La Gomera en el Departamento de Escuintla. La población corresponde en este año a 36,588 habitantes.

3. Selección y tamaño de la muestra

a. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula siguiente.

$$n = \frac{N * p * q}{(N-1) * (LE) + pq}$$

4

De donde:

N= Número de habitantes cubiertos por el equipo básico de salud. (12,516)

p = Proporción de personas que reciben atención de los servicios de salud local. (0.5)

q = Proporción de personas que no reciben atención de los servicios de salud local. (0.5)

LE= Límite de error, que se ha estimado (0.10)

$$n = \frac{12,516 (0.5) * (0.5)}{12515 X (0.10)/4 + (0.5) (0.5)} = 71$$

n= 71 personas.

b. Selección de la muestra: Las 71 personas se escogieron de la siguiente manera:

- se distribuyó uniformemente el número de personas por centro de convergencia, ya que cada equipo básico aproximadamente tiene la misma proporción de habitantes;
- se calculó sobre 18 personas para ser seleccionadas en cada uno de 4 centros de convergencia de los que funcionan por área en el municipio;
- en cada centro se entrevistó a 18 personas entre 18 y 65 años de edad, en el orden que fueron ingresando a la consulta, en una sola jornada de 8 horas por centro;
- los centros de convergencia fueron seleccionados aleatoriamente para ser estudiados en ese orden: La Empalizada, Las Cruces, El Terrero y el trapiche;

c. Obtención de la información

- Cada entrevista duró, aproximadamente, 20 minutos por persona.

4. Unidad de análisis

Usuarios de los servicios ambulatorios del Sistema Integral de Atención en Salud en La Gomera.

5. Criterios de inclusión

- Personas que reciben atención en los centros de convergencia, residentes o con acceso a dicho lugar de atención.
- Personas de ambos sexos entre 18 y 65 años cumplidos.

6. Criterios de exclusión

- Personas con acceso a la atención en los puestos o centros de salud.
- Personas menores de 18 años y mayores de 65.
- Personas que no aceptaron la entrevista.

7. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN
Movilización Hacia la consulta.	Forma de movilizarse de la casa al centro de convergencia.	Tipo de transporte utilizado.	Caminando, Vehículo.	Nominal
Tiempo de Espera.	Tiempo transcurrido antes de ser atendido por el médico.	Tiempo transcurrido entre la llegada del usuario y su atención.	Minutos	Numérico
Anamnesis y procedimiento diagnóstico	Historia clínica realizada por el médico.	Método utilizado por el médico para hacer diagnóstico	Historia clínica Exámenes de laboratorio	Nominal
Información ofrecida	Indicaciones y recomendaciones dadas al paciente.	Información brindada al paciente sobre la enfermedad padecida	No me informaron. Me informaron poco.	Nominal
Tipo de personal	Personal que conforma el equipo comunitario SIAS.	Personal que brinda atención en cada comunidad.	Médico, enfermera promotor.	Nominal
Grado de satisfacción	Satisfacer las expectativas que el usuario tiene de la atención médica.	Como se siente el usuario con la atención recibida	Insatisfecho, satisfecho, muy satisfecho	Ordinal

Frecuencia de consulta.	Periodicidad de la consulta en los centros de convergencia durante el mes.	Número de visitas del médico al centro de convergencia	Semanal Quincenal Mensual
Calidad de servicios	Atención brindada al usuario de forma que llene sus expectativas.	Descripción del usuario como considera el servicio.	Excelente Regular Mala

Ord

10. Procedimiento de análisis de la información

Se tabuló uno por uno el número de cuestionarios en los 8 ítemes. Se obtuvieron estadísticas descriptivas. Seguidamente, se trasladaron los datos a tablas simples y gráficos de pastel.

Ord

11. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación.

Esta es una investigación observacional descriptiva y se tuvo el cuidado de considerar la aceptación de los usuarios de ser entrevistados y darles a conocer que esta información no comprometería su persona y al transformarla sería útil para tomar decisiones de mejora al servicio. Se obtuvo el permiso correspondiente de las autoridades y de los usuarios del SIAS.

8. Instrumento utilizado

Para evaluar la satisfacción de las personas sobre los servicios recibidos en los centros de convergencia del SIAS, se realizó una entrevista, usando un cuestionario de preguntas. (anexo)

9. Procedimiento para la recolección de la información

Antes de pasar a consulta con el médico del Centro de Convergencia, cada persona fue entrevistada durante aproximadamente 20 minutos, en el corredor que sirve de sala de espera de dichos lugares. El entrevistador médico y cursante de la Maestría en Salud Pública llenó durante la entrevista el cuestionario preparado. Previamente se les explicó el propósito y utilidad de la información recabada.

CAPÍTULO V RESULTADOS

Los resultados que en adelante se presentan en cuadros corresponde a las respuestas que han aportado 71 usuarios del sistema integral de atención a la salud de La Gomera en el Departamento de Escuintla, información obtenida en el año 1999.

Sobre el tipo de transporte, el 92 % acude a la consulta caminando, como se puede observar en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 1

Medio utilizado en la movilización hacia la consulta,
Municipio de La Gomera, Departamento de Escuintla,
Guatemala 1999

TIPO DE TRANSPORTE	FRECUENCIA	%
CAMINANDO	65	92.86
POR VEHÍCULO PROPIO	1	1.42
CAMIONETA	0	0
OTRO	5	5.72
TOTAL	71	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Sólo el 14 % de pacientes han esperado menos de 1 hora, el restante 76 % sobrepasa ese tiempo, como se observa en el cuadro 2.

Cuadro No. 2

Tiempo de espera antes de pasar a la consulta
Municipio La Gomera, Departamento de Escuintla,
Guatemala, 1999

TIEMPO	FRECUENCIA	%
DE 1/2 A 1 HORA	10	14.285
DE 1 A 2 HORAS	13	18.571
DE 2 A 4 HORAS	45	64.285
MÁS DE 4 HORAS	3	2.858
TOTAL	71	100

Fuente. Instrumento de recolección de datos

50% de los consultantes se les escuchó y examinó, al 42% les dedicaron dicha atención, más detalles en el cuadro 3.

Cuadro No. 3

Anamnesis y procedimiento diagnóstico utilizado por el medico
Municipio La Gomera, Departamento de Escuintla
Guatemala, 1999

TIPO DE ATENCION	FRECUENCIA	%
ME ESCUCHÓ Y ME EXAMINÓ	35	50
ME DEDICÓ SU ATENCIÓN	30	42.86
ME EXAMINÓ SIN PRESTAR ATENCIÓN	2	2.86
NO ME ESCUCHÓ NI ME PREGUNTÓ	4	4.28
TOTAL	71	100

Fuente. Instrumento de recolección de datos

El 85 % recibió información claramente y al 8 % le informaron poco.

Cuadro No. 4

Información ofrecida al paciente durante la consulta
Municipio La Gomera, Departamento de Escuintla,

TIPO DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA	%
ME INFORMARON CLARAMENTE	60	85.71
ME INFORMARON POCO	6	8.57
ME INFORMARON PERO NO ENTENDÍ	2	2.86
NO ME INFORMARON	3	2.86
TOTAL	71	100

Fuente. Instrumento de recolección de datos

El 62 % tiene más confianza de consultar con el médico y 37 % tiene confianza de consultar con el resto de personal.

Cuadro No. 5

Personal a quien se tiene más confianza en consultar
Municipio de la Gomera, Departamento de Escuintla,
Guatemala, 1999

PERSONAL	FRECUENCIA	%
CON EL MÉDICO	44	62.80
CON LA ENFERMERA	13	17.35
CON EL PROMOTOR	14	19.79
TOTAL	71	100

Fuente. Instrumento de Recolección de datos

El 92 % de los usuarios ha sido visitado por el médico 1 vez al mes, como se ve en el cuadro 7 con otros detalles.

Cuadro No. 6

Frecuencia de la consulta otorgada por el médico durante un mes
Municipio de la Gomera, Departamento de escuintla,
Guatemala, 1999

NÚMERO DE VECES	FRECUENCIA	%
NINGUNA VEZ AL MES	13	18.58
1 VEZ POR SEMANA	5	7.14
CADA 15 DÍAS	10	14.28
1 VEZ AL MES	43	60
TOTAL	71	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El 81 % de personas consideró bueno el servicio, de ellos, el 18 % lo califica de regular.

Cuadro No. 7

La calidad de los servicios otorgados
Municipio de La Gomera, Departamento de Escuintla,
Guatemala, 1999

PRESTACIÓN	FRECUENCIA	%
EXCELENTE	8	11.43
BUENO	49	69.99
REGULAR	14	18.58
MALO	0	
TOTAL	71	100

Fuente. Instrumento de recolección de datos

El 85 % de los usuarios esta muy satisfecho con el servicio recibido, el 7 % medianamente satisfecho, el 5 % poco satisfecho y el 1 % insatisfecho

Cuadro No. 8

Grado de stisfacción de los usuarios sobre el servicio recibido
Municipio de La Gomera , Departamento de Escuintla,
Guatemala, 1999

GRADO DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	%
MUY SATISFECHO	60	85.71
MEDIANAMENTE SATISFECHO	5	7.14
POCO SATISFECHO	4	5.71
INSATISFECHO	2	1.44
TOTAL	71	100

Fuente: Instrumento para la recolección de datos

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

Es interesante la opinión de 71 usuarios indistintamente de ser hombres o mujeres y de estar comprendidos entre 18 y 65 años, lo valioso es que han tenido una percepción acerca del funcionamiento del SIAS, destacando que la forma en la que se movilizan las personas para asistir a la consulta es caminando y en bicicleta la mayoría, esto evidencia la dificultad en la accesibilidad geográfica y trae como consecuencia que las personas que viven más distantes y que se movilizan caminando llegan atrasados a recibir el número para ser atendidos pero quienes se movilizan en bicicleta llegan relativamente rápido; no ha sido posible encontrar informes o estudios que documenten el tipo de movilización a los servicios de salud. A pesar que el centro de convergencia se ubica tratando de favorecer a todas las comunidades periféricas, siempre hay comunidades que están más distantes. La distancia a recorrer para recibir atención en los centros de convergencia del SIAS es menor, se realiza en las propias comunidades, si se compara con la distancia a recorrer para asistir al Puesto o centro de Salud más cercano.

Se observa que, además de la dificultad en llegar al centro de convergencia, deben obtener un turno y esperar la atención, esto depende de varios factores, primero, que es el promotor o el radar el que abre, prepara e inicia la preconsulta, luego, hay que esperar la llegada del médico y la iniciación de la consulta. El 67% de usuarios ha esperado más de 2 horas, sólo el 14% han esperado menos de una hora. Esto se relaciona con situaciones tales como: cuando él médico llega ya hay 20 personas esperando turno, considerando tratar a cada persona en un lapso de 10 minutos, la persona que tiene el número 7 ya habrá esperado una hora para

ser atendida y así sucesivamente se prolongará el tiempo de espera para las personas que siguen. El tiempo de espera se reduce si el personal de enfermería ayuda al médico en la consulta. Un indicador de calidad de atención expresaría que un tiempo de espera menor de una hora condiciona al uso del servicio con más frecuencia, y, contribuiría a que el usuario volviera a consultar. No está establecido en las normas del SIAS el tiempo ideal de espera como un indicador de satisfacción.

El largo tiempo de espera es uno de los motivos principales que produce una mala percepción de la calidad del servicio, como se documenta en un estudio realizado en la Encuesta Nacional de Salud en México 1994. (34)

Es importante dentro de la evaluación de resultados de un servicio de salud el cambio que se da posteriormente en el usuario que consulta, cambios en el estado de salud y en la percepción general de la atención recibida como lo menciona Teresita de Ramírez en su estudio sobre la calidad de la atención. Resultado que es positivo, cuando se cura la enfermedad y este resultado depende del correcto diagnóstico que realice el médico durante la consulta, refiriéndonos al programa SIAS el facultativo cuenta únicamente con la historia clínica como herramienta diagnóstica y, ocasionalmente, con pruebas de laboratorio que se realizan en el Centro de Salud; todo el personal que trabaja como clínico sabe que la historia clínica da un 80% del diagnóstico; de ahí radica la importancia de tomar el tiempo suficiente para escuchar al paciente, para interrogarlo y, luego, hacer un examen físico minucioso, principalmente, si es lo único con que se cuenta.

Es de beneficio tanto para el usuario como para el prestador del servicio informar al paciente correctamente sobre la patología presentada usando un lenguaje comprensible, indicarle claramente y las veces que sea necesario cómo debe tomar el medicamento, no sólo extenderle la receta

porque sabemos que lo más probable es que no pueda leerla, considerando que el analfabetismo en nuestro país alcanza un 37 % de los habitantes mayores de 15 años (Los contrastes del desarrollo humano 1996). Si al paciente no se le explica, puede hacer cosas incorrectas y con ello obtener un resultado negativo del que esperábamos de la consulta, la recuperación de la salud.

Es pertinente aclarar en esta discusión de resultados que de todo el equipo que labora en el programa SIAS el promotor y la enfermera auxiliar son las personas que mayor tiempo pasan en las comunidades, es de esperar que a ellos se les tenga mayor confianza de consultar, pero en el estudio se demostró que tienen más confianza de consultar al médico. En general, los principales motivos que definen la buena calidad de la atención están asociados al trato personal, a la mejoría en la salud y a la preparación técnica de personal, tal como se documenta en la Encuesta Nacional de Salud México, 2002. El trato del personal hacia el usuario determina la confianza que el mismo le llegue a tener y, al mismo tiempo, incide en la motivación de regresar a consultar en una próxima oportunidad. Luego del estudio, considero necesario preparar mejor al personal de salud (promotor, enfermera), para que adquieran la capacidad de ganarse la confianza de los usuarios, porque son ellos los que se comunican, constantemente, con los usuarios, y, esto, permitirá atender casos leves, dar educación en salud, orientación reproductiva, nutricional, etc. para fortalecer la prevención dentro de las actividades del programa.

La eventual solución de un problema implica una relación óptima entre la necesidad y el uso del servicio, de tal forma que toda necesidad se satisficiera a través del uso adecuado. En el programa SIAS el médico ambulatorio visita los centros de convergencia 1 vez al mes, dedicado el día a brindar consulta; en otras oportunidades, la visita es por vacunación,

control de crecimiento y desarrollo u otra actividad del programa. Es importante considerar la relación médico paciente como elemento central para brindar atención de calidad, calidad que puede brindarse en la medida que el médico se identifique con la población que atiende, que los considere seres humanos integrales que necesitan ser vistos y tratados como un todo. Las visitas periódicas que el médico realiza a los centros de convergencia garantizan el seguimiento y control del usuario.

La calidad de atención está definida como la atención brindada al usuario de manera que llene sus expectativas. Desde la perspectiva de los proveedores de salud, la calidad se mide en términos de indicadores, como tasa de mortalidad general, infantil, materna, todos son datos cuantitativos que no reflejan la calidad de atención que se brinda. La calidad según la percepción del usuario, depende de sus condiciones socioculturales, sus valores, su autoestima e, incluso, del sentir que tenía en el momento de ser entrevistado.

En el presente estudio, el 70% consideró como bueno el servicio, un % excelente y, algo muy importante y estimulante para el programa SIAS, que nadie lo considera malo.

Mejorar la calidad de atención debiera ser una meta para todos los servicios de salud, ya que desde la perspectiva del bienestar humano todas las personas, no importando cuan pobres sean, merecen recibir trato cortés, ser informados correctamente, disponer de condiciones médicas dignas y de productos confiables. Si bien, introducir algunas mejoras de calidad puede resultar costoso y, por lo tanto, podría no parecer viable, muchas otras mejoras (tales como ofrecer atención más cortés) pueden ser implementadas a muy poco o ningún costo.

Uno de los instrumentos más generalizados para la valoración y la estimación del funcionamiento de los servicios de salud consiste en averiguar

cuál es el grado de satisfacción de los usuarios, la satisfacción del consumo de los servicios es utilizada frecuentemente como un índice del buen funcionamiento, de la calidad del servicio prestado e, incluso, como un indicador del resultado de los mismos según lo documenta J. Costa Font en su estudio ¿Qué entendemos por satisfacción de los servicios sanitarios?.

En el presente estudio, el 85 % de los usuarios está muy satisfecho con el servicio recibido, lo cual es muy alentador para continuar con el programa en otras comunidades que aún no lo reciben; el mínimo porcentaje % que hay de insatisfacción puede deberse no a la calidad de la atención en sí misma sino a otros factores tales como el largo tiempo de espera, la frecuencia de la consulta médica (1 vez al mes) en la mayoría de centros de convergencia.

El estudio de Thomas y Suñol en España, 1993, demuestra que existe elevada correlación entre las expectativas de los pacientes y su grado de satisfacción; definiendo la satisfacción del paciente como la adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio recibido, concepto que procede de la calidad percibida del servicio. Es importante considerar la relación médico paciente como elemento central para brindar atención de calidad que, posteriormente, se reflejará en la satisfacción del paciente, para ello, el personal de salud podría utilizar un lenguaje claro y sin tecnicismos, buscando adaptarse a las características culturales de cada población y tener actitud y expresión que genere confianza.

Hasta el momento, el Ministerio de Salud no ha contemplado dentro de sus planes de trabajo, la evaluación de la calidad de los servicios, ni el grado de satisfacción de los usuarios de los mismos; evaluaciones de mucha importancia para hacer más eficientes los servicios y satisfacer las necesidades de salud de los usuarios.

CONCLUSIONES

Los servicios prestados por el Sistema Integral de Atención en Salud en el municipio de la Gomera, departamento de Escuintla satisfacen en aceptable nivel pues, se cubren en más del 80% las necesidades de atención a salud de dicha población. Las personas están satisfechas con los servicios que reciben, principalmente, por su continuidad en la consulta, la accesibilidad, la información ofrecida, el tipo de evaluación y el tiempo que se dedica a la consulta,

Se destaca la satisfacción pero algunos otros elementos de la atención han sido denotados como no satisfactorios, tal el caso de el tiempo prolongado de espera.

La accesibilidad hacia el centro de convergencia se encuentra dentro de sus límites geográficos, ya que, la mayoría de usuarios puede llegar al mismo caminando.

El único procedimiento diagnóstico utilizado por el médico es la historia clínica y el examen físico, si bien, esto es muy importante, sería de utilidad contar con otros procedimientos diagnósticos.

A la mayoría de los usuarios, luego de la consulta se les informa adecuadamente, pues, se les comunica sobre la patología que padecen.

Los usuarios tienen más confianza y preferencia de consultar con el médico en comparación con el personal de enfermería o el promotor.

Los usuarios de los servicios son visitados por el médico comunitario por lo menos, 1 vez al mes.

La calidad de los servicios brindados por el Sistema Integral de Atención en Salud se considera buena en un 70%, excelente en un 11 % más, lo que significa un 81 % de calidad

RECOMENDACIONES

1. Disminuir el tiempo de espera, previo a consulta, aumentando el número de médicos por comunidad o extendiendo el horario.
2. Apoyar al médico ambulatorio proporcionándole más herramientas diagnósticas como exámenes de laboratorio.
3. Motivar al personal de salud para que informe, claramente, a los usuarios todo lo relacionado con la patología presentada.
4. Buscar mecanismos que permitan aumentar la confianza entre los usuarios, el promotor y enfermera auxiliar de cada equipo.
5. Aumentar la frecuencia de consulta del médico a los centros de convergencia.
6. Incentivar al personal de cada equipo del programa SIAS para que la calidad del servicio se mantenga y mejore en las áreas que debe mejorar.
7. Realizar evaluaciones periódicas para conocer la satisfacción del usuario con los servicios que está recibiendo.
8. Brindar a los trabajadores del programa SIAS todos los recursos necesarios para realizar un trabajo de calidad.
9. Que esta información sea utilizada por las autoridades de los servicios de Salud local, de área o Nacional, para mejorar las acciones en los aspectos que lo requieran.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Agudelo, C., Cómo Aproximarse al análisis de los Sistemas de Salud y su Reforma. Revista de Salud Pública de Colombia. Vol.26, mayo-junio 1998.
2. Aguirre GAS. Programa de Mejoramiento Continuo. Resultado en 24 unidades médicas del tercer nivel. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol.37 No.6 Noviembre-diciembre 1999. PP. 473-482.
3. Alleyne, G., A. A visión for health Sistem Reform in the Americas. Revista Panam. Salud Publica 2000
4. Aída, C., La Investigación sobre políticas de Reforma del Sector Salud en América Latina: iniciativas regionales y estado del arte. Revista Panamericana de Salud Publica Vol.8, julio-agosto 2000.
5. APRESAL. La Reforma del Sector Salud. Foro internacional Guatemala junio-julio de 1999. Pp 47-100
6. Arias, J., La Reforma del Sector Salud en las Américas, mejorando la investigación para formulación de Políticas en Colombia. Colombia 1999. Revista Administración en Salud. PP. 1-11

7. Bangladesh. Client Satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. Bulletin of the World Health Organization 2001. PP 513-517.
8. Barillas, E., Elementos para la Reforma del Sector Salud. Guatemala, 1995. Organización Panamericana de la Salud. S.d.e.
9. Borón, A. Democracia y Reforma Social en América Latina: Reflexiones. Propósito de la experiencia Europea. Chile. *Opciones No. 8*. P 114
10. Bronfman, M. Castro R., Zúñiga E., Miranda C. y Oviedo J. Del "Cuanto" al "Por qué" : la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Revista Salud Pública de México Vol.39, No. 5. Septiembre-octubre 1997.
11. Bronfman, M. Castro R., Zúñiga E., Miranda C. y Oviedo J. Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. Revista Salud Pública de México Vol. 39, No. 6 noviembre-diciembre 1997.
12. Brown L., Diprete M. Garantía de la Calidad de la atención de Salud en los países en desarrollo. Serie de Perfeccionamiento de la metodología de la garantía de la calidad. Segunda Edición. 1997
13. Carvajal O, R. Estadística para Análisis Epidemiológico. Documento mimeografiado.

4. CIID. La investigación sobre Políticas de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Foro Internacional, Montreal-Canada. Abril 2001
5. Cordera, P. A., Modelos de sistemas de atención médica. México. 1986. Salud Pública pp. 230- 241
6. Dieter, N., Reforma Política y consolidación democrática Europa y América Latina. Caracas Venezuela. 1988. Editorial Nueva
7. Fonseca, R. J., Jiménez Jeannette. Calidad Total: Una filosofía para garantizar la Satisfacción de los Servicios de Salud. Revista Centroamericana de administración Pública. No.25 julio-diciembre 1992.
18. Font, C. J., Evaluación de la satisfacción de los servicios sanitarios ¿ Qué entendemos por satisfacción del paciente?. España. 1993 Pp. 1-7
19. Foro, Reforma Sectorial de Salud. 1º. Desarrollo institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala. 1994.
20. Garces, M., Situación de Salud en Guatemala y sus determinantes. Universidad Rafael Landívar. XII Seminario de Salud. 1999.
21. Guatemala. Los Contrastes del Desarrollo Humano. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. 1998.

22. INCAP. Grado de Satisfacción del Usuario de los Servicios de Salud en el Departamento de Escuintla. Publicación INCAP. 1997. 105 p.
23. Infante, A., López D. Reforma de los sistemas de Salud en América Latina y El Caribe. Situación y tendencia. Revista Panam. Salud Pública. 2000.
24. México. Salud Pública. Análisis de la satisfacción del usuario y productividad de un modelo de APS con participación de médicos y técnicos. 1994 Pp. 1-18
25. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 1992. Estudio Básico del Sector Salud. Ministerio de Salud Pública. Guatemala .
26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema Integral de Atención en Salud. Lineamientos para el nivel primario de atención. 1997. 30 p.
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Reforma Sectorial para un cambio integral de la salud. S.d.e. Guatemala. 1995..
28. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de salud en Guatemala, indicadores básicos. s.d.e. Guatemala, 1995.
29. OMS, OPS. El paquete universal de servicios esenciales de Salud. Serie Documentos reproducidos No. 67 1991. pp. 11-35
30. OMS. UNICEF. Atención Primaria en Salud : Informe conjunto sobre la Conferencia internacional de APS. Alma Atta. Ginebra Nueva York. 1978 53 p.

- OPS. Health Policies. Development Program. Oregon. Document reproduction Series No. 30 1992. pp 65 = 69.
- OPS. OMS. Reforma del Sector Salud : Informe de la Reunión Especial. Washington, D.C. 1995. pp 19 = 25.
- Piura J., Interfase entre Investigación y Política. Centro de Investigaciones y estudios de la Salud. CIES. Nicaragua 2000.
- Pérez, C. R., et.al. Análisis de la satisfacción del usuario y productividad de un modelo de atención primaria con participación de médicos y técnicos. Salud pública de México. Vol.36 septiembre-octubre. 1995. pp. 1-18.
- Ramírez S, de J. T., Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud en México: Perspectiva de los Usuarios. Revista Salud Pública de México. Vol. 40. No.1 enero-febrero 1998.
- Rashid, B., Sobre las Necesidades de Salud. Revista Salud Pública de México. Vol 29. No. 4 julio -agosto 1987. Pp.288-292
- Ross, A. G., et. al. La calidad y la Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe. Revista Panam. Salud Pública 2000.
- Sánchez, G. Z., Tendencias en el desarrollo de los prestadores de los servicios de Salud. Año XI Vol. 31 julio 1997.

39. Saucedo, V. A., *et al.* Evaluación de un programa de monitoría de la calidad de los servicios otorgados por una Organización no Gubernamental. Salud Pública de México. Vol.42 No.5 septiembre-octubre 2000.
40. Schneider, M. C., *et al.* Métodos de medición de las desigualdades en Salud. Programa especial del análisis de la
41. Situación de Salud. OPS. 2002.
42. Williams, T., Schult J., Cuca Y. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Planificación Familiar a través de encuestas de Satisfacción a Clientes. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial 2001 OPS.
43. Universidad de San Carlos de Guatemala. Maestría en Salud Pública. Epidemiología. Promoción de la Salud. Documento Mimeografiado. Guatemala 1997.
44. Vandale T. S., *et al.* La Medición del estado de Salud de la población: Una actividad fundamental para los Servicios de Salud. Salud Pública de México. Vol.27 marzo- abril 1995.
45. Vergara, C. El contexto de las Reformas del Sector Salud. Correo electrónico. C vergara Minseges. Cl.

ANEXO

CUESTIONARIO SOBRE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DEL SIAS.

I. INSTRUCCIONES

Por favor, responder con confianza y detenimiento cada uno de las enunciados o preguntas siguientes, será guiada por el investigador.

II. DATOS GENERALES

Centro de convergencia: _____

Edad: _____ sexo: _____

III. PREGUNTAS

- Cómo se moviliza para asistir a la consulta con el médico ambulatorio.

a) caminando	b) por vehículo propio
c) camioneta	d) otro.
- Cuánto tiempo esperó para ser atendido.

a) De 1/2 a 1 hora.	b) De 1 a 2 horas.
c) De 2 a 4 horas.	d) más de 4 horas
- El médico le preguntó, lo escuchó sobre su problema y lo examinó.

a) Me dedicó su atención.	b) Me escuchó y examinó
c) Me examinó sin prestar atención.	d) No me examinó ni preguntó
- Le informaron cuál será su tratamiento y de los efectos de la medicina?

a) Me informaron claramente.	b) me informaron un poco.
c) Me informaron pero no entendí.	d) No me informaron

5. Con quién tiene más confianza de consultar.

- a) Con el médico.
- b) Con la enfermera.
- b) con el promotor.

6. Con qué frecuencia le visita el personal médico.

- a) 1 vez por semana
- b) Cada 15 días.
- c) 1 vez al mes.
- d) Ninguna vez al mes.

7. Cómo considera la calidad del servicio recibido

- a) Excelente
- b) Bueno
- c) Regular
- d) Malo

8. Está satisfecho con la atención que recibió.

- a) Muy satisfecho
- b) Medianamente satisfecho.
- c) Poco satisfecho
- d) Insatisfecho.