

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LA REFORMA DEL SECTOR

Estudio realizado en el área de salud de Sacatepéquez
Junio-Julio 97

FROILÁN CUTZAL CALEL

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

	Pags.
I. Introducción.....	1
II. Definición del Problema.....	2
III. Justificación.....	4
IV. Objetivo.....	5
V. Revisión Bibliográfica.....	6
VI. Metodología.....	19
VII. Presentación de resultados.....	23
VIII. Análisis y Discusión.....	32
IX. Conclusiones.....	34
X. Recomendaciones.....	35
XI. Resumen.....	36
XII. Referencia Bibliográfica.....	37
XIII. Anexo.....	39

I. INTRODUCCION

La Reforma del Sector Salud ha creado actualmente un proceso de debate en Salud Pública. La confluencia de factores políticos-ideológicos, económicos-financieros y epidemiológicos le imprimen a las transformaciones contemporáneas, características distintas a otros cambios que históricamente han sufrido los sistemas de servicios de salud.

En Guatemala se inició un programa de Reforma en forma gradual a nivel 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 y Sacatepéquez.

Para éste estudio se tomó el departamento de Sacatepéquez, como representativo de la región central para la evaluación de la actitud del personal de salud ante la Reforma Sectorial, se consideró los cuatro componentes básicos de servicios siendo éstos la Focalización, Diseño de Canasta Básica, cambio de la Mezcla Público/Privada y Descentralización. Los resultados de la investigación reflejan que hay aceptación de los componentes de la Reforma, excepto la Mezcla Público/Privada, aunque en forma global los componentes no tienen aceptación en relación a lo deseado, se encontró una aceptación así: Focalización 54.3%, Canasta Básica 55.5%, Descentralización 47.6% y Mezcla Público/Privada 33.6% .

Habiendo establecido la actitud del personal de salud del área de Sacatepéquez ante la Reforma Sectorial se considera que la Reforma Sectorial es una alternativa viable para mejorar la situación actual de salud de la población guatemalteca especialmente de los

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

En Guatemala en los últimos años la Salud se ha visto agravada debido al estancamiento en el crecimiento económico, social y político, mismo que se revela en el escaso desarrollo integral del país, lo que ha reducido la disponibilidad de recursos para el Sector Salud.

Se estima que actualmente una tercera parte de la población de la región carece de los servicios de atención, de no revertirse esta tendencia, llevaría a que en el año 2,000 por el crecimiento poblacional el déficit afectará a la mitad de la población.(9).

Según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Guatemala tiene indicadores poco alentadores ya que la tasa de mortalidad general es de nueve por mil habitantes, la tasa de mortalidad infantil (menores de un año) es de 84.1 por mil. Es la tasa más elevada en América Latina, luego de Haití. La mortalidad preescolar (entre uno y cinco años) es de 44 por mil, la tasa entre 0 y 5 años es de 128 por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad materna es de dos por mil alumbramientos, tasa sólo superada en América Latina por Haití y Honduras (3).

Las instalaciones sanitarias gubernamentales son 35 hospitales, 32 Centros de Salud Tipo A, 188 Centros de Salud Tipo B y 785 Puestos de Salud. Además, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social cuenta con 24 hospitales, 29 consultorios, 18 Puestos de Primeros Auxilios y 6 servicios contratados. Muchas de esas instalaciones, no están en funcionamiento. A fines de 1990, se conoció que el 37% de los Centros de Salud tenían completamente deteriorada su infraestructura y no contaban con el equipo necesario.

Los Puestos de Salud son atendidos por Auxiliar de Enfermería, en 1992, no funcionaban el 28% y el 75% trabajaban con equipo deficiente. El enfoque de atención de

los servicios de salud tiene énfasis curativo y sin focalización a los grupos de mayor riesgo.

(3).

Analizando la problemática que enfrenta el Sector Salud, el Ministerio de Salud Pública de Guatemala inició en 1994 una Reforma Sectorial de Salud con énfasis en la atención hacia los grupos postergados, así como a los posibles proyectos de actuación conjunta entre las instituciones del Sector y la comunidad en forma activa. La primera fase de implementación se ha desarrollado en tres departamentos del país, Sacatepéquez es uno de ellos, y se espera tomarlo como modelo en la Región Central. Esta Reforma Sectorial de Salud contiene cuatro componentes (ejes) fundamentales de servicio: Focalización, Diseño de Canasta Básica, Cambio de la Mezcla Pública/privado y Descentralización. Dicho proceso de modernización tiene como base, acceder servicios de salud y basar el servicio de salud en una atención más eficiente, eficaz y equitativa.

Con base a lo anterior se consideró pertinente evaluar la actitud del personal institucional ante la Reforma del Sector, ya que de ello depende el éxito o fracaso de dicho proyecto.

III. JUSTIFICACION

Los problemas básicos de morbilidad y mortalidad en Guatemala, siguen centrados en patologías derivadas de la baja cobertura en la atención del embarazo, parto, cuidado del recién nacido, la prevención y control de la desnutrición, carencia de micronutrientes, la diarrea, infecciones respiratorias, etc. En la actualidad a nivel nacional las políticas de la atención de la salud no han sido adecuadas para satisfacer las necesidades de la población a pesar de las metas propuestas en la política de Salud para todos en el año 2,000.

Ante esta situación el Ministerio de Salud de Guatemala propuso iniciar una Reforma Sectorial que contempla la modificación del modelo de atención de la salud a nivel nacional, basado en un sistema de servicios básicos para el 100% de la población de comunidades seleccionadas dispersas y alejadas, mediante la participación multisectorial y de las propias comunidades. En la primera fase se seleccionó a los departamentos de Chiquimula, Alta Verapaz, Escuintla, también Sacatepéquez en base a sus características demográficas, culturales, económicas y sociales. (5).

El propósito de la Reforma Sectorial de Salud es mejorar las condiciones de salud de la población con énfasis en los grupos postergados y además es una alternativa que ofrece buenas perspectivas para la solución de los problemas de salud del país y para dicho proceso, juega un papel muy importante el recurso humano, ya que su actitud dependerá el éxito o el fracaso de la Reforma Sectorial.

IV. OBJETIVO

- 1.- Evaluar la actitud del personal de Salud ante la Reforma del Sector, en el área de salud de Sacatepéquez.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA ²²

MARCO TEORICO 13

A.- ANTECEDENTES:

Guatemala es uno de los países de la América Central, cuya posición geográfica la coloca en el centro del continente americano; limita al norte y al oeste con la República de México, al sur con el Océano Pacífico, al este con el mar de las Antillas y con las Repúblicas de Honduras y El Salvador. Su extensión territorial es de 108.900Km², dividida políticamente en 22 departamentos e integrados por 330 municipios; éstos a su vez están conformados por aldeas, caseríos, parajes y fincas. (13).

Según el Instituto Nacional de Estadística para 1,994 la población guatemalteca era de 10.3 millones de habitantes con un crecimiento anual de 3.3 y una densidad poblacional de 92 habitantes por Km²; el 51% pertenece al sexo masculino y el 49% al sexo femenino; la población rural, se sitúa entre el 62 y 70% y el 37% vive en el área urbana, la edad promedio son 22 años. El 54% de los guatemaltecos tienen menos de 18 años. Y el 46% son menores de 15 años, Guatemala se caracteriza por contar con una población joven, la distribución por grupos etáreos define una población en edad productiva de 50.1% y un 4.5% en edad de retiro. (3,13,7).

La población guatemalteca es de diversidad étnica, siendo la población indígena el 58% y 42% no indígena o "ladina" el 35% de la población habla alguna de las 22 lenguas, entre las lenguas mayoritarias están quiché 29%, cakchiquel 25%, y mam 8%; el 38% habla otras lenguas (13).

Según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) a finales de 1992, el 67% de los guatemaltecos vivían en extrema pobreza, el 22% vivían en pobreza no extrema, y 11% eran no pobres. Según datos de la CEPAL, el 78.4% de los analfabetos son pobres,

más del 83% de los indígenas son analfabetos, en las mujeres indígenas asciende al 95%.(3).

La población Económicamente Activa (PEA) de Guatemala es 3.3 millones de personas, representa el 31% de la población total de país, por cada 100 personas activas, hay 228 dependientes.(3).

B.- SITUACION DE SALUD DE GUATEMALA:

La situación de salud de la población guatemalteca no ha sido satisfactoria en los últimos 20 años puesto que no ha logrado progresos en sus indicadores de salud.

En 1,992 la esperanza de vida al nacer por sexo era de 63 años en hombres y 67 en mujeres (6), la tasa de mortalidad general es de nueve por mil habitantes, la tasa de mortalidad infantil es de 57 por mil nacidos vivos y la mortalidad materna es de 2 por mil alumbramientos, este bajo nivel de salud es más acentuado en grupos de población con predominio indígena, de áreas rurales y en condiciones de pobreza.(3).

Las condiciones en la que se desenvuelve la población del país, los aspectos socioeconómicos, así como factores geográficos, ecológicos, climáticos y otros, determinan la calidad de vida y la distribución de las enfermedades en las regiones del país. La prevalencia de las enfermedades infecciosas, las deficiencias de nutrición, la violencia y la falta de saneamiento ambiental, son prevenibles a un costo relativamente bajo. Las principales causas de muerte reflejan el mal estado de salud de la población y la inefectividad del actual sistema de salud, (13).

En Guatemala de cada 1,000 niños que nacen 57 mueren antes de cumplir un año de vida y de ellos 29 antes de los 28 días, la desnutrición refleja a la vez la situación precaria en que viven los niños ya que el 70% de las defunciones de niños menores de cinco años están asociadas directamente con la desnutrición, siendo esta situación más severa en la región del altiplano occidental, es superior al 85 %. Guatemala figura en el cuarto lugar de los países de América Latina con el porcentaje más elevado de recién nacidos con bajo peso al nacer, existe marcada diferencia de déficit de peso entre la población infantil del área urbana (25.7%) y rural (36.6%). Así como entre los niños ladinos (28.6%) e indígenas (40.6%), (3,8,11).

El Sector Salud de Guatemala se caracteriza por su bajo grado de formalización jurídica y administrativa. Está conformado actualmente por instituciones de sector público y privado, Organizaciones no Gubernamentales y por un amplio significativo sector de medicina comunitaria tradicional, sobreviviente de la cultura maya. (14), El Ministerio de Salud pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), son los encargados de proveer los servicios básicos al total de la población. (11).

Se estima que MSPAS. cubre sólo el 30% de la población, el IGSS. atiende menos del 15% de la población total y los servicios privados de salud cubren el 8% y 12% de la población total, esto indica que el 40% de la población no tiene acceso al sector de salud formal, y ésta es la población pobre y en mayor riesgo (10).

Los problemas de salud de la región central merecen especial interés, la malaria, el dengue, la tuberculosis pulmonar, los accidentes generales, las intoxicaciones por agroquímicos (plaguicidas y fertilizantes), a esto hay que agregar la migración intensiva de trabajadores temporales del altiplano, que vienen a integrarse constituyendo un grupo especial de riesgo (13).

En términos generales el sistema de salud no ha sido satisfactorio por lo que el Sector de Salud a partir del "Primer Foro Nacional sobre la Reforma Sectorial de Salud" en noviembre 1,994 oficializó un proceso de Reforma para satisfacer las necesidades de salud, respaldadas y ampliadas con las experiencias de otros países y Organizaciones Internacionales de cooperación y crédito que están participando activamente en la Reforma Sectorial en otros países. (11).

C.- REFORMA SECTORIAL DE SALUD:

Aunque los sistemas de servicios de salud han estado siempre en constante cambio, el proceso de revisión iniciado a principio de la década de los noventas, en gran número de países de América Latina y el Caribe, tiene las características de una transformación más radical por la confluencia de factores económicos-financieros y epidemiológicos. El Programa Sectorial de Salud es una alternativa de respuesta a los problemas de salud de la población guatemalteca el cual contempla un proyecto de reorientación del sistema de atención que pretende cambiar en forma gradual el actual sistema a fin de mejorar la equidad y eficiencia en las áreas de educación de la salud como mecanismo de participación y comunicación social. (11,10).

La Reforma Sectorial de Salud, propone que en forma descentralizada y participativa que los proveedores más eficientes pongan a disposición de la población económicamente postergada o en mayor riesgo un grupo de intervenciones sanitarias esenciales, socialmente aceptables y que el país pueda financiarla. El proceso de Reforma Sectorial se presenta con distintas características y grados de evolución en los países sin embargo, es posible identificar como objetivos comunes los siguientes:

- a) Mejorar el estado de salud de la población reduciendo la desigualdad entre grupos sociales.

- b) Aumentar la eficiencia en la prestación de servicios.
- c) Incrementar la equidad en el acceso a los servicios de la salud y la satisfacción de los usuarios.

La Reforma Sectorial es un proceso de movilización de los recursos sociales que gira alrededor de cuatro ejes fundamentales. (11,10).

D.- ORGANIZACION DEL SECTOR SALUD.

El país para su sistema nacional de servicios de salud está dividido en 8 regiones:

REGION I METROPOLITANA:

La región metropolitana está constituida por el departamento de Guatemala y se asienta en un área de 2,126 km² su densidad de la población es la más alta de todo el país con 841 habitantes por km². (9).

REGION II NORTE

Esta región esta conformada por dos departamentos, Alta Verapaz y Baja Verapaz, ambos ocupan una superficie de 11,810 km², su densidad de población es de 55 habitantes por km² (9).

REGION III NORORIENTAL:

Esta región comprende cuatro departamentos: Izabal, Zacapa, el Progreso y Chiquimula, territorialmente abarca una extensión de 16,026 km² su densidad poblacional es de 51 habitantes por km² (9).

REGION IV SURORIENTE:

Esta región comprende los departamentos de Jutiapa, Jalapa y Santa Rosa, ocupa una extensión de 8,237 Km² y alcanza una densidad promedio de 102 habitantes por Km² (9).

REGION VI SUROCCIDENTAL:

Esta región está compuesta por San Marcos, Quetzaltenango, Totonicapán, Sololá, Suchitepéquez y Retalhuleu. Es una de las regiones más complejas del país, porque es la mayor en cuanto al número de departamentos que la conforman, ocupa una extensión de 12,237 Km² y representa una alta densidad, un promedio de 186 habitantes por Km².(9).

REGION VII NOROCCIDENTE

Esta región está configurada por los departamentos de Huehuetenango y Quiché, cuenta con una extensión territorial de 15,778 Km², su densidad de población es de 73 habitantes por km² (9).

REGION VIII PETEN:

Esta región está constituida únicamente por el departamento del Petén. Es más grande en extensión que todo el país, abarca una superficie de 35,854 km, su densidad es apenas de cinco habitantes por km². (9).

REGION V CENTRAL:

Esta región esta integrada por tres departamentos: Chimaltenango, Sacatepéquez y Escuintla. Estos se encuentran situados en el altiplano central, en las formaciones montañosas de los volcanes de Agua, Fuego y Acatenango, por un lado, y el de Pacaya por otro; además cuenta con un gran importante litoral en el pacífico.

La región se asienta en una superficie de 6,828 km², tiene una densidad de 136 habitantes por km². cuenta con una población de 933,140 habitantes, de la cual 415,732 habitan en el

área rural, o sea un 55.4%; como puede observarse, tiene una alta proporción de población urbana en relación con el resto del país, siendo la segunda, después de la región metropolitana.

El 35.9% de su población pertenece a la etnia indígena y en ella predominan los hablantes de Cakchiquel. Desde el punto de vista del desarrollo económico y social, la región es muy heterogénea, Sacatepéquez ostenta cierto desarrollo derivado de su potencial turístico en actividades urbanas.

En menor grado se encuentra Chimaltenango, zona minifundista en la que predominan los asentamientos de población indígena.

Las actividades fundamentales en Escuintla y Sacatepéquez son las agropecuarias, agroexportación en fincas grandes y medianas; granos, hortalizas y frutales en las pequeñas.

Estas últimas son actividades de los campesinos minifundistas, combinados con la fabricación de textiles y las elaboración de artesanías, ambas ligadas a las actividades turísticas de Antigua Guatemala. (9).

Los indicadores de bienestar están muy influidos por el tipo y monto de los ingresos. Aproximadamente el 60% de los hogares de la región percibe un ingreso menor de Q160.00 mensuales lo cual refleja la situación de pobreza en que vive la población, el 87.4% de las familias viven en situación de pobreza y el 66.9% en pobreza extrema (6,9).

E. EJES FUNDAMENTALES DE LA REFORMA SECTORIAL

La Reforma Sectorial en Salud es, en última instancia, 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. Los recursos pueden ser orientados a los grupos más

postergados, a las intervenciones prioritarias (o más costo/efectivas), a proveedores privados de servicio de salud, o a entidades públicas para su administración local. (2).

Las reformas sectoriales en curso abordan con distinto énfasis estas áreas, pudiéndose constituir una de ellas en el eje conductor del proceso. así:

COMPONENTES:

- Focalización
- Diseño de Canasta Básica
- Cambio de la mezcla
- Público/Privada
- Descentralización

ORIENTACION DE LOS RECURSOS

- Grupos en mayor riesgo
- Intervenciones prioritarias
- Proveedores privados de servicios.
- Sistemas locales de salud. (SILOS).

1. CONCEPTO DE FOCALIZACION

La focalización de acciones de salud en grupos humanos postergados socialmente, implica gerencialmente una reorientación de los recursos y reorganización de los servicios de salud, para garantizar su accesibilidad.

Pero no significa que aquellos grupos de población a los cuales se les ha garantizado una cobertura útil de atención no se les siga brindando la accesibilidad ya alcanzada, siempre y cuando no cuente con los recursos económicos necesarios para atender sus necesidades básicas.

El acto gerencial de administrar los recursos para garantizar accesibilidad a los que no tienen y mantener las coberturas alcanzadas, se puede interpretar como **focalización redistributiva**, aplicando los conceptos de equidad y eficiencia en la conducción de los servicios de apoyo.

En la medida en que se movilicen los recursos de la comunidad, ONGs, sector privado, instituciones públicas y otras, será mejor la focalización redistributiva de los recursos.(10)

2. DEFINICION DE CANASTA BASICA DE SERVICIOS DE SALUD, GUATEMALA

Las C.B.S.S. no constituyen un acto impositivo de la oferta, tampoco debe interpretarse como una receta estandarizada, sino como resultado de un proceso de planificación local participativa enfocado estratégicamente, en donde participarán todos los sectores comprometidos con el desarrollo local que parte del análisis de la situación de salud de un espacio poblacional claramente delimitado (municipio, departamento o región), en donde se analizan las condiciones del desarrollo local (económicas, sociales, culturales, capacidad instalada, cobertura) (10).

3. CAMBIO DE LA MEZCLA PUBLICO/PRIVADA

Se espera dirigir los recursos a los proveedores que muestren mayor eficiencia en la gestión. La provisión de servicios por agentes privados, preservando el origen público de los recursos financieros, es la propuesta más aceptada en este sentido.

En este contexto, el estado reducirá su papel de proveedor directo de atención de salud, para ser sustituido por las instituciones de Seguridad Social y entidades privadas, solidarias o no gubernamentales. Si así ocurre en el marco de un adecuado régimen regulatorio habrá de mejorar la eficiencia microeconómica, la eficiencia de las prestaciones y la equidad del acceso al sistema (2)

Esto implica la adopción de esquemas que faciliten la compra-venta de servicios entre los sectores público y privado. Un sistema de referencias cruzadas entre éstos, permitirá hacer un uso más eficiente de la infraestructura fiscal del sector salud, visto como una totalidad y no como dos esferas independientes e incomunicadas.(2)

4. LA DESCENTRALIZACION

La descentralización del sector salud debe estar enmarcada dentro de las Políticas Generales del Estado, de forma que el proceso cuente con un sólido respaldo jurídico-administrativo y financiero y se acompañe de la descentralización de otras instancias que viabilicen la acción intersectorial a nivel local.

Con la descentralización los recursos se dirigirán a las unidades más cercanas al usuario de los servicios.

A diferencia de las funciones normativas, que deberán seguir radicadas en instancias nacionales, la prestación directa de servicios por parte del Estado debe trasladarse preferentemente a las instancias subnacionales, a medida que avance el proceso de descentralización. Las municipalidades, como áreas geográficas autónomas, y con autoridades popularmente electas, constituyen un espacio privilegiado para la descentralización. (2).

La descentralización constituye también un estímulo a la participación social en las decisiones sobre la planificación y gestión del gasto público, y en la necesaria fiscalización social en el uso de los recursos.

En el campo de las acciones en salud, la iniciativa más difundida en materia de unidades descentralizadas ha sido la creación de Sistema Locales de Salud (SILOS). Los SILOS son entidades de salud con una base geográfica-poblacional y unidad política, administrativa y técnica, dotados de autonomía de acción, que deben coordinar el uso de los recursos sanitarios disponibles para atender los riesgos de salud que se detectan en la población.(2)

F. COMPONENTE DE RECURSOS HUMANOS.

PERSONAL:

Conjunto de las personas pertenecientes a determinada, clase, corporación o dependencia.

Los mayores empleadores del personal que labora en instituciones públicas de salud son el MSPAS y el IGSS, que en conjunto absorben el 96.7%. En consecuencia, cada una de ellas ha definido su propio sistema de personal, empleando diferentes criterios en la clasificación de puestos, salarios, categorías educativas y ocupacionales. Según el departamento de personal de la Dirección General de Servicios de Salud DGSS, el MSPAS cuenta con 19,382 empleados, que presenta el 68.3% de la fuerza laboral del Sector Público de Salud, su composición según categorías educacionales tiene la configuración siguiente: profesionales 8.4%, técnica 14%, y auxiliar 27%, además, el 50.6% lo constituye un grupo especial que se ha denominado resto de personal sin formación en salud.

En los Puestos de Salud, donde trabajan auxiliares de enfermería y técnicos en salud rural; se localiza el 8% de los empleados, en los Centros de Salud tipo A y B, se localiza el 24.4% de los empleados; el 67.6%, en los servicios hospitalarios y niveles políticos. Si se agrega el personal voluntario y comunitario éste constituye más del 65% del total del personal de salud. (14).

La población rural, la mayoritaria del país y de grupos de alto riesgo, está atendida por personal auxiliar de enfermería, técnicos de salud rural, personal voluntario y comunitario. Todo esto muestra serios problemas de los servicios de salud, desde el punto de vista estructural, funcional y calidad, no existe una lógica de asignación de personal

porque no existen modelos de atención, situación condicionada, a su vez, por la centralización política y administrativa que determina la concentración de recursos (14).

ORGANIZACION DEL PERSONAL DE SALUD EN EL AREA DE SACATEPEQUEZ: su estructura es de tipo piramidal, con un vértice constituido por profesionales, una parte intermedia, formado por técnicos en salud rural, y una base mayor, por auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales

El área está compuesta por tres distritos (Antigua Alotenango y Santiago) Conformada por diecisiete Puestos de Salud, actualmente el personal esta formado por: médicos, odontólogos, enfermeras profesionales, enfermeras auxiliares, técnicos en salud rural, inspector saneamiento ambiental, técnicos de laboratorios y personal administrativo. Además en los Centros y Puestos de Salud temporalmente hay EPS. de medicina, y odontología. La situación de número de personal es inadecuada así como la inexistencia de servicios.

ACTITUD: una reacción afectiva, positiva o negativa hacia un objeto, sujeto, proporción u otro que se puede dar de forma verbal o de acción. Comúnmente se emplean varios métodos diferentes de estudiar las actitudes, comprende el empleo de medidas directas como la escala de actitud desarrolladas por Bogardus (1,924), Thurstone (1,929) y Lickert (1,932). (15).

ESCALA DE LICKERT: Lickert ideó el "método signa de puntuación" la técnica de Lickert se trata de una escala ordinal y como tal no se mide en cuanto es más favorable o desfavorable una actitud. Para Lickert, pueden utilizar medidas directas e indirectas con el objeto considerado, sin importar la exactitud del juicio, lo que realmente importa es que exprese determinado punto de vista de lo que se va a estudiar. (4).

La construcción de la escala de Lickert, comprende, primero la compilación de cierto número de declaraciones con respecto al asunto particular de que se trata. Estas declaraciones son presentadas a un grupo de sujetos, a quienes se les pide responder a ellas. Con la escala se busca generar una jerarquía de reactivos o puntos de indagación, el método de cuantificación de las puntuaciones acumulativas es bastante sencillo; a cada persona se concede una puntuación que equivale al número de reactivos con la que estuvo de acuerdo o discordó.(12,15).

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE DISEÑO: Observacional Descriptivo

B. SEDE DEL ESTUDIO: Area de salud de Sacatepéquez

C. SUJETOS DEL ESTUDIO: El personal institucional de los servicios de salud (médicos, enfermeras graduadas y auxiliares, técnicos y administrativos).

D. POBLACION A ESTUDIAR: Se incluye todo el personal del área de salud de Sacatepéquez No.63

E. METODO: Entrevista dirigida con reactivos cerrados y preguntas con escala no impar.

MEDICION DE ACTITUD: A través de las prueba tipo Likert, que incluyen las siguientes características.

- Aseveraciones que no influyen la respuestas.
- Manejo de escalas no impares, 3 o 5 alternativas.
- Se construyen preguntas control o sea items que se repiten con distinta redacción.
- Definición adecuada de las variables, qué aspectos son los claves y cuales son los controles.
- No repetir el orden de la escala con cada pregunta para no sesgar la respuesta.

REACTIVOS CERRADOS: preguntas que brindan a los participantes un conjunto de respuestas alternativas, de las cuales hay que escoger la que más se acerque a la respuesta verdadera.(12).

F. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Def. Conceptual	Def. Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medición
Personal de Salud	Es la conformación del Equipo Básico de Salud (E.B.S.) responsable de la implementación de los servicios básicos de salud.	El área de salud de Sacatepéquez esta integrado por médicos, enfermería, técnicos y personal administrativo.	Nominal ordinal	1. médicos 2. enfermería 3. técnicos 4. .EPS. de medicina 5. Personal administrativo.
Actitud	Reacción afectiva o negativa hacia un objeto, sujeto, proporción u otro que se puede dar en forma verbal o de acción.	Evaluar y anotar la actitud del personal de salud ante la Reforma Sectorial.	Nominal	-Acuerdo Absoluto -Acuerdo -Incertidumbre -Desacuerdo -Desacuerdo Absoluto.
Reforma del Sector	Es un proceso de reasignación de recursos financieros a los grupos más postergados, a las intervenciones prioritarias a proveedores privados de servicios de salud, a entidades descentralizadas para su administración local.	- Focalización - Canasta Basica - Mezcla Público/Privada - Descentralización	Nominal	Preguntas en la escala para evaluar cada componente.

G. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

- Criterios de inclusión: todo el personal institucional que comprende al sector salud del área de Sacatepéquez.
- Criterios de exclusión: personal voluntario en salud.

H. RECURSOS.

1.- MATERIALES:

- boleta de recolección de datos
- instalaciones de Centros y Puestos de Salud a investigar
- materiales de escritorio, hojas tamaño carta, computadora, etc.
- vehiculo (transporte extra urbano).

2.- HUMANOS.

- personal institucional de los servicios de salud, donde se realiza el estudio.

3.- RECURSOS INSTITUCIONALES

- Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud
- Instituto de Nutrición para Centro América y Panama
- Biblioteca de la Dirección General de Servicios de Salud
- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

I. PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACION

Se estructuró un instrumento (cuestionario) (ver anexo) con preguntas en relación a la actitud del personal institucional del sector salud ante la Reforma.

Luego de la aprobación del proyecto de investigación, se solicitó la autorización y colaboración del director de distrito No.4 San Juan Comalapa, Chimaltenango, para una prueba piloto, la función del estudio piloto fué obtener datos para mejorar el proyecto.

Posteriormente a la validación, se reestructuró el instrumento, la cuál se utilizó en el área de estudio para recolectar la información necesaria para cumplir a los fines de la investigación.

J. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Por el tipo de investigación se respetó la voluntad del grupo de colaboradores, además el estudio no expone a las personas a daños o molestias mentales o físicas.

El resultado de esta investigación será útil para conocer la viabilidad de la Reforma del Sector salud.

K. PLAN DE ANALISIS

1. La escala de Likert tiene un máximo de cinco, razón por la cual podría darse la calificación de "5" a personas que muestran acuerdo total; "4" a personas que muestran acuerdo casi total, y así sucesivamente.

Se escogió un número igual de proposiciones Positivas o Negativas, para este planteamiento la puntuación debe invertirse, la inversión es necesaria para que la puntuación alta siempre refleje actitudes positivas hacia la Reforma del Sector Salud.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

COMPONENTES O EJES DE LA REFORMA SECTORIAL EVALUADAS

- 1.- FOCALIZACION: en base a las preguntas No. 1 a 5 del cuestionario.
- 2.- CANASTA BASICA: en base a las preguntas No. 6 a 10 del cuestionario.
- 3.- MEZCLA PUBLICO/PRIVADA: en base a las preguntas No. 11 a 15 del cuestionario.
- 4.- DESCENTRALIZACION: en base a las preguntas No. 16 a 20 del cuestionario.

Cada pregunta tiene cinco alternativas de respuesta

CLAVE: A.A. = Acuerdo Absoluto

A. = Acuerdo

I. = Incertidumbre

D. = Desacuerdo

D.A. = Desacuerdo Absoluto

CUADRO No. 1

PUNTEOS OBTENIDOS EN RELACION A LA ACTITUD QUE PRESENTA EL PERSONAL DE SALUD SOBRE FOCALIZACION DEL AREA DE SALUD DE SACATEPEQUEZ.

EJE	ESCALA DE PUNTUACION										
	PREG	A. A.		A.		I.		D.		D. A.	
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
FOCALIZACION	1	8	3	30	11.3	8	3	7	2.6	0	0
	2	5	1.9	26	9.8	2	.76	18	6.8	2	.75
	3	2	.75	8	3	3	1.1	35	13.2	5	1.9
	4	12	4.5	31	11.7	8	3	1	.4	1	.4
	5	1	.4	21	7.9	16	6	11	4.1	4	1.5
TOTAL		28	10.6	116	43.7	37	14	72	27.2	12	4.5

En base a las preguntas No. 1 a 5 del cuestionario.

CLAVE:

- A.A.= Acuerdo Absoluto
- A. = Acuerdo
- I. = Incertidumbre
- D. = Desacuerdo
- D.A.= Desacuerdo Absoluto

Fuente: cuestionario de recolección de datos.

CUADRO No. 2

PUNTEO OBTENIDO SOBRE ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD CON RELACION A LA CANASTA BASICA DEL AREA DE SALUD DE SACATEPEQUEZ.

EJE	ESCALA DE PUNTUACION										
	PREG	A. A.		A.		I.		D.		D. A.	
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CANASTA BASICA	6	6	2.2	36	13.6	7	2.6	3	1.1	1	.37
	7	9	3.4	21	7.9	13	4.9	9	3.4	1	.37
	8	3	1.1	2	.76	5	1.9	27	10.2	16	6
	9	3	1.1	34	2.8	13	4.9	3	1.1	0	0
	10	13	4.9	20	7.6	11	4.15	3	1.1	6	2.25
	TOTAL		34	12.8	113	42.7	49	18.5	45	17	24

En base a las preguntas No. 6 a 10 del cuestionario.

CLAVE:

- A.A.= Acuerdo Absoluto
- A. = Acuerdo
- I. = Incertidumbre
- D. = Desacuerdo
- D.A.= Desacuerdo Absoluto

Fuente: cuestionario de recolección de datos.

CUADRO No. 3

PUNTEO OBTENIDO SOBRE ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD
CON RELACION A LA MEZCLA PUBLICO/PRIVADA
DEL AREA DE SALUD DE SACATEPEQUEZ

EJE	ESCALA DE PUNTUACION											
	PREG	A. A.		A.		I.		D.		D. A.		
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
MEZCLA	11	0	0	4	1.5	11	4.1	24	9.1	14	5.3	
PUBLICO	12	5	1.9	22	8.3	16	6	8	3	2	.75	
PRIVADA	13	12	4.5	29	11	6	2.3	4	1.5	2	.75	
	14	4	1.5	8	3	15	5.6	19	7.2	7	2.6	
	15	2	.75	3	1.14	8	3	26	9.8	14	5.3	
TOTAL		23	8.7	66	24.9	56	21.1	81	30.6	39	14.7	

En base a las preguntas No. 11 a 15 del cuestionario.

CLAVE: A.A.= Acuerdo Absoluto
A = Acuerdo
I = Incertidumbre
D. = Desacuerdo
D.A.= Desacuerdo Absoluto

Fuente: cuestionario de recolección de datos.

CUADRO No. 4

PUNTUACION OBTENIDA EN RELACION A LA ACTITUD QUE PRESENTA
EL PERSONAL DE SALUD SOBRE DESCENTRALIZACION
DEL AREA DE SALUD DE SACATEPEQUEZ

EJE	ESCALA DE PUNTUACION											
	PREG	A. A.		A.		I.		D.		D. A.		
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
DESCENTRA LIZACION	16	5	1.9	19	7.2	12	4.5	11	4.1	6	2.2	
	17	5	1.9	18	6.8	12	4.5	15	5.7	3	1.1	
	18	3	1.1	27	10.2	9	3.4	9	3.4	5	1.9	
	19	7	2.6	13	4.9	3	1.1	21	7.9	9	3.4	
	20	8	3	21	7.9	12	4.5	11	4.1	1	.37	
TOTAL		28	10.6	98	37	48	18.1	67	25.3	24	9	

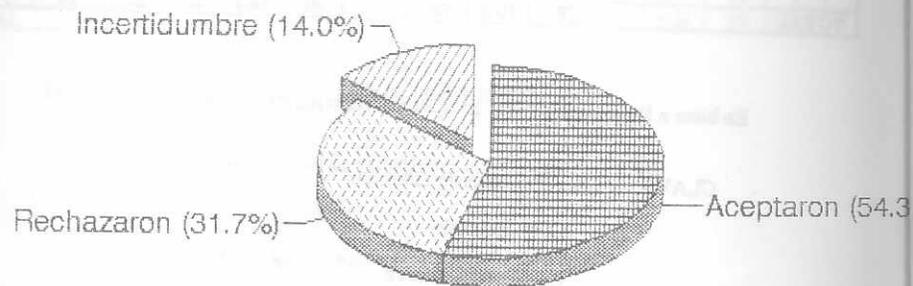
En base a las preguntas No. 15 a 20 del cuestionario.

CLAVE: A.A.= Acuerdo Absoluto
A = Acuerdo
I = Incertidumbre
D. = Desacuerdo
D.A.= Desacuerdo Absoluto

Fuente: cuestionario de recolección de datos.

GRAFICA No. 1

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE FOCALIZACION

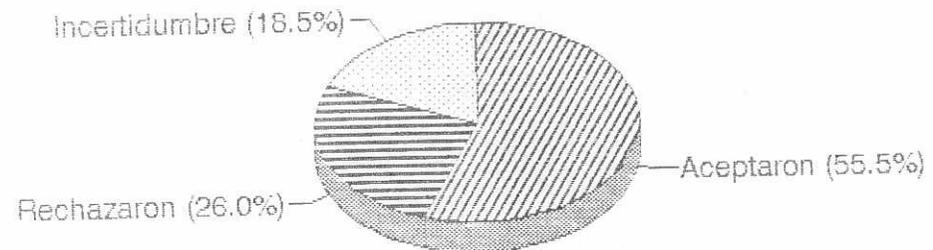


FUENTE: CUADRO No. 1

GRAFICA No. 2

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE

CANASTA BASICA

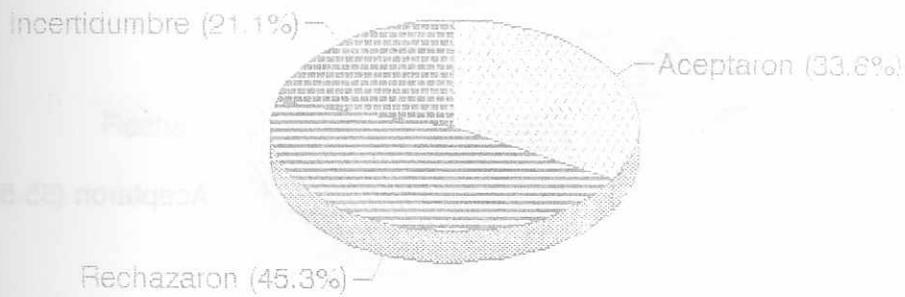


Fuente: Cuadro No. 2

GRAFICA No. 3

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE

MEZCLA PUBLICO/PRIVADA

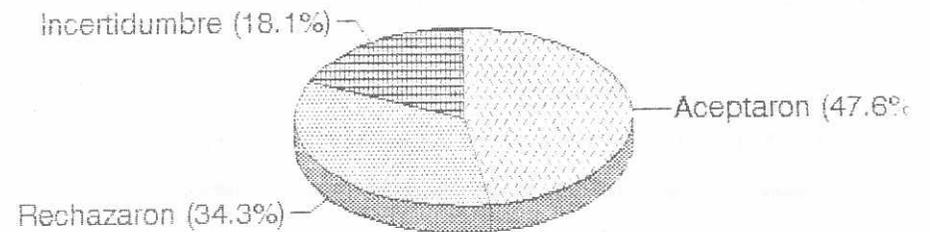


Fuente: Cuadro No. 3

GRAFICA No. 4

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE

DESCENTRALIZACION



Fuente: Cuadro No. 4

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Este estudio evidenció la actitud que presenta el personal de salud ante la Reforma Sectorial, observando que el personal opinó con respecto a la Focalización una aceptación de 54.3 % un rechazo de 31.7 % y 14 % indicaron incertidumbre, además la focalización no se ha logrado como es deseado existen, limitaciones de recursos económicos y personales para cubrir a los grupos de mayor riesgo y postergación económica. En relación a la Canasta Básica la actitud del personal de salud tuvo una aceptación de 55.5 % un rechazo de 26 % y 18.5 % indican incertidumbre, los encuestados indicaron que de acuerdo a los recursos disponibles existen limitaciones para satisfacer las diferentes necesidades de las comunidades de mayor riesgo.

Sobre la Mezcla Público/Privada, el personal de salud mostró una actitud negativa, el 45.3 % lo rechaza, el 33.6 % indica aceptación y 21 % indica incertidumbre, los encuestados consideran que éste proceso no es operacionable basandose a los recursos disponibles de la comunidad y de lo que recibe tradicionalmente a nivel central de los distritos.

Con relación a la Descentralización, el personal de salud mostró una actitud aceptable en 47.6 %, rechazando por el 34.3 % y 18.1 % indican incertidumbre, la descentralización es el componente que ocupa el 3er lugar de aceptación, a pesar de que el área de salud de Sacatepéquez se ha creado el Sistema Local de Salud (SILOS) a nivel de Distrito, esto nos indica que hay mejor organización interna con respecto a cada Distrito, esto fue implementado en Ciudad Vieja, Magdalena Milpas Altas y Sumpango. Globalmente en relación a la situación actual y la deseada la descentralización que a nivel central no se ha hecho efectiva y solo ha quedado en proyecto.

En las alternativas de las respuestas de cada pregunta aparece incertidumbre = duda; la cual se interpretó como nula ya que todo el personal de salud encuestado en ninguna de las respuestas lo interpretaron como positivo o negativo ni mucho menos dejar en blanco dicha alternativa, se puede observar que en los cuatro componentes obtuvo un porcentaje entre el 14 - 21%, con mayor porcentaje sobre el componente de Mezcla Pública/Privada.

IX. CONCLUSIONES

1. En el presente estudio se concluyó que el personal de salud muestra aceptación a la Reforma Sectorial en sus componentes, Focalización, Canasta Básica y Descentralización.
2. La Mezcla Público/Privada es el componente rechazado y con mayor incertidumbre.
3. Concluimos que el personal de salud no tiene amplia información sobre la implementación de la Reforma Sectorial.

X. RECOMENDACIONES

1. Que las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, encargados del proceso de reforma continúen apoyando y promoviendo el proceso ya iniciado a nivel del Area de Salud de Sacatepéquez; a fin de que el personal de salud acepte, comprenda y ejecute las acciones emprendidas en busca de las mejoras de salud de los grupos postergados socialmente.
2. Diseñar un programa de refuerzo periódico con clases magistrales, cursillos, conferencias, paneles-foro, sobre la Reforma Sectorial que se está implementando para actualizar y reforzar los conocimientos del personal de salud sobre Reforma Sectorial.
3. Para continuar el proceso de Reforma iniciado es indispensable que las autoridades centrales hagan efectivo el proceso de Descentralización con énfasis en el aspecto económico a fin de proporcionar a las autoridades de Jefatura de Area y de Distritos la autonomía local del manejo de los mismos en función de las necesidades.
4. Realizar evaluaciones periódicas a todo el personal de salud de Sacatepéquez por parte de las autoridades de Area de Salud de Sacatepéquez, para tener un panorámica constante de la actitud y conocimiento del personal de salud ante la Reforma Sectorial.

XI. RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó en el Área de Salud de Sacatepéquez durante los meses de junio-julio de 1,997, en tres Distritos y diecisiete Puestos de Salud donde se inició la implementación de la Reforma Sectorial. El objetivo principal del estudio fué evaluar la actitud del personal de salud ante la Reforma en relación a los cuatro componentes básicos de servicios de salud siendo: Focalización, Diseño Canasta Básica, Mezcla Público / Privada y Descentralización.

Los resultados evidencian que la actitud del personal de salud ante la Reforma varía en cada componente así como por preguntas, estableciendo mayor aceptación en lo que se refiere a Focalización, Canasta Básica y Descentralización y con rechazo o menos aceptación a la Mezcla Público/Privada.

Se recomienda seguir evaluando periódicamente para establecer la aceptación o rechazo de los componentes y tener así una guía acerca de los aspectos que ameritan mayor promoción para lograr su aceptación.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1- Barillas Edgar, ELEMENTOS PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD, Gutemala,1995 págs. 1,23,35,36.
- 2- Barillas Edgar, Finkelman Jacobo, Rivera soto, Victoria Diego, EL PROCESO DE TRANSFORMACION DE LA SALUD EN GUATEMALA, 1996. Págs. 64,65,68,71,72,73.
- 3- Colección "Guatemala hoy" ASI VIVIMOS, LAS CONDICIONES DE VIDA EN GUATEMALA, Editorial Nuestra América S.A. Guatemala 1,995 Págs. 23,24,25,31.
- 4-Egg Ezequiel Ander, TECNICA DE INVESTIGACION SOCIAL , 4a. edición, México 1,995 Págs. 259,260
- 5- Ministerio de salud Pública y Asistencia Social, SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION DE SALUD (SIAS). enero 1,997 págs. 3,6.
- 6-OPS. OMS. CONDICIONES DE SALUD EN GUATEMALA, Guatemala mayo 1,994 pag. 1 .
- 7- OPS,OMS, LAS CONDICIONES DE SALUD EN LAS AMERICAS, volumen II, edición 1,990 Washinton D.C. E.U.A. pag.17
- 8- OPS, OMS, DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD, Serie HSS/SILOS 24 1,993 Washinton. D.C. pág. 122.
- 9- OPS, INFORME DEL PRIMER SEMINARIO SOBRE ECONOMIA Y SALUD, Antigua Guatemala, abril 1,991 pags. 49,50,51,52,53,-54,55,57,58.
- 10 OPS. REFORMA SECTORIAL PARA UN CAMBIO INTEGRAL DE LA SALUD Guatemala, 1,995 pags. 1,2,5,7.

- 11- Patal Ximico Manuel, REFORMA SECTORIAL DE SALUD EN GUATEMALA, tesis
(médico Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala,
Facultad de Ciencias Medicas, Guatemala 1,996. págs. 5,8.
- 12- Polit Dinese. F. INVESTIGACION CIENTIFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD, 3ra.
edición, México 1,991 Pag. 532
- 13- OPS. Publicaciones científicas y técnicas de la Oficina panamericana de la salud,
ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD POR REGIONES,
Guatemala 1,992 Pags. 17,18,21,73.
- 14- OPS. Publicación Cientificas y Técnicas de la Oficina Panamericana de la Salud,
ESTUDIO BASICO DEL SECTOR SALUD, Guatemala 1,991. Pags
17,38,39,42,43.
- 15- Whittaker James O. PSICOLOGIA 4a edición nueva editorial Interamericana México
D.F. 1,987. pág. 397.

XIII. ANEXO

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD
ANTE LA REFORMA DEL SECTOR

INSTRUCCIONES:

PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES ASEVERACIONES USTED ENCONTRARA
5 ALTERNATIVAS DE RESPUESTA, SE LE RECOMIENDA LEER DOS VECES
CADA PREGUNTA Y MARQUE CON UNA X LA ALTERNATIVA LA QUE SEA DE
SU ELECCION.

1. El identificar los grupos humanos postergados socialmente, permite reorientar la reorganización y los recursos del sector salud.
Acuerdo Absoluto ____ Acuerdo ____ Incertidumbre ____
Desacuerdo ____ Desacuerdo Absoluto ____
2. La participación de la sociedad permite la fiscalización social del uso de los recursos por parte del sector salud.
Incertidumbre ____ Desacuerdo ____ Acuerdo ____
Acuerdo Absoluto ____ Desacuerdo Absoluto ____
3. La sociedad local debe controlar el uso racional de los recursos por parte del sector salud.
Incertidumbre ____ Desacuerdo ____ Acuerdo ____
Acuerdo Absoluto ____ Desacuerdo Absoluto ____
4. El destinar mayores recursos financieros al sector salud, permite alcanzar las metas de la reforma del sector salud.
Incertidumbre ____ Desacuerdo ____ Acuerdo ____
Acuerdo Absoluto ____ Desacuerdo Absoluto ____

5. La atención a grupos poblacionales de riesgo es producto de la Reforma del sector salud.

Incertidumbre ___ Desacuerdo ___ Acuerdo ___

Acuerdo Absoluto ___ Desacuerdo Absoluto ___

6. El construir un paquete de atenciones en salud de acuerdo a las necesidades locales, garantiza la accesibilidad a los servicios de toda una comunidad.

Incertidumbre ___ Desacuerdo ___ Acuerdo ___

Acuerdo Absoluto ___ Desacuerdo Absoluto ___

7. La amplia participación de todos los sectores sociales a nivel local en la elaboración de la canasta básica de los servicios de salud, garantiza el éxito de dicha estrategia.

Incertidumbre ___ Desacuerdo ___ Acuerdo ___

Acuerdo Absoluto ___ Desacuerdo Absoluto ___

8. Existen los suficientes recursos materiales y humanos a nivel local para la implementación de la canasta básica de los servicios de salud.

Acuerdo Absoluto ___ Acuerdo ___ Incertidumbre ___

Desacuerdo ___ Desacuerdo Absoluto ___

9. La canasta básica de los servicios de salud es una estrategia que busca focalizar y acceder los servicios de salud a nivel local.

Incertidumbre ___ Desacuerdo ___ Acuerdo ___

Acuerdo Absoluto ___ Desacuerdo Absoluto ___

10. El sistema integral de atención en salud, garantiza el acceso y la calidad en la atención en salud.

Acuerdo Absoluto ___ Acuerdo ___ Incertidumbre ___

Desacuerdo ___ Desacuerdo Absoluto ___

11. El proporcionar una prestación de servicio privada, con recursos financieros públicos, asegura la calidad y equidad de la atención en salud a nivel local.

Incertidumbre ___ Desacuerdo ___ Acuerdo ___

Acuerdo Absoluto ___ Desacuerdo Absoluto ___

12. Que el Estado elabore un marco legal e institucional coherente para la totalidad del sector salud, permite regular las funciones, obligaciones y atribuciones de todo el sistema de salud público-privado.

Acuerdo Absoluto ___ Acuerdo ___ Incertidumbre ___

Desacuerdo ___ Desacuerdo Absoluto ___

13. El aumentar el gasto público en salud, permite que el sistema de salud sea eficiente y equitativo en su prestación.

Acuerdo Absoluto ___ Acuerdo ___ Incertidumbre ___

Desacuerdo ___ Desacuerdo Absoluto ___

14. La mezcla público y privada de la prestación de los servicios de salud favorece la equidad en la atención en salud.

Acuerdo Absoluto ___ Acuerdo ___ Incertidumbre ___

Desacuerdo ___ Desacuerdo Absoluto ___

15. El sector privado de la salud tiene la capacidad instalada para acceder la atención en salud de las comunidades.

Incertidumbre ___ Desacuerdo ___ Acuerdo ___

Acuerdo Absoluto ___ Desacuerdo Absoluto ___

16. La descentralización del sector salud, garantiza que destinarán mayores recursos económicos a nivel local para la prestación de la atención.

Acuerdo Absoluto ___ Acuerdo ___ Incertidumbre ___

Desacuerdo ___ Desacuerdo Absoluto ___

17. La participación social se ve estimulada a medida que la descentralización se hace efectiva

Incertidumbre ____ Desacuerdo ____ Acuerdo ____

Acuerdo Absoluto ____ Desacuerdo Absoluto ____

18. La descentralización favorece la autonomía de la gestión y la coordinación intersectorial a nivel local.

Acuerdo Absoluto ____ Acuerdo ____ Incertidumbre ____

Desacuerdo ____ Desacuerdo Absoluto ____

19. La comunidad local debe controlar el uso racional de los recursos por parte del sector salud.

Acuerdo Absoluto ____ Acuerdo ____ Incertidumbre ____

Desacuerdo ____ Desacuerdo Absoluto ____

20. La descentralización de los diferentes sectores del estado debe buscar la integración de un sistema integral de atención en salud a nivel local.

Acuerdo Absoluto ____ Acuerdo ____ Incertidumbre ____

Desacuerdo ____ Desacuerdo Absoluto ____