

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

AMPLIACIÓN DE COBERTURA CON EL
SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD (SIAS)

*Estudio descriptivo realizado en Sumpango, Sacatepéquez;
durante el período comprendido de 1,997 al 2,003.*

DR. SERGIO LLOBANI TUMAX SIERRA

TESIS
PRESENTADA ANTE LAS AUTORIDADES
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, MAESTRIA EN SALUD
PUBLICA CON ENFASIS EN GESTION SOCIAL

INDICE GENERAL

	PAGINA
RESUMEN	03
Indice de Cuadros	04
Capitulo I	INTRODUCCIÓN
Capitulo II	ANTECEDENTES
Capitulo III	OBJETIVOS
Capitulo IV	MATERIAL Y METODOS
Capitulo V	RESULTADOS
Capitulo VI	DISCUCIÓN
Capitulo VII	CONCLUSIONES
Capitulo VIII	RECOMENDACIONES
Capitulo IX	REFERENCIAS
Capitulo X	ANEXOS

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el propósito de determinar la situación de la ampliación de cobertura en inmunizaciones, atención a menores de 5 años y atención a embarazadas, que impulsa el Ministerio De Salud Pública a través del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS).

El estudio se realizó en el municipio de Sumpango, del departamento de Sacatepéquez; en donde el SIAS se implemento a partir del año 1,997. Se revisaron los archivos existentes en el servicio y se realizó una entrevista a usuarios, distribuidos en los 10 centros de convergencia del SIAS. Se determinaron aspectos como el acceso cultural, geográfico y económico a los servicios, disponibilidad de recursos y el ajuste técnico administrativo. A sí mismo se revisaron las memorias de labores anuales.

Se pudo determinar que el SIAS solamente ha ampliado exitosamente la cobertura del programa de inmunizaciones.

La disponibilidad relativa de recursos no es aprovechada; el ajuste técnico administrativo para una verdadera ampliación de cobertura solamente se dio en un aspecto como el horario de atención. El acceso cultural de los servicios a la población no se ha implementado. Si se implementó el acceso geográfico, económico.

INDICE DE CUADROS

No.	TITULO	PAG.
1	Atención de niños (as) menores de 5 años	34
2	Atención a mujeres embarazadas	35
3	Cobertura de vacuna antisarampionosa	36
4	Horario de atención del SIAS	36
5	Horario en que la población prefiere ser atendida	37
6	Tratamientos iniciados por vigilantes de la salud	37
7	Tratamientos iniciales de comadronas	38
8	Existencia de un sistema de referencia.	38
9	Existencia de un sistema contra-referencia	38
10	Referencia de pacientes	39
11	Conocimiento de la aplicación de Biológicos Personal de Salud SIAS	40
12	Visitas a la comunidad del personal del SIAS	40
13	Ruta de consulta del paciente	41
14	Idioma de atención	41
15	Distancia entre el servicio de salud y la comunidad medida tiempo.	42
16	Costo de utilización de los servicios del SIAS	42
17	Visitas domiciliarias mensuales del personal de salud SIAS	43

CAPITULO I

INTRODUCCION

Históricamente las coberturas de los programas de los servicios de salud han sido bajas, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPyAS) atiende aproximadamente sólo el 28% de la población total (en Sumpango, Sacatepéquez se atiende en los servicios del MSPyAS al 12% de la población.), el IGSS al 15% y la medicina privada al 8%, por lo que el 49% está desatendido. (16)

Para el año 2000 el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) cubría el 21% de la Población Económicamente Activa (PEA) 16.6% de la población total, los servicios privados (clínicas, sanatorios, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) nacionales e internacionales, iglesia) el 10% y el Ministerio de Salud Pública el 26%. Quedando aproximadamente un 42% de población sin cobertura efectiva de servicios oficiales. (24)

La mortalidad infantil (84.1 por mil) y la mortalidad materna (1.6 por cada mil partos) son de las más altas de América Latina. El 12% de las muertes en los menores de un año son por enfermedades prevenibles con vacunación. (15)

Debido a múltiples factores nacionales e internacionales, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), decidió iniciar un proceso de reforma, implementando en el año de 1997 en el primer nivel de atención el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) en el ámbito nacional.

Teóricamente se pretendía extender la cobertura de los servicios de salud a la población en mayor riesgo y que nunca o pocas veces es atendida por los servicios de salud pública. Dentro de los factores nacionales que incidieron en este proceso, podemos mencionar: el inicio de un proyecto político encaminado hacia la construcción de un **Estado Neoliberal**, los compromisos adquiridos por el gobierno con los Acuerdos de Paz en diciembre de 1,996 y al Plan de Gobierno. Internacionalmente también existieron presiones de los organismos financieros como el BID y el Banco Mundial.

El MSPyAS define el SIAS, como la organización y administración de los recursos según niveles de atención y administración **para extender la cobertura** de los servicios de salud y mejorar la calidad de la atención con criterios de equidad, solidaridad y universalidad en forma sostenible y eficaz. (1)

En 1997 con la implementación del Sistema Integral en Salud en el primer nivel, el MSPyAS inicia un proceso de contratación de prestadoras y administradoras de servicios de salud las cuales tenían el mandato de brindar atención básica a la población del área rural.

La cobertura de las prestadoras ha sido calculada por el ministerio en unos 3.4 millones de personas, lo que representaría un 30% de la población total de Guatemala en el año 2000. Si se consideran ambas coberturas, el MSPyAS alcanzaría un 56% de la población. (24)

Uno de los municipios donde se inició la implementación del SIAS desde 1,998 fue el municipio de Sumpango, Sacatepéquez, este pertenece al distrito número 2 de Sacatepéquez, que además comprende a los municipios de San Lucas, Santo Domingo Xenacoj, San Bartolomé Milpas Altas y Santiago siendo este último donde se encuentra la sede del distrito.

En dicho municipio se incluyó a la población de sus 9 aldeas y el sector marginal del casco urbano que es el cantón Santa Rosita para tener aproximadamente a 10,000 habitantes dentro del programa del SIAS que está diseñado para ese promedio de población.

A la fecha el programa ha sido llevado a cabo por dos prestadoras de servicios, en 1,998 fue CEIBAS y en 1,999 otra ONG llamada ANATESAR (Asociación Nacional de Técnicos en Salud Rural).

En el presente estudio se determinó la situación de la **ampliación de cobertura** de la atención a partir de la implementación del SIAS en Sumpango Sacatepéquez analizando los programas de: atención en menores de 1 a 5 años, atención prenatal e inmunizaciones a menores de un año. Utilizando como ejes analíticos: la disponibilidad relativa de recursos, el ajuste técnico administrativo y el acceso cultural, geográfico y económico de la población a los servicios de salud.

Prácticamente el SIAS es relativamente nuevo; y por lo tanto no existen muchos estudios que nos permitan ir más lejos de la versión oficial en donde reportan ampliación de cobertura en más de 5 millones de habitantes. Conocer la verdadera ampliación de cobertura del SIAS; en donde se analice con detenimiento y más allá de intereses particulares, sectoriales y/o institucionales.

Es una obligación como salubristas para enriquecer, mejorar o cambiar lo que corresponda con el fin de brindar un servicio de calidad que contribuya al mejoramiento de la Salud Pública de la población guatemalteca.

Por lo anterior, espero contribuir con el presente estudio en una forma técnica al conocimiento real de las intervenciones en la Salud Pública que hacen los gobiernos de turno con las diferentes políticas de salud que implementan, las cuales muchas veces obedecen a requerimientos extranjeros o ideologías de partidos políticos que distan mucho de las verdaderas necesidades en salud que tiene la población. Todas las experiencias deben ser analizadas a la luz de la realidad de las comunidades y en esa base tomar decisiones que mejoren los servicios y contribuyan a resolver la problemática de salubridad de las poblaciones.

CAPITULO II

ANTECEDENTES

A. CONTEXTO HISTORICO:

A lo largo del tiempo y de la historia, todos los países industrializados y en vías de desarrollo han experimentado cambios estructurales en sus sistemas políticos, económicos administrativos y sociales. Estos cambios pueden ser producidos por infinidad de factores, que van desde intereses políticos, económicos, religiosos, sectoriales, revoluciones, guerras o simplemente presiones internacionales de tipo económico político.

Estos cambios involucran a sectores como el de la educación, la salud, el gobierno, las finanzas, los organismos del Estado, organizaciones no gubernamentales etc.

Los sistemas de salud de los países han ido cambiando y adecuándose cada día a las exigencias propias de los usuarios, a los avances tecnológicos, a cambios epidemiológicos como la erradicación y aparecimiento de enfermedades, a cambios políticos locales e internacionales y a presiones o acondicionamientos de organismos financieros internacionales a través de prestamos millonarios con múltiples condiciones que limitan en gran medida la independencia y el poder de decisión de los gobiernos. (BID, AID, BM).

La crisis económica en el ámbito mundial, que se hizo presente a finales de los años setenta y principios de los ochenta, marcó el punto de partida para la aparición de la Nueva Derecha como fuerza ideológica y política en todo el mundo. (1)

Postulando que el mercado es el mejor mecanismo de asignación de recursos económicos y de satisfacción de necesidades de los individuos de una nación, capaz de ajustar los desequilibrios históricos de las sociedades.

Para la solución de esa crisis, la Nueva Derecha plantea la reconstrucción del mercado, de la competencia y del individualismo. Eliminar la intervención del Estado en la economía mediante la privatización y la implantación de un modelo Neoliberal, debiendo éste asumir un papel de árbitro, de moderador y de rector; ya que su intervención en la economía, (según los neoliberales) causa desestabilización del mismo (1).

En el marco de esta lógica ideológica planteada, es que a partir de los años ochenta, en Guatemala se empiezan a plantear ordenamientos económicos de tipo neoliberal. Pero se dan con muchos tropiezos e impedimentos debido al conflicto armado interno que se libraba en el país.

A partir de 1,983 con los intentos de establecer gobiernos "civiles", se empiezan a concretar y a implementar muchas medidas de corte neoliberal, medidas que se ven afectadas por la inestabilidad política de la época. Van tomando su auge y afinamiento hasta materializarse con la implementación propia en el gobierno del presidente Alvaro Arzú (1,997-2,000).

B. LA REFORMA AL SECTOR SALUD:

En la década de los ochenta y noventa podemos dar cuenta del inicio del proceso de Reforma al Sector Salud enmarcada en uno de los componentes de la llamada Reforma del Estado, que incluye orientaciones de política económica y social de carácter neoliberal, y que los gobiernos de los llamados países del tercer mundo han adoptado a través de compromisos adquiridos mediante préstamos de los principales organismos financieros internacionales (24).

Esta reforma del sector salud ha sido el manual implícito que ha guiado o distado las políticas de salud de este país, en la medida que se han ido cumpliendo las fechas de los compromisos adquiridos. A la vez se han dado cambios que obedecen a lineamientos claramente explícito que abordaremos mas adelante.

Este proceso iniciado marca dos tendencias en la Reforma del Sector Salud, la primera que se refiere a la reforma como parte de la modernización subsidiaria y contrainsurgente del Estado; y la segunda que es la Reforma como parte de una modernización estatal neoliberal. (11).

La primera tendencia se desarrolla entre 1,980 y 1,990, ésta no se articula totalmente con el proyecto impulsado por el binomio Ejército - Democracia Cristiana, con una clara visión desarrollista y contrainsurgente, ya que las medidas de ajuste estructural son improvisadas en ese contexto y la política de salud no logra avanzar (24).

Durante el gobierno de Serrano Elías se dio el paralelismo de las dos tendencias, la segunda pasa a ser la dominante con el estudio básico del sector salud financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), que sirvió como base para la formulación de una serie de propuestas que se convirtieron con el tiempo en la base de la política de salud de los tres gobiernos siguientes: Ramiro de León Carpio, Alvaro Arzú y Alfonso Portillo. En este marco el BID desplaza y relega a un segundo plano a la Organización Panamericana de la Salud. (24)

A pesar de todos estos acontecimientos y lineamientos del BID cumplidos y materializado por los gobiernos hasta 1,995 la reforma no se había podido operativizar, no se había llevado a la práctica entendida como la materialización en los servicios oficiales de prestación de servicios directos a la población.

Este hecho es concretado por múltiple factores; presiones internacionales para la firma de la paz, presiones económicas de los organismos financieros internacionales y la instalación de un gobierno apoyado por un partido de derecha financiado por el poder económico tradicional que además se sale de lo común de otros partidos políticos ya que éste si tiene todo un proyecto político ideológico estructurado y con los recursos y las condiciones nacionales e internacionales para llevarlo a la práctica. (7)

Dentro de todo este contexto mundial y nacional, se puede ubicar la reforma al sector salud impulsada por las actuales autoridades gubernamentales y ministeriales específicamente.

Es a partir de 1,997 que dentro del MSPAS se empieza a impulsar el mecanismo de reforma en los tres niveles de atención; basados en la importancia y trascendencia de la salud para la población y conocedores de los compromisos derivados de las políticas del gobierno, los acuerdos de paz y la modernización del Estado. (4)

Se plantea entonces, para el primer nivel de atención, el SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS), para **extender la cobertura** de los servicios, la calidad de la atención, descentralizar y desconcentrar la administración y prestación de servicios, promoviendo la cooperación público-privada en la administración y provisión de servicios de salud, estimulando el mercado, la eficiencia y calidad de los servicios, con alto grado de competitividad. (4)

A Partir de 1,990 se inicia en nuestro país un proceso de Reforma al sector salud, impulsado por las estructuras gubernamentales, organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales.

Este impulso obedece a factores múltiples y acontecimientos mundiales que derivaron en políticas y estrategias económicas y sociales de reconstrucción europea (plan Marshall), transferencia tecnológica e industrialización para el desarrollo económico de los países pobres, modelo desarrollo subdesarrollo (CEPAL), bajo la hipótesis de que los países pobres deberían desarrollarse para alimentar la economía mundial y que su crecimiento económico acarrearía desarrollo social. (10)

Los neoliberales empezaron a desplazar las políticas económicas Keynesianas (Estado benefactor) debido a la crisis que éstas tuvieron en los años setenta, implantando políticas económicas en donde el mercado juega el papel principal (Estado rector).

Estas políticas recibieron el respaldo mundial con impulsos en Gran Bretaña con Margaret Thatcher, Estados Unidos con Reagan y el gobierno totalitario de Pinochet en Chile. (14)

En América Latina, el éxito de las reformas económicas en Chile y el advenimiento de un gobierno democrático en este país legitimó e hizo políticamente viable un modelo previamente rechazado debido a que había sido engendrado por un régimen autoritario. La mayoría de países de Latinoamérica y el Caribe (LAC) se unió a esta tendencia. (14)

La reforma económica combina dos tipos de políticas: A) medidas de ajuste interno y de estabilización de corto plazo destinadas a reducir los desequilibrios internos y a controlar la espiral inflacionaria; y B) políticas de reestructuración de mediano y largo plazo que promuevan una estrategia de desarrollo orientada al exterior, basada en la apertura e inserción a la economía mundial, el aumento de la competencia interna e internacional, la privatización y la desregulación. (14)

Las políticas de ajuste iniciadas en LAC se realizaron en el inicio de los ochenta, y las de reestructuración iniciaron en la mitad de los noventa. (14)

C. COSTOS SOCIALES:

La carga del ajuste recayó en los pobres, los ancianos, las mujeres y los niños. El número de pobres en LAC aumentó en un 34 % entre 1980 y 1989 (CEPAL 1990). En Guatemala la pobreza alcanza al 56.7% de la población y 27.6% viven en extrema pobreza.

La reducción del gasto público en servicios sociales a consecuencia del ajuste redujo la red de seguridad para los segmentos más vulnerables de la población. Las cifras disponibles de diez países de LAC demuestran que en el 60 % de ellos el monto de los gastos del gobierno central en Seguridad Social, asistencia pública, salud y servicios públicos similares fue inferior en 1989 con respecto a 1972. (Banco Mundial 1999)

La Reforma al Sector Salud en nuestro país responde a una modernización del Estado de corte Neoliberal en donde se tiene que concretar en la medida que las condiciones lo permitan un ajuste estructural en lo económico y social; que en nuestro país ha sido avanzando solo en la medida que no afecte los intereses de la clase económica dominante.

La democracia real, el respeto a los derechos humanos, la igualdad ante la ley parecen ser aspectos de discurso. (11)

“En materia de salud, desde 1991-1,992, se comienza a gestar una política de salud de corte neoliberal con el Estudio Básico del Sector Salud y posterior generación de propuestas por parte de consultores financiados por el BID. En 1,993, el país se compromete mediante un préstamo a desarrollar una reforma que sigue los lineamientos expresados por el BM en su Informe de Desarrollo Humano Invertir en salud de 1,993, y los diferentes gobiernos entre 1,991-1,998 asumen el compromiso de cumplir con los tramos pactados con el BID para el progresivo desembolso del préstamo”. (11)

La Reforma se empezó a operativizar con la implementación del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) en el primer nivel de atención. La argumentación oficial para la implementación de dicho programa implica cuestiones políticas (acuerdos de paz), técnicas (transición demográfica y epidemiológica) y puro discurso (establecer un sistema básico de salud para el 100 % de la población de las comunidades seleccionadas)

Tradicionalmente la mayoría de la población guatemalteca fue excluida de la prestación de servicios (coberturas menores del 50 %) (13).

La implementación de SIAS confirma oficialmente está exclusión y plantea una forma (neoliberal) de enfrentarla.

Entre 1,980 y 1,985 la porción del gasto en salud en el total del gasto público bajó de 9% a 5.5%. Un estudio de la OPS presentó evidencias sobre el empeoramiento de los indicadores de salud entre grupos vulnerables: aumento de la mortalidad infantil causado por la diarrea, las epidemias como el cólera podrían haber sido causadas por los recortes substanciales en salud preventiva y en sanidad. (14)

Los costos sociales no han sido distribuidos equitativamente en la población, ya que sectores empresariales se han beneficiado con la venta de empresas estatales a bajos precios y con facilidades de crédito; el sector laboral y los pobres han sufrido por recortes en el empleo tanto en el Estado como en lo privado, reducción de los servicios sociales y la introducción de tarifas a los usuarios de los servicios públicos. (14)

La magnitud y la inequidad de los costos sociales provocada por las reformas económicas han hecho que incluso los organismos financieros internacionales recomiende políticas para aliviar dichos costos sociales, entre estas recomendaciones podemos mencionar: Programas de asistencia, mantenimiento y expansión de programas sociales actuales, invertir en el pueblo.

El MERCADO por sí solo no garantiza una red de seguridad para una parte de la sociedad que generalmente es la más pobre, por lo que el gobierno tendrá que invertir en nutrición, educación, atención médica, planificación familiar y alivio de la pobreza. (14)

Desde hace tres décadas se ha tratado de prestar atención básica y de ampliar y extender la cobertura de los servicios de salud, lamentablemente las líneas de acción han sido impulsadas a ampliar la red hospitalaria y los centros de salud, concentrando atención y servicios en áreas urbanas.

Tomando en cuenta todo este contexto, el MSPAS, como rector del sector salud y en cumplimiento de su mandato constitucional de conducción, regulación y vigilante de la salud, plantea la Política de Salud 2,000 en la cual incluye, entre otras, **el aumento de cobertura** y mejoramiento de la calidad de atención de los servicios de salud con énfasis en la prevención y control de problemas prioritarios de salud.

El programa de gobierno 1,996-2,000 plantea la necesidad de un nuevo modelo de atención que privilegie la atención primaria en salud y favorezca el acceso de la población a los servicios de salud extendiendo la cobertura y promoviendo la responsabilidad familiar y de las comunidades en la provisión de servicios (Desresponsabilidad del Estado y privatización).

Asimismo en el acuerdo de paz sobre Aspectos Socioeconómicos y situación Agraria, de mayo de 1,996, se plantea el compromiso de impulsar la reforma al sector salud que, dentro de sus lineamientos priorice atención al grupo materno infantil.

Dentro del proceso de reforma se plantea el SIAS para el primer nivel de atención como una medida que coadyuve a la ampliación de cobertura. Este programa no plantea una definición clara de cobertura y /o ampliación de cobertura. Podemos suponer que implícitamente el SIAS maneja el concepto de cobertura de la forma más común, es decir, relacionando la proporción de los servicios y el número de habitantes.

D. DEBATE DE LA COBERTURA:

Revisando algunos conceptos podemos mencionar los siguientes:

- Según el diccionario de la Real Academia Española cobertura, “es la acción de cubrir o satisfacer las necesidades”.
- La Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo define como “el resultado de una efectiva y organizada oferta de servicios básicos de salud que cubren las necesidades de la totalidad de la población, son proveídos en forma continua y en lugares accesibles y en una forma aceptable a la población y que facilita el acceso a varios niveles de atención del Sistema de Salud” (16).

- El documento de Atención Primaria de Alma Ata de 1978, afirma que la cobertura ha sido expresada en términos de razones numéricas, entre los servicios y la población. Estas razones a menudo dan información no adecuada; por lo que es necesario relacionar los componentes específicos de la atención otorgada con los que la necesitan.
- La verdadera ampliación de cobertura implica tres aspectos fundamentales: **acceso** de la población a los servicios, disponibilidad relativa de **recursos** y un **sistema** técnico y administrativo que responda a las necesidades y aspiraciones de la población. (17)

El acceso tiene tres elementos principales:

1. La existencia de una oferta sostenida y regular de servicios prestados con una combinación de recursos que geográfica, económica, temporal y culturalmente estén al alcance de las comunidades.
2. El ajuste cuantitativo, cualitativo y estructural de los servicios para amoldarlos a la importancia numérica y a la estructura de la población y de sus problemas o necesidades en materia de salud.
3. La aceptación de los servicios por parte de las comunidades, expresada como utilización real y la participación de estas en su diseño y prestación.

Los problemas de escasez relativa de **recursos** pueden a su vez analizarse teniendo en cuenta la forma en que el sistema está organizado, su estructura de gestión y administración con la combinación tecnológica de los recursos disponibles que eleve al máximo la productividad y la efectividad.

Operacionalizar un sistema **técnico-administrativo** que responda a las necesidades de la población.

Tanto la índole de los problemas de salud como las técnicas conocidas para su atención, admiten distintas soluciones técnicas y administrativas. En consecuencia los sistemas de prestación de servicios pueden organizarse por nivel de atención, vinculados por sistema de envío de pacientes.

El objetivo general es lograr una productividad óptima dentro de los límites aceptados de eficiencia y de acceso a los diferentes niveles por parte de las comunidades.

Las razones numéricas, proporciones y porcentajes, son a la larga datos engañosos para el adecuado análisis de la cobertura o extensión de la misma, porque no toman en cuenta factores importantes e históricos de nuestro medio como la medicina tradicional (casera) y las formas propias de las comunidades (medicina indígena) para resolver sus problemas de salud.

Tampoco evalúan la aceptación de los servicios y la calidad de los mismos, ni su accesibilidad geográfica, cultural, económica y de género.

Podemos hablar también de cobertura efectiva según el análisis de utilización de servicios en donde podemos evaluar necesidades no atendidas, rechazo de pacientes, consultas y satisfacción de la población.

Existe la cobertura efectiva según evaluación de programas que es la más usada cuando se ejecutan programas específicos de atención con acciones concretas a poblaciones identificadas. (18)

Resulta más completo evaluar la cobertura efectiva según análisis de utilización de servicios.

Contextualizando el SIAS como una estrategia coyuntural, resulta evidente el hecho de no definir con claridad el concepto de cobertura.

Oficialmente se publican datos manifestando que con este programa se ha incrementado la cobertura en más de tres millones de habitantes (Dirección General del SIAS, MSPyAS).

Esta información responde a intereses políticos, ya que como mencionamos las proporciones y razones numéricas son datos engañosos, que se utilizan políticamente para decir que hay un servicio geográficamente accesible.

Es un concepto estático, lo más real debe ser la utilización y no la simple presencia de un establecimiento o un servicio en un área.

En el presente estudio se realizó tomando en cuenta aspectos tradicionales en cuanto a la conceptualización de ampliación cobertura (evaluación por programas) y aspectos más integrales de una **“verdadera ampliación de cobertura”**: acceso (geográfico, cultural, económico), disponibilidad relativa de recursos y disposición de un sistema técnico administrativo que responda y atienda las necesidades de la población.

CAPITULO III

OBJETIVOS

GENERAL :

Determinar las condicionantes para una verdadera ampliación de cobertura de los servicios de salud del MSPAS, a partir de la implementación del SIAS en el municipio de Sumpango, Sacatepéquez durante los años de 1,997 a 2,003; para establecer el cambio de la misma, tomando como comparación los años 1,994 a 1,996.

ESPECIFICOS:

1. Determinar las coberturas de los servicios de salud del MSPAS en los programas de Atención a menores de 5 años, Atención prenatal e Inmunizaciones.
2. Determinar el aumento de la disponibilidad relativa de recursos con el SIAS en Sumpango Sacatepéquez.
3. Determinar el ajuste técnico administrativo del SIAS en Sumpango Sacatepéquez.
4. Conocer el acceso de la población a los servicios de salud con la implementación del SIAS en Sumpango Sacatepéquez.

CAPITULO IV

MATERIAL Y METODOS

A. Tipo de Estudio

Estudio Descriptivo Transversal, en los servicios de salud del MSPAS en el área de estudio durante los años respectivos.

B. Población:

En el presente estudio se consideran dos poblaciones de estudio:

1. Población atendida por el SIAS, que comprende 10,800 habitantes o lo que en promedio son 2,160 familias
2. El personal del Ministerio de Salud, que presta servicios en el programa del SIAS del Municipio de Sumpango Sacatepéquez, que constituyen un Médico Ambulatorio, un Facilitador Institucional y cuatro Facilitadores comunitarios.

C. Selección y tamaño de la muestra:

1. Para la muestra de las familias:

Se realizó un calculo muestral utilizando el programa Epi-dat 92 de OPS, obteniendo a muestra de 75 familias, con una proporción de población de 0.5, una precisión absoluta de 10% y un alfa de 0.90. De cada comunidad se tomó proporcionalmente familias en forma aleatoria simple.

2. Para el personal de salud:

Se incluyo a todo el personal de los servicios de salud.

D. Unidad de análisis:

1. La familia
2. El personal de los servicios

E. Criterios de inclusión

1. Familias que pertenezcan a la jurisdicción del SIAS y que hayan utilizado los servicios que allí se prestan.
2. Personal de salud que trabaja en los servicios públicos del municipio.

F. Criterios de exclusión

1. Familias que no pertenezcan a la jurisdicción del SIAS o que no hayan utilizado los servicios que allí se prestan.
2. Personal de salud que no trabaja en los servicios del SIAS del municipio.

Definición operacional de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Atención a menores de 5 años.	Atención brindada en los servicios de salud del MSPAS a los menores de 5 años.	1. Porcentaje de consultas nuevas. (Número de consultas nuevas realizadas / número de consultas nuevas esperadas x 100).	Cualitativa	Nominal
Atención a mujeres embarazadas	Atención brindada en los servicios de salud del MSPAS a las mujeres embarazadas.	1. Porcentaje de consultas nuevas. (Número de consultas nuevas realizadas/ número de consultas nuevas esperadas x 100).	Cualitativa	Nominal
Inmunizaciones a menores de 1 año.	Vacuna de Sarampión aplicada en los servicios del MSPAS.	1. Porcentaje de vacunas de Sarampión. (Número de vacunas aplicadas/ número de vacunas programadas x 100).	Cualitativa	Nominal

Ajuste técnico administrativo.	Sistema que responde a las necesidades y aspiraciones de la población.	1. Horario en que la población tiene mejor posibilidad de asistir al servicio de salud. 2. Horario en el que se atiende a la población. 3. Número de pacientes recibe tratamiento inicial del vigilante de la salud, dividido el número de consultas por cien. 4. Número de pacientes recibe tratamiento inicial de la comadrona, dividido el número de consultas por cien. 5. Número de primeras consultas	Cualitativa	Nominal
--------------------------------	--	---	-------------	---------

		de embarazadas dividido número de embarazos esperados por cien		
Disponibilidad relativa de recursos.	Gestión, administración y combinación tecnológica de recursos disponibles que eleve la productividad y efectividad.	1. Número de casos referidos con boleta / número total de referidos por cien 2. Número de vigilantes que saben aplicar las vacunas dividido el número total de vigilantes por cien.	Cualitativa	Nominal
Acceso de la población a los servicios de salud.	Existencia de una oferta sostenida y regular de servicios prestados con una combinación de recursos que geográfica, económica, temporal y	1. Numero de visitas comunitarias al mes dividido número total de comunidades. 2. Ruta de consulta de la población,	Cualitativa	Nominal

	culturalmente estén al alcance de las comunidades.	al necesitar el servicio.		
		3. Número de personas del servicio de salud que hablan el idioma de la población dividido número total de personal por cien.		
		4. Distancia entre el servicio de salud y la comunidad medida tiempo.		
		5. Costo promedio de la utilización del servicio.		
		6. Visitas domiciliar ias del personal de salud al mes dividido el número de familias por cien.		

H. Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de los datos del estudio se utilizaron tres instrumentos:

1. El primero, un cuestionario no estructurado que sirvió para obtener información de las familias. (anexo 3)
2. El Segundo, un cuestionario semi-estructurado que se utilizó para obtener la información del personal de los servicios de salud. (anexo 2)
3. El tercero, una boleta para recolectar los datos de producción de los servicios del SIAS en el municipio. (anexo 1)

I. Procedimientos para de recolección de la información

1. En primer lugar se procedió a revisar las memorias de labores de los años en estudio, en los archivos del Puesto de Salud de Sumpango, Sacatepéquez. Para esto se utilizó la boleta respectiva. (anexo 1)
2. Seguidamente con el cuestionario no estructurado para la recolección de datos con los usuarios (anexo 3) se procedió a realizar entrevistas con los usuarios de los servicios de salud del SIAS del municipio.
3. Por último se visitó a los trabajadores del SIAS para realizar entrevistas utilizando el cuestionario semi-estructurado (anexo 2)

J. Análisis de la Información

1. El análisis de la información se hizo mediante ejes analíticos definidos, siendo estos tres programas de salud del MSPyAS:
 - a. Atención a menores de cinco años.
 - b. Atención prenatal.
 - c. Inmunizaciones.
2. Luego estos tres ejes fueron relacionados con condicionantes fundamentales para una verdadera ampliación de cobertura, que para el presente estudio fueron:
 - a. La disponibilidad relativa de recursos: evaluada en el presente estudio por el sistema de referencia y contra-referencia y la estrategia de vacunación horizontal.
 - b. El ajuste técnico administrativo: medido en el presente estudio a través del horario de atención y la capacidad de vigilantes de salud y comadronas en la prestación de servicios.
 - c. Acceso de la población a los servicios: Evaluado desde los aspectos geográficos, económicos, culturales y temporales en la prestación de servicios

3. El análisis de los ejes analíticos con las condicionantes permite identificar aspectos críticos a superar para una verdadera ampliación de cobertura.

CAPITULO V

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del estudio de Ampliación de Cobertura con el Sistema de Atención Integral en Salud (SIAS) en el municipio de Sumpango, Sacatepéquez durante los años de 1,997 al 2,003.

La presentación de la información de los resultados se organiza de la siguiente manera:

- En la primera parte se presentan los datos sobre la información de los tres programas o tres ejes analíticos: atención a menores de cinco años, atención prenatal e inmunizaciones, con sus respectivas interpretaciones.
- En la segunda parte se presenta datos sobre las condicionantes de la ampliación de cobertura y sus interpretaciones, Ajuste técnico administrativos, cuadros, Disponibilidad relativa de recursos, cuadros, Acceso.

PROGRAMAS

Cuadro 1

Cobertura del programa de atención menores de 5 años periodo 1994-2003 Sumpango Sacatepéquez, Guatemala septiembre 2004.

Grupo etareo	Menores de 5 años.		
Año	Total	Consultas	Porcentaje
1.994	3,648	1,350	37%
1,995	3,750	1,108	29%
1,996	3,834	1,414	36%
1,997	3,929	1,902	48%
1,998	4,027	1,291	32%
1,999	4,127	3,542	85%
2,000	4,226	3,673	86%
2,001	4,324	3,632	84%
2,002	4,412	3,838	87%
2,003	4,514	3,837	85%

Fuente: Memoria de labores del Puesto de salud de Sumpango Sacatepéquez

Antes de la implementación del SIAS la atención a menores de 5 años estaba en 37% para 1,994 y en 36% para 1,996. Con el inicio del SIAS la atención se incrementó de un 48% en 1,997, a 85% en el 2,003, con una baja significativa en 1,998 de un 32% de atención.

Cuadro 2

Cobertura del programa de atención a embarazadas período
1994-2003 Sumpango Sacatepéquez, Guatemala septiembre 2004

Grupo	Embarazadas		
Año	Total	Consultas	Porcentaje
1.994	1,148	360	31%
1,995	1,186	579	49%
1,996	1,224	396	32%
1,997	1,263	410	32%
1,998	1,303	397	30%
1,999	1,345	847	63%
2,000	1,388	885	64%
2,001	1,429	885	62%
2,002	1,472	937	64%
2,003	1,513	741	49%

Fuente: Memoria de labores del Puesto de salud de Sumpango Sacatepéquez.

Desde la implementación del SIAS la atención materna ha venido en ascenso de 32% en 1,997 al doble o sea al 64% en el 2,002, con un leve descenso en 1,998 a un 30% y nuevamente a un 49% en el 2,003. Previo al SIAS la atención materna se mantenía prácticamente estable de un 31% en 1,994 a un 32% en 1,996. En el año de 1,995 existe un ascenso al 49% de atención.

Cuadro 3

Cobertura de vacuna antisarampionosa
1994-2003 Sumpango Sacatepéquez, Guatemala septiembre 2004

Grupo	Menores de un año		
Año	Total	Vacunados	Porcentaje
1.994	979	835	85%
1,995	905	585	65%
1,996	950	537	56%
1,997	804	553	69%
1,998	724	520	72%
1,999	720	526	73%
2,000	920	831	90%
2,001	724	596	82%
2,002	763	651	85%
2,003	777	634	82%

Fuente: Memoria de labores del Puesto de salud de Sumpango
Sacatepéquez

El SIAS inicio con una cobertura de 69% en 1,997 y llego a un 82% en el 2,003, cabe resaltar que en el 2,000 la cobertura del programa llegó al 90%. Antes del SIAS la cobertura venía en descenso de una cobertura de 85% en 1,997, 65% en 1,995 hasta un 56% en 1,996.

AJUSTE TÉCNICO ADMINISTRATIVO

Cuadro 4

Horario de atención del SIAS
1997-2000 Sumpango Sacatepéquez, Guatemala septiembre

Horario	Respuestas	Porcentaje
10-14 horas	15	19%
08-16 horas	12	15%
08-14 horas	9	11%
09-16 horas	8	10%
09-14 horas	7	9%
Resto	29	36%

Fuente: Instrumento de recolección de datos No.3

El horario de atención es muy variado con más de 17 respuestas. El 19 % dice ser atendida entre las 10:00 y las 14:00 horas; el 15% entre las 8:00 y 16:00 horas; el 11% entre las 8:00 y 14:00 horas; el 10% entre las 9:00 y 16:00; las demás respuestas son menores al 8% y es de hacer notar la gran variedad de respuestas.

Cuadro 5

Horario en que la población prefiere ser atendida período 1997-2000 Sumpango Sacatepéquez, Guatemala septiembre 2004

Horario	Respuestas	Porcentaje
Mañana	71	89%
Tarde	08	10%
Todo el día	01	1%

Fuente: Instrumento de recolección de datos 1.

El 89% prefiere ser atendido en horario de la mañana, el 10% en la tarde y el 1% preferirían ser atendida todo el día.

Cuadro 6

Tratamientos iniciados por vigilantes de la salud período 1997-2003 Sumpango Sacatepéquez, Guatemala septiembre 2004

Año	Tratamientos	Consultas	Porcentajes
1,997	420	4,039	10%
1,998	504	3,564	14%
1,999	396	5,135	8%
2,000	744	5,824	13%
2,001	674	6,126	11%
2,002	759	6,324	12%
2,003	658	6,586	10%

Fuente: Memoria de labores del Puesto de salud de Sumpango Sacatepéquez

Desde el inicio del SIAS el promedio anual de tratamientos iniciales de los vigilantes de la salud es de 11%. Según la normativa del SIAS los vigilantes están facultados para iniciar tratamientos en las patologías prioritarias como diarreas, IRAS, enfermedades de la piel, anemia, desnutrición.

Cuadro 7

Tratamientos iniciados por comadronas período 1997-2003
Sumpango Sacatepéquez, Guatemala septiembre 2004

Año	Tratamientos	Consultas	Porcentaje
1, 997	00	410	00%
1, 998	00	397	00%
1, 999	00	847	00%
2, 000	00	885	00%
2, 001	00	650	00%
2, 002	00	630	00%
2, 003	00	795	00%

Fuente: Memoria de labores del Puesto de salud
de Sumpango Sacatepéquez

Las comadronas no cuentan con prenatales u otro medicamento para iniciar tratamientos como manda la normativa del SIAS, desde que se implemento dicho programa la atención prenatal de las comadronas ha aumentado.

DISPONIBILIDAD RELATIVA DE RECURSOS

Cuadro 8

Existencia de un sistema de referencia período
1997-2003 Sumpango Sacatepéquez, Guatemala septiembre 2004.

Referencia	Respuestas	Porcentaje
Si	13	16%
No	67	84%

Cuadro 9

Existencia de un sistema de contra-referencia período
1997-2003 Sumpango Sacatepéquez, Guatemala septiembre 2004.

Contra-referencia	Respuestas	Porcentaje
Si	3	4%
No	77	96%

Fuente: Instrumento de recolección de datos 1.

Cuadro 10

Referencia de pacientes período
1997-2003 Sumpango Sacatepéquez, Guatemala septiembre 2004

Año	Referencias
1,994	SD
1,995	SD
1,996	SD
1,997	39
1,998	32
1,999	54
2,000	162
2,001	152
2,002	168
2,003	171

Fuente: Archivo de referencias del puesto de salud de Sumpango, Sacatepéquez

*SD: Sin datos.

Antes del SIAS no se cuentan con registros de referencias; cuando este inicio en 1,997 las referencias han ido en aumento de 39 a 162 en el 2,000. Todos Los pacientes referidos fueron con una nota de referencia sin una boleta específica. El 84 % refiere no recibir ninguna boleta de referencia cuando es enviado a otro lugar de atención, el.16% si la recibe.

El 96% no recibe boleta de contrarreferencia y el 4% sí. El 100% de los trabajadores del SIAS de Sumpango refieren que no existe oficialmente un sistema de referencia y contra-referencia (Anexo 2, boleta de recolección de datos a personal de salud.)

Cuadro 11

Aplicación de Biológicos por el personal de Salud SIAS
Período 1997-2000 Sumpango Sacatepéquez, Guatemala
septiembre 2004

APLICACIÓN	RESPUESTAS	PORCENTAJE
Si	2	33%
No	0	00%
Algunos	4	67%

Fuente: Instrumento de recolección de datos 2.

Solo el 33% del personal puede aplicar todos los biológicos del programa de inmunizaciones, el 67% aplica algunos.

ACCESO A SERVICIOS

Cuadro 12

Visitas mensuales a la comunidad del personal del SIAS
Período 1997-2000 Sumpango Sacatepéquez,
Guatemala septiembre 2004.

Visitas	Respuestas	Porcentaje
2 veces	6	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos 2.

Según el 100% el personal del SIAS llega dos veces al mes a la comunidad, lo que coincide totalmente con lo referido por los usuarios. (Boleta de recolección de datos al usuario, anexo 1)

Cuadro 13

Primera opción en la ruta de consulta del paciente
Período 1997-2000 Sumpango Sacatepéquez,
Guatemala septiembre 2004

Lugar	Hace 5 años	Porcentaje	Ahora	Porcentaje
Curandero	5	6%	5	6%
P/S Sumpango	38	47%	8	10%
Farmacia	13	16%	2	2%
Médico particular	8	10%	7	9%
Hospital	16	20%	7	9%
P/S Local	--	--	51	64%

Fuente: Instrumento de recolección de datos 1.

Antes de la implementación del SIAS la ruta de consulta del usuario era de un 47% al P/S de la cabecera municipal o al hospital departamental, 16% las farmacias, 10% médico particular, 6% al curandero como primera opción.

Después de la implementación del SIAS el 64% de los usuarios usa como primera opción el centro de convergencia de la aldea, el 10% el P/S de la cabecera municipal, el 9% el hospital departamental, el 9% médico particular el 2% las farmacias y el 6% al curandero.

Cuadro 14

Idioma de atención
1997-2000 Sumpango Sacatepéquez, Guatemala septiembre 2004

	Habla		Entiende	
	F	%	F	%
Sí	2	33	2	33
No	4	67	4	67

Fuente: Instrumento de recolección de datos 2.

Con relación al idioma Kakchiquel el 33% lo habla y entiende y el 67% ni lo habla ni lo entiende.

Cuadro 15

Distancia entre el servicio de salud y la comunidad
medida en tiempo período 1997-2000 Sumpango Sacatepéquez,
Guatemala septiembre 2004

Intervalo de tiempo	Comunidades	Porcentaje
De 01 a 10 minutos.	08	80%
De 11 a 30 minutos.	02	20%
De 31 a 60 minutos.	00	00%
Más de 60 minutos.	00	00%

Fuente: Instrumento de recolección de datos 1.

De los 10 centros de convergencia, 8 se encuentran a menos de 10 minutos y 2 a menos de treinta minutos.

Cuadro 16

Costo de utilización de los servicios del SIAS período
1997-2000 Sumpango Sacatepéquez, Guatemala septiembre 2004

Costo	Respuestas	Porcentaje
Q.01.00	20	25%
Nada	60	75%

Fuente: Instrumento de recolección de
datos 1.

El 75% de los usuarios refieren que la utilización de los servicios no les representa ningún costo y el 25% refiere que solo dan una colaboración de Q1.00 cada vez que utilizan el servicio.

Cuadro 17

Visitas domiciliarias mensuales del personal de salud período
1997-2003 Sumpango Sacatepéquez, Guatemala septiembre 2004

Año	Familias	Visitas	Porcentaje
1,994	4,596	372	8%
1,995	4,744	185	4%
1,996	4,896	262	5%
1,997	5,051	231	4%
1,998	5,213	526	10%
1,999	5,379	257	4%
2,000	5,550	342	6%
2,001	5,681	284	5%
2,002	5,885	235	4%
2,003	6,014	361	6%

Fuente: Memoria de labores del Puesto de
salud de Sumpango Sacatepéquez

El promedio es de 6% pre y post SIAS, la implementación del
programa no ha mejorado dicho servicio.

CAPITULO VI

DISCUSION

El presente estudio fue realizado en el municipio de Sumpango del Departamento de Sacatepéquez, durante los años de 1997 a 2003. Con los usuarios de los servicios de salud que presta el Sistema Integral de Atención en Salud SIAS y el personal institucional y comunitario que presta dichos servicios.

Los objetivos planteados fueron: Determinar las condicionantes para una verdadera ampliación de cobertura de los servicios de salud del MSPAS, determinar las coberturas de los servicios de salud del MSPAS en los programas de Atención a menores de 5 años, Atención prenatal e Inmunizaciones, determinar el aumento de la disponibilidad relativa de recursos, determinar el ajuste técnico administrativo y conocer el acceso de la población a los servicios de salud con la implementación.

La discusión de los siguientes resultados esta planteada de la siguiente manera: Primero analizaremos los programas a menores de cinco años, atención a embarazadas e inmunizaciones **que constituyen los ejes analíticos del presente estudio.**

Para luego analizarlos desde la perspectiva del aumento de la disponibilidad relativa de recursos, el ajuste técnico administrativo y el acceso que son las condicionantes para la ampliación de cobertura.

EJES ANALÍTICOS

Atención a menores de 5 años.

Según la información obtenida y con la base de nuestros ejes analíticos para una verdadera ampliación de cobertura, podemos observar que la disponibilidad relativa de recursos, el sistema técnico administrativo y el acceso no han sido los ejes direccionales del SIAS, ya que solamente se ha limitado únicamente a dar más consultas 3,837 (85%) en el 2,003, comparada con las 1,350 (37%) de 1,994. Los vigilantes de la salud están autorizados y capacitados por el programa para iniciar tratamientos, pero en la práctica real el promedio ha sido solo de un 11% anual del total de consultas. Se sigue perdiendo el aprovechamiento de la disponibilidad relativa de recursos.

No existe un verdadero sistema integrado de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención, creando así una fractura total con relación a una verdadera ampliación de cobertura.

El sistema técnico administrativo no cambia en un aspecto que debería de ser la columna vertebral del SIAS.

Las visitas domiciliarias no han tenido un repunte esperado con la implementación del sistema 8% en 1,994, 6% en el 2,003), lo que evidencia que no existe un contacto más directo con el paciente o su familia, la atención sigue siendo tradicional no se ha mejorado el acceso, ya que se sigue esperando y atendiendo al paciente en "la clínica".

Atención a mujeres embarazadas.

Como programa propiamente dicho el indicador nos muestra que porcentualmente la atención tiende a aumentar (31% en 1,994 y 64% en el 2,003), no ha existido un máximo aprovechamiento de la disponibilidad de recursos, ya que la referencia y contrarreferencia es una gran debilidad, no existe la búsqueda activa de casos, se atiende solo por demanda, no hay una organización comunitaria que garantice la evacuación emergente de embarazadas y/o partos complicados.

En cuanto al sistema técnico administrativo los indicadores y los resultados de la encuesta reflejan que los horarios de atención son totalmente irregulares (14 diferentes respuestas), pero que responden a las necesidades de la población (89%) que prefiere ser atendida por la mañana o por la tarde (10%).

Las comadronas están autorizadas y capacitadas para dar tratamientos con tabletas prenatales pero no realizan dicha labor, ya que administrativamente no se ha tomado la decisión de que ellas tengan las tabletas prenatales, perdiendo una gran oportunidad de esta suplementación básica ya que las comadronas siguen siendo las de mayor confianza de la población para dar la atención prenatal, del parto y post-natal. (95% de partos atendidos por comadronas según informes mensuales)

El acceso sigue siendo muy limitado en cuanto al idioma en que se les atiende (100% en español) ya que la población es Kakchiquel. Las consultas han disminuido, no hay búsqueda activa de casos ya que las visitas domiciliarias son en promedio mensual de 6% mensual, básicamente la atención es por demanda.

Inmunizaciones a menores de un año

La disponibilidad relativa de recursos evidencia que el recurso humano de vigilantes de la salud está funcionando para aumentar la cobertura del programa (68% promedio en el pre-SIAS y 78% promedio en el pos-SIAS) ya que permite un mejor control de los menores de un año con la elaboración del censo anual, la búsqueda activa y vacunación horizontal.

El sistema técnico administrativo ha cambiado con relación al pre-SIAS ya que la vacunación es diaria mejorando el componente horario y aprovechando cualquier contacto del niño con el servicio de salud, lo que antes del SIAS no se daba ya que la vacunación era solo por jornada nacional (tres veces al año).

En cuanto al acceso el sistema de vigilantes de salud ha permitido el aprovechamiento de cualquier contacto del niño para revisar el carné de vacunación, recordatorio personal del vigilante a la familia a su cargo.

En este programa específico (inmunizaciones) las autoridades ministeriales ejercen bastante presión en cuanto al cumplimiento de metas (95% de < 1 año vacunados) a costa de llamadas de atención verbal, escrita, levantamiento de actas y retención de pago de viáticos. Toda esta presión no es perceptible en otros programas.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

1. El Sistema Integral de Atención en Salud solamente ha ampliado la cobertura real del programa de inmunizaciones, principalmente con la utilización de los vigilantes de la salud en el programa y ajustando el horario de atención del programa para no perder oportunidades de vacunación.
2. En los programas prioritarios de atención a menores de 5 años y el control de embarazadas no se ha aumentado la cobertura real; entendida en el presente estudio como el ajuste técnico administrativo, aumento de la disponibilidad relativa de recursos y mejorar el acceso; solamente aumentó la cobertura numérica.
3. La disponibilidad relativa de recursos no es aprovechada por el Sistema Integral de Atención de Salud. El promedio de tratamientos iniciados por vigilantes de la salud es solo del 11% y el de comadronas es 0%. No existe un sistema de referencia y contrarreferencia.
4. El ajuste técnico-administrativo medido en este estudio a través del horario de atención al público; fue lo único que se encontró ajustado a las necesidades de la población.

5. El acceso cultural de los servicios a la población medido a través del idioma (kakchiquel) no se ha dado con la implementación del SIAS. El 64% del personal no entiende el idioma de la población.
6. El acceso geográfico, económico y de utilización real de los servicios si se ha logrado con la implementación del SIAS. El 96% de los usuarios se hace menos de 10 minutos para el centro de convergencia y para el 51% es su primera opción de consulta y no se cobran los servicios.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

1. Mantener e incrementar el aumento de cobertura real del programa de inmunizaciones.
2. Aumentar la cobertura real del programa de atención a menores de 5 años y el control de embarazadas, haciendo el ajuste técnico administrativo necesario, aumentando la disponibilidad relativa de recursos.
3. Mantener y monitorear el ajuste técnico administrativo del horario de atención para seguir facilitando el servicio a los usuarios.
4. Crear cursos de capacitación para el personal con relación al idioma y cultura de la población para mejorar el acceso cultural.
5. Mantener e incrementar el acceso geográfico y económico de los servicios de salud, para que la utilización real siga en aumento.

CAPITULO IX

REFERENCIAS

1. Laurel, Ana Cristina 1992 "Avanzar al pasado: La política Social del Neoliberalismo", Fundación Friedrich Ebert. México pp. 125-146
2. Lerner, Laura Y García Raggio, Ana "Cuadernos Médicos Sociales" #58. 1,991.
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social "Sistema Integral De Atención En Salud (SIAS)".
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social "Lineamientos nivel primario de atención. Versión preliminar", enero 1,997.
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Sistema Integral de Atención en Salud", Guatemala 13 de mayo 1,9997.
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social "Programa Sectorial de Salud", agosto 1,993.
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social "Lineamientos de Política de Salud", 1,994 - 1,995.
8. Organismo Ejecutivo, "Programa de Gobierno" 1,996 - 2,000.

9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
"Guías Básicas para el uso de la información en Salud", Guatemala abril de 1,996.
10. Organización Panamericana de la Salud "Boletín VOL. 118" No. 2 Febrero de 1,995.
11. Fundación para la asesoría a programas de salud, "LA Reforma del Sector salud en Colombia", Santiago de Cali, Colombia, Marzo de 1,998.
12. Verdugo, Juan Carlos "Los riesgos de la Reforma del Sector Salud y el papel de la Sociedad Civil en Guatemala". Versión preliminar.
13. Asociación de Servicios de Salud Comunitaria "El pasado, presente y futuro de la salud comunitaria en Guatemala.", Chimaltenango 15,16 y 17 de julio de 1,998. Seminario Nacional 1,998, 20 años por la Salud Comunitaria.
14. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. "El proceso de transformación de la salud en Guatemala". Enero de 1,996.
15. Mesa Lago, Carmelo "Ajuste, reestructuración, costo social y políticas de seguridad social en América Latina".

16. Centro De Estudios De Guatemala, Universidad De Valencia, España "Guatemala: Entre el Dolor y la Esperanza" 1,995.
17. Organización Panamericana de la Salud, "Boletín, Volumen XI, No. 4", 1,977.
18. Kroeger, Axel Y Luna, Ronaldo. "Atención Primaria en Salud. Principios y Métodos". Organización Panamericana de la Salud. Editorial Pax México 1,987.
19. Paganini, José María. "La Evaluación de la accesibilidad, cobertura, calidad y equidad en salud". División HSP, OPS 1,995. Primer borrador.
20. Jefatura Área De Salud De Sacatepéquez. "Plan Operativo Anual". Sacatepéquez 2,000.
21. Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social, "Normas de Atención SIAS". Tomo 1 Guatemala 1998.
22. Instituto Nacional De Estadística, "estimaciones de población". 1995-2000
23. Arriaza, Roberto P. "Problemas Socioeconómicos de Guatemala". Edición 1,997.

24. Instancia Nacional De Salud, "Primer informe monitoreo del derecho a la salud". Diciembre del 2003.
25. Laurel, Ana Cristina 1992 "La política Social en el proyecto Neoliberal. Necesidades económicas y realidades sociopolíticas.", Cuadernos Médicos Sociales Número 60

CAPITULO X

ANEXOS

ANEXO 1

Sirvió para recopilar la información de los programas del presente estudio.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS
AMPLIACIÓN DE COBERTURA DEL SIAS
SUMPANGO SACATEPEQUEZ.

Producción en:

Atención de niños (as) menores de 5 años:

	1.994	1,995	1,996	1,997	1,998	1,999	2,000	2,001	2.002	2,003
Menores de 5 años										
Consultas										
Porcentaje										

Atención a mujeres embarazadas:

	1.994	1,995	1,996	1,997	1,998	1,999	2,000	2,001	2.002	2,003
Planificado										
Ejecutado										
Porcentaje										

Vacuna de Sarampión aplicada a menores de un año:

	1.994	1,995	1,996	1,997	1,998	1,999	2,000	2,001	2.002	2,003
Planificado										
Ejecutado										
Porcentaje										

Tratamientos iniciales de vigilantes de la salud:

	1,997	1,998	1,999	2,000	2,001	2,002	2,003
No. Tratamientos							
No. De consultas							
Porcentaje.							

Tratamientos iniciales de comadronas:

	1,997	1,998	1,999	2,000	2,001	2,002	2,003
No. tratamientos							
No. De consultas							
Porcentaje.							

Referencia de pacientes:

	1,994	1,995	1,996	1,997	1,998	1,999	2,000	2,001	2002	2,003
Referencias										

Distancia entre el servicio de salud y la comunidad medida tiempo.

Intervalo de tiempo	No. De comunidades.
De 01 a 10 minutos.	
De 11 a 30 minutos.	
De 31 a 60 minutos.	
Más de 60 minutos.	

Visitas domiciliarias del personal de salud al mes.

	1,994	1,995	1,996	1,997	1,998	1,999	2,000	2,001	2,002	2,003
Visitas										
Familias										
Porcentaje										

ANEXO 2

CUESTIONARIO A PERSONAL DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD DE SUMPANGO, SACATEPEQUEZ

FECHA:
CARGO:

1. ¿A partir de la implementación del SIAS, existe un sistema de referencia y contrarreferencia?

1. Sí_____ 2. No_____ 3. No sé_____

2. ¿Antes del SIAS existía un sistema de referencia y contrarreferencia?

1. Sí_____ 2. No_____ 3. No sé_____

3. ¿Existe una boleta de referencia y contrarreferencia?

1. Sí_____ 2. No_____ 3. No sé_____

4. ¿En qué horario se atiende a la población desde la implementación del SIAS?

5. ¿En qué horario se atendía antes de la implementación del SIAS?

6. ¿Cuántas veces al mes llega el personal ambulatorio a la comunidad, desde que se implemento el SIAS?

7. ¿Cuántas veces al mes llegaba el personal ambulatorio a la comunidad, antes de que se implementara el SIAS?

8. Con relación al idioma kaqchiquel:

¿Lo habla?

¿Lo entiende?

9. Puede aplicar los diferentes biológicos del programa de inmunizaciones.

Si.
Algunas.

No.

ANEXO 3

(Validado)

CUESTIONARIO A LAS PERSONAS USUARIAS DEL SERVICIO DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD DE SUMPANGO, SACATEPEQUEZ.

1. ¿A qué hora le atienden en el puesto de salud de la aldea?
2. ¿A qué hora es más fácil venir a consulta al puesto de salud de la aldea?
3. Cuando lo mandan al hospital o a otro lugar para una consulta o para hacerse exámenes, ¿le dan algún papel para enseñarlo allá?
4. Cuando ya lo han atendido en el lugar a donde lo mandaron, ¿le dan otro papel para traerlo al puesto de salud?
5. ¿Cuántas veces al mes viene el doctor o doctora a la aldea?
6. ¿En el puesto de salud lo (la) atienden en Kakchiquel o en castilla?
7. ¿Cuántos minutos se hace de su casa al puesto de salud?
8. ¿Cuánto gasta por venir a consulta al puesto de salud (comida, pasaje, medicina, consulta)?
9. ¿Cuándo se enferma alguien en la casa adónde lo lleva primero ahora?
10. ¿Cuando se enfermaba alguien en la casa a dónde lo llevaban primero hace 5 años?

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y, por cualquier medio, la tesis titulada: *"AMPLIACIÓN DE COBERTURA, SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD, SUMPANGO SACATEPÉQUEZ 1,997-2,003."* Para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción parcial o total.