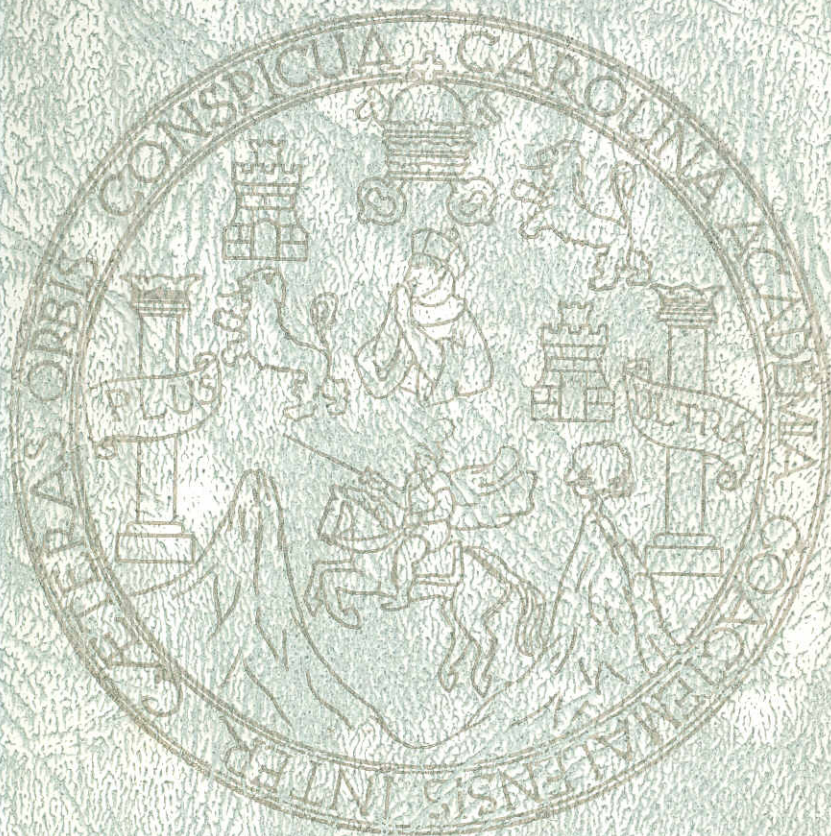


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CAMBIOS EN LOS PATRONES DE UTILIZACION DE LOS
SERVICIOS DE SALUD COMO RESULTADO DE LA
IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION
INTEGRADA A ENFERMEDADES PREVALENTES
DE LA INFANCIA -AIEPI-"



CARLA ROXANA FLORES LUIN

MEDICA Y CIRUJANA

CONTENIDO

I.	Introducción	pág. 1
II.	Marco Teórico	2
III.	Justificación	6
IV.	Objetivos	8
V.	Hipótesis	9
VI.	Revisión de literatura	10
VII.	Marco Metodológico	21
VIII.	Aspectos éticos del estudio	25
IX.	Tratamiento estadístico	
	De la información	26
X.	Resultados	27
XI.	Análisis y discusión de	
	Resultados	39
XII.	Conclusiones	45
XIII.	Recomendaciones	47
XIV.	Bibliografía	49
XV.	Anexo	51

I. INTRODUCCION

Con el afán de contribuir a disminuir las tasas de morbi-mortalidad en la población infantil menor de 5 años, se elaboró conjuntamente por OPS/OMS y UNICEF, la estrategia de Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia -AIEPI- que involucra tres componentes principales: clínico, educativo y comunitario. Con esta estrategia se tratan particularmente enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, malaria y sarampión (dentro de las cuales se involucra el tratamiento de la fiebre, tos y dolor de oído por ejemplo). De manera interesante procura también la participación de la familia y la comunidad en la solución y prevención de la salud infantil.

Siendo utilizada con éxito en otros países, en Guatemala se ha iniciado la intervención de AIEPI a nivel de clínicas atendidas por organismos no gubernamentales -ONG's-, entre las que se cuenta la clínica ubicada en la finca Luisiana, del municipio de Patulul, Suchitepéquez.

El presente trabajo pretende establecer si existe o no modificación en los patrones de utilización de los servicios de salud posterior a la intervención de la estrategia de AIEPI, para lo cual contamos con una línea basal que comparamos con la población sujeto de nuestro estudio constituida por 62 madres de familia con niños menores de 5 años, que habitan en la finca Luisiana.

II. MARCO TEÓRICO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No es un dato desconocido que todos los años mueren aproximadamente 12 millones de niños antes de llegar a los 5 años de edad; la mayoría muere antes del primer año de vida. Siete de cada 10 de estas muertes ocurren por enfermedades para las cuales, en algunos países desarrollados, se cuenta con efectivas medidas de control, pero lamentablemente en los países en desarrollo aquellas enfermedades como infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, desnutrición, malaria y enfermedades prevenibles por vacunación, continúan siendo causas importantes de enfermedad y/o muerte en los niños menores de 5 años.¹

Guatemala se ubica entre los 9 países de la región con una tasa de mortalidad infantil estimada de 40 por 1000 o más. En los niños de 1 a 4 años de edad, la neumonía, enfermedades diarreicas, deficiencias nutricionales, meningitis, septicemia, enfermedades prevenibles por vacunación y malaria representaron el 80% de las muertes en Guatemala, comparadas con un 5% en los Estados Unidos.²

Con esta realidad de salud, en Guatemala se inició la intervención de una estrategia de *Atención Integrada a Enfermedades*

Prevalentes de la Infancia -AIEPI- en algunas clínicas atendidas por diversos Organismos No Gubernamentales, como parte del Proyecto de Apoyo Básico para la Institucionalización de la Supervivencia Infantil, con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (BASICS-AID, por sus siglas en inglés).

Una de estas clínicas es la localizada en la finca Luisiana ubicada en el municipio de Patutul, Suchitepéquez, misma que es atendida por dos promotores de salud quienes son supervisados por la ONG quien, no sólo cumple una función de supervisión a los promotores sino además capacita al personal y equipa la clínica y farmacia. Con el fin de mejorar la atención a la población, personal de la ONG y promotores de la finca Luisiana, fueron capacitados para dar una atención integral a la población siguiendo las normas de la *Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia -AIEPI-* la cual brinda al promotor las herramientas clínicas que le permiten evaluar en una sola entrevista aquellas enfermedades consideradas como las más importantes y de riesgo, con lo que se estará contribuyendo a reducir la mortalidad por enfermedades prevalentes en los niños menores de cinco años, refiriéndonos específicamente a las muertes por diarrea, infecciones respiratorias agudas, desnutrición, sarampión y malaria.

A la par de la capacitación clínica las actividades de salud están siendo reforzadas con aspectos de promoción y educación en salud a la población, así como el mismo involucramiento de la comunidad en

1. OPS/OMS: *Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia*. Programa regional de enfermedades transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades. Washington, diciembre 1996. Ref. OPS/HCP/HCT/ARI/CEE/96.35

2. *Idem*, a cita 1, pág. 11.

acciones para la prevención de enfermedades a través de compromisos que han asumido cada una de las organizaciones de la comunidad luego de una serie de reuniones comunitarias. Con esto se puede observar que se han abarcado tres componentes de AIEPI: clínico, educativo y comunitario.

La *Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia -AIEPI-*, es una estrategia trabajada y elaborada de manera conjunta por la OPS/OMS y UNICEF y la cual hasta el momento ha demostrado ser un instrumento eficaz para el tratamiento adecuado de los principales problemas de salud de los niños, así como de detección de otras afecciones. La estrategia de AIEPI contempla también la educación a los padres o personas responsables del cuidado de los niños, así como el involucramiento comunitario en la atención a la salud.³

La estrategia de AIEPI se está implementando ya en varios países de América, dando prioridad a aquellos países que tienen una elevada tasa de mortalidad infantil mayor de 40 por 1000, debido a que en estos, las enfermedades prevalentes representan una alta proporción de muertes y consultas (hasta un 80% de las muertes de niños de 1 semana a 5 años, en Guatemala).⁴

3. *Idem*, a cita 1, pág. 1

4. OPS/OMS: Consideraciones sobre la estrategia de AIEPI. Washington 1997. Ref. OPS/HCP/HCT/AIEPI/97.19

Partiendo del hecho de que una mayor información a la población, un mayor involucramiento de la misma en la resolución de problemas de salud y una mejor oferta de servicios puede modificar los patrones de utilización de servicios de salud, para realizar el presente estudio, se contaba ya con una línea basal respecto de la utilización de los servicios, esperando que luego de la intervención de AIEPI la población haya modificado, aún en un mínimo porcentaje, dichos patrones de utilización de los servicios de salud, la investigación de lo cual ha sido el punto medular del presente trabajo de tesis.

III. JUSTIFICACION

Con la intervención de la *Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia -AIEPI-*, se pretende dar una cobertura integral a la salud de la población por lo que sus tres componentes: clínico, educativo y comunitario van encaminados a ello con el fin primero de disminuir la mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades prevalentes y a la vez educar a la población y hacer partícipe a la comunidad de sus propios problemas de salud, buscando alternativas a la solución de los mismos, desde la perspectiva de la prevención y búsqueda de atención en el momento inicial de la enfermedad.

Llevando a cabo estos tres componentes en la comunidad de la finca Luisiana, se esperaba que los patrones de utilización de los servicios de salud se hubiesen modificado, con el fin de prevenir un agravamiento de la enfermedad, así como también influir en la búsqueda de una atención oportuna, con la persona indicada.

Consideramos importante esta investigación ya que en el caso de Guatemala es la finca Luisiana uno de los lugares en los que se ha iniciado esta estrategia de atención integrada, por lo que la evaluación de la misma en función de la modificación de los patrones de utilización de servicios de salud, será un elemento valioso que, como repetimos, nos proveerá de elementos para sugerir modificaciones que redunden en el beneficio de la estrategia en sí y de la población particularmente. De forma paralela es importante también contar con

un primer estudio de este tipo que proporcione datos de cambio positivo que contribuyan a respaldar el uso de la estrategia en Guatemala, con el fin de que su implementación despierte interés o sea aceptada por instituciones gubernamentales u organismos no gubernamentales -ONG's-, que trabajan en este campo de la salud.

Esta investigación fue factible ya que se contó con la autorización por escrito por parte de BASICS/Guatemala, para realizarla en los lugares en donde actualmente se está implementando AIEPI, en nuestro caso, en la clínica de la finca Luisiana, Patulul, Suchitepéquez.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los cambios en los patrones de utilización de los servicios de salud como resultado de la intervención de la atención integrada a enfermedades prevalentes de la infancia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer la frecuencia con que los niños menores de 5 años son llevados a los servicios de salud.
- Determinar los principales síntomas de consulta de los niños menores de 5 años.
- Identificar las principales fuentes de consulta clínica de los niños menores de 5 años.
- Identificar el margen de tiempo en el cual una madre consulta, desde que iniciaron los síntomas en su hijo.
- Identificar el tiempo, a quién consultan y si medican en casa las madres cuando el niño presenta diarrea, tos, fiebre, vómitos o dolor de oído.
- Comparar los resultados obtenidos con la línea basal existente con relación a la utilización de los servicios de salud.
- Proponer recomendaciones para la implementación de AIEPI.

V. HIPOTESIS

La implementación de la estrategia de atención integral a enfermedades prevalentes de la infancia, contribuye a modificar los patrones de utilización de los servicios de salud.

VI. REVISION DE LITERATURA

Guatemala se ubica entre los países de la región con una de las más altas tasas de mortalidad infantil. La tasa de mortalidad por enfermedades prevalentes en niños de 1 semana a 11 meses de Guatemala, es casi 200 veces más alta que la de Canadá.⁵

Tomando en cuenta estos y otros datos en referencia a los problemas de supervivencia infantil e indicadores y cifras de supervivencia infantil, nuestro país está entre los ocho seleccionados de la Región de las Américas (Bolivia, Ecuador, Perú, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Haití) como "prioritarios" para recibir asistencia técnica del proyecto regional de AIEPI.⁶

La Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia -AIEPI-, está dirigida al cumplimiento de tres objetivos fundamentales:⁷

- *Reforzar el concepto de integralidad de la atención de la salud del niños en los servicios de salud, cambiando el foco de atención de la enfermedad, a la atención global de la condición de salud del niño, permitiendo de este modo identificar los principales problemas que la afectan.*

5. OPS/OMS: Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Op.Cit., página 13.

6. OPS/OMS, BASICS, USAID: Proyecto Regional de USAID/LAG para la Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Wasington D.C., EE.UU., enero de 1998.

7. OPS/OMS: Atención de las Enfermedades Prevalentes en el Contexto de la Salud Integral del Niño. Washington, 1996, pág. 3. Ref.: HCP/HCT/ARI/28.15/1118-96 (e).

- *Fortalecer la capacidad de planificación y resolución de primer nivel de atención poniendo a disposición del personal de salud las herramientas para la resolución adecuada de los problemas más frecuentes que afectan la salud del niño y que son motivo de consulta infantil.*
- *Lograr mayor equidad en el acceso a la atención adecuada de la salud del niño, poniendo a disposición de lapoblación tecnologías apropiadas de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más frecuentes.*

Los objetivos específicos de la propuesta son:⁸

- *Reducir la mortalidad en niños menores de 5 años en particular debido a desnutrición, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, malaria y sarampión.*
- *Reducir la ocurrencia y gravedad de casos de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y sarampión.*
- *Mejorar la calidad de atención del niño en los servicios de salud, disminuyendo el uso inadecuado y exesivo de tecnologías de diagnóstico y tratamiento.*
- *Introducir aspectos de promoción y prevención de la salud infantil en la rutina de la atención de los servicios de salud.*
- *Extender la atención integrada al nivel comunitario.*

8. *Idem*, a cita 7, página 4.

Por tanto, la estrategia de AIEPI se basa en tres componentes principales: clínico, educativo y comunitario. De donde el aspecto de atención clínica va acompañado de contenidos y acciones de prevención y educación de los padres sobre el cuidado de los niños en el hogar para contribuir a evitar enfermedades y mejorar sus condiciones generales de salud, así como involucrar a la comunidad en la atención a las condiciones de salud existentes.

De esta manera, en Guatemala, AIEPI ha comenzado a implementarse en clínicas atendidas por ONG's; entre ellas la localizada en la Finca Luisiana ubicada en Patulul, Suchitepéquez y que cuenta con una población total de 21,274 habitantes.⁹

Hasta ahora y según registros proporcionados por la ONG que atiende la clínica, las principales causas de consulta son: enfermedades respiratorias, diarrea, enfermedades de la piel, ojos, oídos y boca, así como desnutrición, parasitismo y accidentes, todas ellas referidas a la población menor de 7 años.¹⁰

Basándonos en encuestas realizadas a varias madres de familia de dicha finca, se pudo observar que la mayoría de ellas consulta cuando el niño presenta diarrea, vómitos y fiebre básicamente, o cuando han sido tratados con medicamentos caseros y no hay mejoría por lo que la enfermedad representa ya cierta gravedad.¹¹

9. Instituto Nacional de Estadística: *Departamento de Suchitepéquez. Características Generales de Población y Habitación. X Censo Nacional de Población y V de Habitación.* Noviembre 1996, Guatemala.

10. Datos tomados de la Base de Datos de la ONG Agrosalud.

11. Datos de la línea basal, componente comunitario AIEPI-BASICS, 1998.

A los promotores de salud de la clínica de esta finca, se les ha capacitado con la estrategia de AIEPI para la atención clínica de pacientes. Así también ha habido reuniones comunitarias con el fin de que la población conozca las principales enfermedades en los niños menores de 5 años y las causas que las originan para que ante ello, lleve a cabo acciones organizada con el fin de prevenirlas. Como un aspecto más, los promotores han sido también capacitados en el uso de material educativo para la población con el fin de promover acciones preventivas en relación a alimentación e higiene, entre otros.

Con esta estrategia integral, se espera que los patrones de utilización de servicios de salud se modifiquen de manera positiva con el fin de lograr una disminución de la presencia de enfermedades prevalentes y las muertes por la misma causa.

LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Son varias las definiciones que de utilización de los servicios de salud se han escrito. Para Arredondo y Meléndez,¹² *la utilización de los servicios de salud puede concebirse como una interfase de un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada.*

12. Arredondo, Armando y Meléndez, Víctor: *Modelos Explicativos Sobre la Utilización de Servicios de Salud: Revisión y Análisis.* Salud Pública de México, febrero 1992. Internet: <http://www.insp.mx/salud/34/341-55html>

Similar a la anterior y siempre planteando una relación entre el paciente y el prestador de los servicios, Leyva, Ervit y colaboradores¹³ dicen que *la utilización de los servicios de salud se comprende como un resultado de la interacción entre las características del paciente, del proveedor de servicios y de los atributos del sistema de atención; se considera como una de las variables que permite analizar la interacción entre la población y los servicios de salud.*

Esta interacción se ve influida por factores externos que tienen que ver por un lado con la población que demanda el servicio, como por la oferta de las agencias de salud.¹⁴ En otras palabras, la utilización de servicios se puede ver como el proceso de búsqueda de la atención que lleva a establecer un contacto directo con el médico o el trabajador de la salud. De estas visiones se desprende el hecho de que el proceso de atención médica está dado por el comportamiento del cliente y el comportamiento del otorgante que convergen o coinciden en la utilización de los servicios. Por ello se puede decir que *el proceso de atención médica tiene la propiedad de ser circular: comienza con una necesidad y termina con una modificación de ésta....*¹⁵

13. Leyva, Ervit, Kageyana, Gallardo y Lara: *Utilización de Servicios de Salud por Febriles en un Área de Transmisión del Paludismo en México*. Salud Pública de México. Septiembre-Octubre 1995, pág. 3. Internet: <http://www.msp.mx/salud/37/37s-3s.html>

14. Pavón Lazo, Hipólito: *Evaluación de Servicios de Salud: Conceptos, Indicadores, Ejemplos y Análisis Cualitativo y Cuantitativo*. Manual Modelo Prides. Grupo Salud y Comunidad, Universidad del Valle, Facultad de Salud, Depto. de Medicina Social. Cali, Colombia, 1987. Pág. 87.

15. Arredondo, Armando y Meléndez, Víctor: *Modelos Explicativos sobre la Utilización de los Servicios de Salud....*, Op.Cit., pág. 2.

La utilización de los servicios puede ser modificada, sobre todo si las agencias prestadoras de servicios toman acciones de educación y promoción para estimular y orientar la demanda de la población aunado al hecho de un servicio satisfactorio, junto al fortalecimiento de la participación comunitaria en el cuidado y protección de su salud.¹⁶

Parece ser que la utilización de uno u otro servicio de salud es un proceso bastante complejo, ya que están involucrados una serie de factores socio-económicos y socio-culturales. En el trabajo sobre "La medición y el monitoreo de la equidad en el sector salud" de Walter Flores¹⁷ se manifiesta que este proceso es *aún más complejo en sociedades pluri-étnicas, en donde los servicios oficiales de salud es únicamente una de las varias opciones*. Refiere además que *esta situación es ampliamente reconocida en la antropología y sociología médica, al grado de que es más adecuado hablar de patrones de utilización de servicios de salud.*¹⁸

Un factor importante que influye en la utilización de servicios, es el aspecto económico. Dependiendo del ingreso mensual, las familias destinarán un porcentaje determinado a la atención médica de rutina como las consultas mensuales o inmunizaciones en los niños y de la misma manera valorarán la mejoría que puedan tener dependiendo del precio que la persona esté dispuesta a pagar por esa mejoría. De

16. Pavón Lazo, Hipólito: *Evaluación de Servicios de Salud: Conceptos, Indicadores....*, Op.Cit., pág. 87 y OPS/OMS: *Atención Integrada....*, Op.Cit.

17. Flores, Walter: *La Medición y el Monitoreo de la Equidad en el Sector Salud: Una Revisión de Métodos e Indicadores*. Pág. 11 (folleto, s/r).

18. *Idem*, a cita 17, pág. 11

allí que el valor que una persona asigna a la mejoría marginal de la salud, depende de la riqueza de la persona y de su preferencia por la salud en comparación con otros productos básicos y actividades. La premisa anterior es una generalización, pero no debemos dejar por un lado el factor educación en salud que, aún en comunidades pobres, ejerce un influencia positiva en la utilización de servicios.

Aún con la aclaración anterior, Donabedian y Wheeler insisten en que *un nivel de ingresos más bajo entraña una menor voluntad de pagar por la mejoría del estado de salud*.¹⁹

Resulta interesante también estudios que se han efectuado sobre los patrones de uso de los servicios preventivos y de detección, ya que ha permitido hacer algunas generalizaciones sobre las características de las personas que hacen uso de ellos. Según un artículo de Irwin Rosenstock, es más frecuente que estos servicios sean utilizados por gente joven o de edad mediana, las mujeres y quienes tienen un nivel de instrucción o de ingresos relativamente más elevado. También refiere que es más frecuente que los grupos de posición socioeconómica más elevada recurran a servicios médicos, aunque *las relaciones entre el nivel de ingresos y el uso de servicios son cada vez menos marcadas*.²⁰

19. Donabedian, Avedis y Wheeler, John: *Calidad, Costo y Salud: Un Modelo Integrador*. Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. OPS/OMS, publicación científica 534. Washington, 1992, pág. 812.

20. Rosentock, Irwin: *Por Qué la Gente Utiliza los Servicios de Salud*. Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. OPS/OMS, publicación científica 534. Washington, 1992, pág. 608.

Por otro lado y para tener un panorama más global, la utilización de los servicios de salud puede caracterizarse en términos de tipo, lugar, motivo e intervalo de tiempo comprendido.²¹

El tipo de utilización se refiere a la clase de servicios recibida y el agente de salud que los provee: farmacéutico, promotor de salud, médico, comadrona, etc. El lugar en donde se presta el servicio puede ser la farmacia, el consultorio del médico, la clínica local, etc. El motivo de consulta se refiere a si la consulta responde a una necesidad de prevención (inmunizaciones o exámenes periódicos), de tratamiento u otro. El intervalo de tiempo para una visita puede ser en términos de volumen (número de contactos o visitas de seguimiento) y continuidad que se refiere al *grado de conexión y coordinación entre los servicios médicos asociados con una experiencia o episodio de enfermedad en particular*.²²

Para entender algunos modelos que han intentado explicar el motivo por el cual la población hace uso o no de servicios, es válido remitirnos a la consideración de que la utilización de servicios es una sucesión de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención médica hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de servicios médicos. A lo largo de este proceso

21. *Idem*, a cita 20, pág. 608.

22. *Idem*, a cita 20, pág. 609.

se identifican factores determinantes del deseo de atención que incluyen *creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica y la tolerancia al dolor y a la incapacidad*.²³

A partir de estos acontecimientos, se han diseñado algunos modelos con el fin de explicar las razones de la utilización de los servicios de salud. De aquí que de acuerdo a Arredondo y Meléndez²⁴ se hayan definido los siguientes modelos:

- Modelo epidemiológico: en él se manifiesta una utilización de servicios dependiendo de la exposición de la población a factores de riesgo, los cuales están asociados con la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones.

- Modelo psicosocial: este modelo fue propuesto por Irwin Rosenstock y se basa en el concepto de "health behavior" o sea la actividad que realiza una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad.

- Modelo Sociológico: en este modelo se trabaja con lo que se ha dado en llamar "red de relaciones sociales". De acuerdo a ello, los determinantes fundamentales de la utilización de los servicios de salud están dados por redes

23. Arredondo, Armando y Meléndez, Víctor: *Modelos Explicativos sobre la Utilización de los Servicios de Salud*..., Op.Cit., pág. 2.

24. *Idem*, a cita 23, pág. 3.

sociales (individuo, familia, amigos). Este modelo considera que la utilización de servicios de salud es una función de: a) la necesidad misma de atención (dada por la necesidad percibida por el paciente en función del número de días de incapacidad, por ejemplo); b) los factores predisponentes que incluyen variables socio-demográficas asociadas con las actitudes y creencias en torno a la salud y enfermedad como la composición familiar, edad, sexo, estado civil, etc.; c) factores capacitantes abarcando los aspectos que tienen que ver con la condición socio-económica.

- Modelo económico: basados fundamentalmente en el análisis de la demanda.

Sea cual sea el modelo, queda claro que un individuo usará un servicio sólo cuando ha percibido una necesidad y reconoce que debe ser satisfecha, que los medios con que cuenta proveen los servicios requeridos y deseados, y que éstos son convenientes.²⁵

En el estudio "Modelos explicativos sobre la utilización de los servicios de salud"²⁶ se considera que los principales factores que afectan la utilización de los servicios de salud son: *la incidencia y prevalencia de la enfermedad, las características sociodemográficas y*

25. *Idem*, a cita 23, pág. 12.

26. *Idem*, a cita 23, pág. 13.

culturales de la persona, y los factores económicos; a su vez, entre los indicadores más importantes de estas categorías podemos ubicar la percepción de la enfermedad y su gravedad, la edad de las personas, la educación, el tamaño de la familia y el ingreso.

El uso de los servicios de salud viene a ser consecuencia combinada de tres características principales: el estado de salud y de enfermedad de la población, las decisiones del usuario y las decisiones del proveedor.

Todos los aspectos antes mencionados respecto a la utilización de servicios de salud se modifican además, en nuestro país, por otros factores como el alto grado de analfabetismo y el idioma, tomando en cuenta que es Guatemala un país multilingüe y en el que la prestación de servicios se brinda en la mayoría de los casos, únicamente en español.

VII. MARCO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Transversal, prospectiva, aplicada.

SUJETO U OBJETO DE ESTUDIO

El sujeto de estudio fueron las madres de familia de la finca Luisiana que tienen niños menores de 5 años.

Objeto de estudio: patrones de utilización de los servicios de salud.

POBLACION Y MUESTRA

Para el presente estudio interesa el número de madres que tienen niños menores de 5 años. Dado que la finca vecina a Luisiana no cuenta con servicios de salud y acude regularmente a la clínica de dicha finca, incluiremos también la población de este lugar.

Nuestro estudio lo realizamos tomando el universo de madres que tienen hijos menores de 5 años, cuyo número asciende a 62. Tomamos

el total de madres dado que es una población pequeña y porque prácticamente es la misma de la que se obtuvo la línea basal.

A las 62 madres de familia se les pasó el instrumento de encuesta que se adjunta al final, por medio de visita domiciliaria.

DEFINICION DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida
Patrones de utilización	Conducta de una madre en relación a la búsqueda de atención a su hijo enfermo.	- Asiste de inmediato - Asiste en forma mediata - Asiste en forma tardía	Nominal	0 a 3 días 4 a 7 días más de 7 días
Asistencia a la clínica	Frecuencia con que un niño es llevado a la clínica.	- Poco frecuente - Medianamente frecuente - Frecuentemente	Nominal	1 vez al año Cada 3 meses Cada mes
Razones de consulta	Motivo por el cual es llevado el niño a consulta	Síntomas comunes por los que consultan	Nominal	Porcentaje
Tiempo	Número de días transcurridos desde el inicio de la enfermedad y la consulta	- Inmediato - Mediato - Tardía	Nominal	0 a 3 días 4 a 7 días más de 7 días
A quién consulta	Persona a quien la madre acude para consultar respecto a su hijo enfermo.	- Médico - Promotor - Farmacia - Comadrona - Otro	Nominal	Porcentaje
Medicación	Uso de medicamentos durante la enfermedad	- Si utiliza - No utiliza	Nominal	Nominal

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida
Consulta por diarrea	Características de la consulta en caso de diarrea	- Tiempo - A quién - Medicación	Nominal	Porcentaje
Consulta por vómitos	Características de la consulta en caso de vómitos	- Tiempo - A quién - Medicación	Nominal	Porcentaje
Consulta por fiebre	Características de la consulta en caso de fiebre	- Tiempo - A quién - Medicación	Nominal	Porcentaje
Consulta por tos	Características de la consulta en caso de tos	- Tiempo - A quién - Medicación	Nominal	Porcentaje.
Consulta por dolor de oído	Características de la consulta en caso de dolor de oído	- Tiempo - A quién - Medicación	Nominal	Porcentaje

VIII. ASPECTOS ETICOS DEL ESTUDIO

Con la investigación que llevamos a cabo, en ningún momento pusimos en riesgo a la población, ya que no es un estudio experimental.

La muestra la recogimos a través de encuestas a madres de familia a quienes, previo a pasar el instrumento se les informó cuál era el objetivo del mismo preguntándoles si estaban en la disposición de responder a las preguntas en él contenidas.

Las respuestas a las preguntas se explicó, son impersonales y confidenciales, siendo de utilidad para el estudio que se estaba realizando.

IX. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos en el programa Epi Info, con el fin de facilitar la tabulación y procesamiento en si de la información, para su posterior interpretación.

PLAN DE ANÁLISIS

El análisis de los datos se efectuó tomando en cuenta los porcentajes obtenidos de cada una de las respuestas en comparación con la línea basal. Las diferencias entre ambos datos dieron una visión global que permitió el análisis de los cambios en los patrones de utilización de los servicios de salud.

X. RESULTADOS

Cuadro 1:

¿Con qué frecuencia asiste usted a la clínica?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
1 vez al año	11	19	12	19.4
Cada 3 meses	31	53.4	32	51.6
Cada mes	16	27.6	18	29.0
TOTAL	58	100	62	100

Fuente: Línea basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

Cuadro 2:

Cuando su niño está enfermo, ¿a dónde lo lleva?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
Farmacia	5	8.6	2	3.2
Comadrona	2	3.4	2	3.2
Curandero	3	5.2	1	1.6
Clínica	56	96.6	62	100
Médico	15	25.9	17	27.4
IGSS	7	12.1	8	12.9
Otros	2	3.4	1	1.6

Fuente: Línea Basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

Cuadro 3

¿Por qué enfermedades consulta usted a la clínica?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
Diarrea	47	81.0	49	79.0
Fiebre	46	79.3	50	80.6
Vómitos	10	17.2	4	6.5
Tos	21	36.2	31	50.0
Granos	3	5.2	6	9.7
Mal de ojos	3	5.2	1	1.6
Dolor de estómago	3	5.2	2	3.2
ITU	1	1.7	0	0
Varicela	1	1.7	0	0
Gripe	13	22.4	11	17.7

Fuente: Línea Basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

Cuadro 4

¿En qué momento consulta usted a la clínica?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
De 0 a 3 días de iniciada enfermedad	48	82.8	52	83
De 4 a 7 días de iniciada enfermedad	9	15.5	10	16.1
Más de 7 días de iniciada enfermedad	1	1.7	0	0
Cuando el niño comienza con la enfermedad.	35	60.3	43	69.4
Cuando ha tratado al niño en casa y no mejora	32	55.2	41	66.1
Cuando el niño está muy grave	5	8.6	2	3.2
Cuando cree necesaria una revisión aunque el niño no esté enfermo	1	1.7	0	0
Fecha de sus vacunas	57	98.3	62	100

Fuente: Línea basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

Cuadro 5

¿Ha consultado usted por las siguientes enfermedades?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
Diarrea	53	91.4	56	90.3
Vómitos	33	56.9	17	27.4
Deshidratación	20	34.5	8	12.9
Tos	54	93.1	56	90.3
Fiebre	55	94.8	60	96.8
Dolor de oído	9	15.5	9	14.5
Desnutrición	12	20.7	8	12.9
Anemia	3	5.2	3	4.8

Fuente: Línea Basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

Cuadro 6

Cuando su niño está enfermo, ¿usted le proporciona algún medicamento sin consultar a la clínica?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
SI	43	74.1	50	80.6
NO	15	25.9	12	19.4
TOTAL	58	100	62	100

Fuente: Línea basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

Cuadro 7

¿Por qué enfermedades trata usted a su hijo en casa?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
Diarrea	35	61.4	38	61.3
Fiebre	33	57.9	45	72.6
Gripe	6	10.5	3	4.8
Dolor de estómago	4	7.0	4	6.5
Dolor de cabeza	4	7.0	1	1.6
Tos	7	12.3	20	32.3
Vómitos	5	8.8	1	1.6
Ninguna	12	21.1	12	19.4

Fuente: Línea basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

Cuadro 8

Cuando su niño presenta DIARREA:

8 a. ¿A dónde lo lleva?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
Promotor	54	93.1	58	93.5
Médico	8	13.8	11	17.7
Comadrona	0	0	0	0
Farmacia	3	5.2	1	1.6
IGSS	5	8.6	3	4.8

Fuente: Línea basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

8b. ¿En qué momento lo lleva?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
Entre 0 y 3 días del inicio de la enfermedad	49	84.5	49	79
Entre 4 y 7 días del inicio de la enfermedad	8	13.8	10	16.1
Más de 7 días del inicio de la enfermedad	1	1.7	3	4.8
TOTAL	58	100	62	99.9

Fuente: Línea basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

8c. ¿Le da usted medicamentos en casa, sin consultar?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
SI	38	65.5	47	75.8
- NO	20	34.5	15	24.2
TOTAL	58	100	62	100

Fuente: Línea basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

Cuadro 9

Cuando su niño presenta VOMITOS:

9 a. ¿A dónde lo lleva?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
Promotor	45	77.6	18	29
Médico	3	5.2	0	0
Comadrona	0	0	0	0
Farmacia	2	3.4	0	0
IGSS	1	1.7	1	1.1

Fuente: Línea basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

9 b. ¿En qué momento lo lleva?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
Entre 0 y 3 días del inicio de la enfermedad	40	69	16	25
Entre 4 y 7 días del inicio de la enfermedad	5	8.6	2	3.2
Más de 7 días del inicio de la enfermedad	0	0	0	0
No ha presentado vómitos	13	22.4	44	71
TOTAL	58	100	62	99.2

Fuente: Línea basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

9 c. ¿Le da usted medicamentos en casa, sin consultar?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
SI	26	44.8	17	27.4
NO	32	55.2	45	72.6
TOTAL	58	100	62	100

Fuente: Línea basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

Cuadro 10

Cuando su niño presenta TOS

10 a. ¿A dónde lo lleva?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
Promotor	55	94.8	60	96.8
Médico	6	10.3	9	14.5
Comadrona	0	0	0	0
Farmacia	2	3.4	2	3.2
IGSS	3	5.2	5	8.1

Fuente: Línea basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

10 b. ¿En qué momento lo lleva?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
Entre 0 y 3 días del inicio de la enfermedad	49	84.5	52	83.9
Entre 4 y 7 días del inicio de la enfermedad	6	10.3	8	12.9
Más de 7 días del inicio de la enfermedad	0	0	0	0
No ha presentado tos	3	5.2	2	3.2
TOTAL	58	100	62	100

Fuente: Línea basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

10 c. ¿Le da usted medicamentos en casa sin consultar?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
SI	30	51.7	49	79.0
NO	28	48.3	13	21
TOTAL	58	100	62	100

Fuente: Línea basal componente comunitario AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

Cuadro 11

Cuando su niño presenta FIEBRE:

11 a. ¿A dónde lo lleva?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
Promotor	56	96.6	62	100
Médico	6	10.3	11	17.7
Comadrona	0	0	0	0
Farmacia	1	1.7	2	3.2
IGSS	3	5.2	5	8.1

Fuente: Línea basal componente comunitario AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

11 b. ¿En qué momento lo lleva?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
Entre 0 y 3 días del inicio de la enfermedad	49	84.5	57	91.9
Entre 4 y 7 días del inicio de la enfermedad	7	12.1	5	8.1
Más de 7 días del inicio de la enfermedad	0	0	0	0
No ha presentado fiebre	2	3.4	0	0
TOTAL	58	100	62	100

Fuente: Línea basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

11 c. ¿Le da medicamentos en casa, sin consultar?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
SI	39	67.2	52	83.9
NO	19	32.8	10	16.1
TOTAL	58	100	62	100

Fuente: Línea basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

Cuadro 12

Cuando su niño presenta DOLOR DE OIDO:

12 a. ¿A dónde lo lleva?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
Promotor	18	31.0	9	14.5
Médico	1	1.7	0	0
Comadrona	0	0	0	0
Farmacia	0	0	0	0
IGSS	1	1.7	1	1.6

Fuente: Línea basal componente comunitario AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

12 b. ¿En qué momento lo lleva?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
Entre 0 y 3 días del inicio de la enfermedad	15	26.3	8	13
Entre 4 y 7 días del inicio de la enfermedad	3	5.3	1	1.6
Más de 7 días del inicio de la enfermedad	0	0	0	0
No ha presentado dolor de oído	40	68.4	53	85
TOTAL	58	100	62	99.6

Fuente: Línea basal componente comunitario de AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

12 c. ¿Le da usted medicamentos en su casa, sin consultar?

	LINEA BASAL		CONTROL	
	Total	%	Total	%
SI	8	13.8	6	9.7
NO	50	86.2	56	90.3
TOTAL	58	100	62	100

Fuente: Línea basal componente comunitario AIEPI/BASICS y boleta de recolección de datos.

XI. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Cuando se planteó el presente estudio, pensamos tomar de base para el mismo la muestra obtenida del total de familias que, según el Instituto Nacional de Estadística era de 170, con una población de 1,018 personas, de las cuales aproximadamente 254 estaban comprendidas entre 15 a 49 años. Obtuvimos entonces una muestra de 155 personas para nuestro estudio. Este dato se contradijo con la realidad, ya que al presentarnos a la finca se nos informó que, en algún momento hace aproximadamente 15 años esa era la población existente, la cual disminuyó considerablemente cuando se dio la adjudicación de tierra a cada familia, dentro de los terrenos de la finca como compensación por el tiempo trabajado. Actualmente y según censo levantado por el Promotor de Salud de la comunidad, hay un total de 137 familias, por lo que trabajamos sobre el universo de mujeres que tienen hijos menores de 5 años y que corresponde a 62.

Posterior a esta aclaración, pasamos al análisis de los resultados sobre la base de la encuesta llevada a cabo y comparando, en su momento, con la línea basal existente.

La población de la finca Luisiana, en su mayoría visita la clínica cada 3 meses, este dato es similar tanto en la línea basal en la que el porcentaje es de 53.4%, como en nuestro control con 51.6%. Por lo regular entonces, cuando un niño está enfermo, en un 100% es llevado a la clínica, en un 27.4% a médico particular y en un 12.9% al IGSS. Esta proporción se mantiene si la comparamos con la línea

basal. Las madres entrevistadas, en su mayoría, manifestaron que acuden a médico particular únicamente en caso de que su hijo no mejore con el tratamiento que dan en la clínica. Un porcentaje mínimo acude a farmacias, comadrona o curanderos, aunque es de resaltar una baja entre la línea basal y nuestro control con relación a la consulta a farmacias, siendo en el primer caso de 8.6% y en el segundo de 3.2%

Las enfermedades por las que las madres llevan a sus hijos a la clínica son constantes tanto en la línea basal como en el control, con pocas variantes en cuanto al porcentaje para cada una de ellas. Las primeras 5 enfermedades principales de consulta son la fiebre (80.6%), diarrea (79.0%), Tos (50.0%), Gripe (17.7%) y Granos (9.7%). Como mencionamos, la variante con relación a los datos basales son mínimos, habiendo cambio únicamente en que, en el estudio previo, la diarrea ocupó un primer lugar con 81% y la fiebre un segundo lugar con 79.3%.

Según nuestros datos, el momento en que los niños son llevados a la clínica es, por lo regular entre 0 y 3 días después de haber iniciado la enfermedad (83%), al igual que en la línea basal (82.8%). La mayoría de madres coincidió en contestar que acuden a la clínica en el momento en que el niño comienza con la enfermedad (69.4%) y es de resaltar que, aunque se da esta consulta en los primeros días, también lo hacen cuando el niño se ha tratado en casa y no mejora (66.1%).

El tratamiento en casa sin previa consulta a la clínica, es una práctica común, encontrándonos con un 50% de las madres que medican a su hijo en casa. Por otro lado, el 100% de madres acude a la clínica cuando es fecha de las vacunas del niño. En este alto porcentaje influye el seguimiento que de cada niño se tiene y el anuncio previo de las jornadas de vacunación que se realizan en la clínica de la finca, lo cual debe considerarse como un logro. Contrariamente a ello, sólo una madre de familia (de la línea basal), informó que lleva a su niño a la clínica cuando cree necesario un control aunque no esté enfermo.

Las principales enfermedades motivos de consulta, coinciden con aquellas incluidas dentro de la estrategia de AIEPI, y son ellas en orden de importancia, la fiebre (96.8%), diarrea (90.3%), tos (90.3%), vómitos (27.4%). La deshidratación, desnutrición y anemia son también motivo de consulta pero en proporciones menores, no olvidando que las respuestas fueron dadas por las madres de familia que en la mayoría de veces no pueden reconocer un cuadro de anemia o de deshidratación por ejemplo, por ser entidades más clínicas.

Llama la atención que el dolor de oído se ha presentado poco como motivo de consulta (14.5%). En estos datos también hay bastante similitud con los obtenidos en la línea basal.

Como mencionamos anteriormente, un buen porcentaje de madres da medicamentos a sus hijos sin haber consultado a la clínica. En el momento de pasar las encuestas observamos que este hecho predomina en las madres con más cantidad de hijos y no así en las primíparas. Las enfermedades por las que dan a los niños medicamentos en casa son la fiebre (73.6%), diarrea (61.3%), tos (32.3%), dolor de estómago (6.5%), siguiéndoles la gripe, dolor de cabeza y tos. Con estos datos, compartimos la idea de que factores como la percepción de la gravedad de la enfermedad y el tamaño de la familia (26) pueden influir en que las personas acudan o no a la clínica o se automediquen en casa.

Entre las preguntas de la encuesta, figuran algunas relacionadas directamente con las enfermedades que son atendidas por AIEPI en los aspectos comunitario y clínico, y que son de las más predominantes en la población infantil. De manera general podemos mencionar que no hubo mayor cambio entre la línea basal y la encuesta de control en cuanto a las respuestas.

En el caso de que el niño presente diarrea, las madres optan por llevarlo al Promotor que se encuentra en la clínica de la finca (93.5%) o a médico particular (17.7%). Un pequeño porcentaje acude al IGSS (4.8%), aunque son varios los afiliados. La mayoría acude a consulta al inicio de la enfermedad (79%) y el 75.8% da medicamentos a sus niños. En este último aspecto encontramos un 10% de diferencia con la línea basal, cuando un 65.5% de madres trató a su hijo en casa, sin consultar. Aquí sería interesante averiguar si esta diferencia se debe

a que la madre tiene nuevos elementos que le indiquen cómo tratar a su hijo en casa en caso de diarrea y, en caso de ser así, si esta conducta es parte de la estrategia de AIEPI implementada en la clínica.

EL porcentaje de niños que no ha presentado vómitos es de 71%, en comparación con un 22.4% de la línea basal. De ellos el total ha consultado al Promotor en los inicios de la enfermedad. En este caso, al contrario de otras enfermedades es mayor el porcentaje de madres que no da medicamentos en casa (72.6%). Por comentarios de las madres, los vómitos los consideran como enfermedad de más peligro que la diarrea.

La presencia de tos en los niños, es motivo para que las madres acudan en un alto porcentaje al Promotor (96.8%) o al médico (14.5%). De la misma manera acuden al inicio de la enfermedad en un 83.9% y dan medicamentos en casa en un 79%. Estos datos no varían con los de la línea basal. De forma similar ha sucedido con la fiebre, acudiendo el 100% al promotor, durante los primeros 3 días del inicio de la enfermedad (91.9%) y dándole tratamiento en casa a la mayoría (83.9%)

De todas las enfermedades investigadas, el dolor de oído fue la que se presentó con menor frecuencia, aunque algunas madres comentaron que no conocían cuándo un niño podría tener este tipo de dolor. De los pocos casos encontrados, que disminuyeron de la línea basal (18 casos), a la de control (9 casos), casi el 100% acudió al

promotor durante los primeros tres días de la enfermedad. Es de hacer notar que en el control, el 85% de las madres refirió que sus hijos no habían presentado dolor de oído.

XII. CONCLUSIONES

1. La mayoría de niños menores de 5 años residentes en la finca Luisiana son llevados a consulta a la clínica cada 3 meses y básicamente por las enfermedades prevalentes para su edad como son la fiebre, diarrea, tos, gripe y enfermedades de la piel como cinco primeras causas.
2. Los niños son llevados a la clínica durante los primeros tres días desde que inicia su enfermedad, y/o cuando han sido tratados en casa y no han mejorado. El control de cada niño y el anuncio oportuno de la vacunación son factores que pueden haber contribuido a que el 100% de las madres acudan para que sus hijos sean vacunados, pero nadie acude únicamente a control sin presencia de enfermedad.
3. En caso de que el niño presente diarrea, vómitos, fiebre, tos o dolor de oído, el comportamiento es el mismo en relación a la búsqueda de atención sobresaliendo la consulta al Promotor en todos los casos y de igual manera acudiendo durante los primeros tres días de iniciada la enfermedad. A excepción de los vómitos, las demás enfermedades son tratadas en casa sin previa orientación para el uso de medicamentos.
4. De manera general, no hay cambios sustanciales entre la Línea Basal y el control, lo cual puede explicarse por lo breve del

tiempo transcurrido entre un momento y otro, es decir desde antes de la implementación de la estrategia de AIEPI y después de iniciada la misma.

5. El factor antes mencionado determina también que los principales motivos de consulta no se hayan modificado, por lo que falta aún darle más continuidad a la estrategia de AIEPI iniciada.

XIII. RECOMENDACIONES

1. Investigar y conocer los medicamentos más comunes utilizados por las madres de familia para el tratamiento de sus niños y orientar acciones encaminadas a la educación en el sentido del uso racional y adecuado de los medicamentos.
2. Orientar a las madres en general respecto a los signos de peligro para cada una de las enfermedades más comunes para incrementar la demanda de servicio médico durante el inicio de la enfermedad.
3. A nivel de la clínica, dar a conocer más ampliamente los servicios con los que cuenta e incluir en ellos el control de niño sano para detección precoz de problemas como desnutrición o anemia.
4. Asumir la fase ya iniciada de AIEPI, únicamente como una etapa de iniciación a nivel del trabajo clínico y comunitario en la que difícilmente se observará cambio alguno por la brevedad del tiempo.
5. Garantizar que el esfuerzo y recursos invertidos por BASICS en esta primera etapa logren cubrir en cierta medida los objetivos de reducción de morbi-mortalidad, dando seguimiento y acompañamiento a las ONG's que participaron en la

implementación de la Estrategia de Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia -AIEPI- en sus tres componentes.

6. Llevar a cabo un estudio similar al presente por lo menos en 8 meses, para determinar si entonces se han operado ya algunos operado cambios en los patrones de utilización de servicios de salud, después de la intervención de AIEPI.

XIV. BIBLIOGRAFIA

1. Arredondo, Armando y Meléndez, Víctor. Modelos explicativos Sobre la Utilización de Servicios de Salud: Revisión y Análisis. Salud Pública de México. Febrero 1992. Internet: <http://www.insp.mx/salud/34/341-55html>.
2. Donabedian, Avedis y Wheeler, John: Calidad, costo y salud: un modelo integrador. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. OPS/OMS Publicación científica 534. Washington 1992. Pp812.
3. Flores, Walter: La medición y el monitoreo de la equidad en el sector salud: una revisión de métodos e indicadores. Pp 11 (folleto sin referencias).
4. Instituto Nacional de Estadística. Departamento de Suchitepéquez: características generales de locales de habitación particulares y total de hogares según municipio y lugar poblado. Censo 1994. Guatemala.
5. Instituto Nacional de Estadística. Departamento de Suchitepéquez. Características generales de población y habitación. X Censo nacional de población y V de habitación. Noviembre 1996. Guatemala.
6. Leyva, Ervit, Kageyana, Gallardo y Lara: Utilización de Servicios de Salud por febriles en un área de transmisión del paludismo en México. Salud Pública de México. Septiembre-octubre 1995. Pp3. Internet: <http://www.msp.mx/salud/37/37s-3s.htm/>

7. OPS/OMS Consideraciones sobre la estrategia de AIEPI. Washington 1997. Ref. OPS/HCP/HCT/AIEPI/97.19
8. OPS/OMS: Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Programa regional de enfermedades transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades. Washington, diciembre 1996. Ref. OPS/HCP/HCT/ARI/CEE/96.35
9. OPS/OMS: Atención de las Enfermedades Prevalentes en el Contexto de la Salud Integral del Niño. Washington, 1996, pp 3. Ref. HCP/HCT/ARI/28.15/1118-96 (e)
10. OPS/OMS, BASICS, USAID: Proyecto Regional de USAID/LAG para la Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Washington D.C., EE.UU., enero de 1998.
11. Pavón Lazo, Hipólito. Evaluación de Servicios de Salud: conceptos, indicadores, ejemplos de análisis cualitativo y cuantitativo. Manual Modelo Prides. Grupo Salud y comunidad. Universidad del Valle, facultad de Salud, departamento de Medicina Social. Cali, Colombia, 1987.pp87.
12. Rosenstock, Irwin: Por qué la gente utiliza los servicios de salud. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. OPS/OMS Publicación científica 534. Washington 1992. Pp 608.

XV. ANEXO

**BOLETA PARA LA DETERMINACION DE
LOS PATRONES DE UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD
FINCA LUISIANA, PATULUL, SUCHITEPÉQUEZ.**

EDAD: _____ FECHA: _____

SABE LEER Y ESCRIBIR? SI _____ NO _____

TIEMPO DE RESIDIR EN LA FINCA: _____

NUMERO DE HIJOS _____

ASISTE CON REGULARIDAD A LA CLÍNICA: SI _____ NO _____

1. CON QUE FRECUENCIA ASISTE USTED A LA CLINICA?

- | | | | |
|----|--------------|----|----|
| a) | 1 vez al año | si | no |
| b) | cada 3 meses | si | no |
| c) | cada mes | si | no |

2. CUANDO SU NIÑO ESTÁ ENFERMO, A DONDE LO LLEVA?

- | | | | |
|----|------------|----|----|
| a) | Farmacia | si | no |
| b) | Comadrona | si | no |
| c) | Curandero | si | no |
| d) | Clínica | si | no |
| e) | Otro _____ | | |

3. POR QUE ENFERMEDADES CONSULTA USTED A LA CLINICA?

- | | |
|----|-------|
| a) | _____ |
| b) | _____ |
| c) | _____ |
| d) | _____ |
| e) | _____ |

4. EN QUE MOMENTO CONSULTA USTED A LA CLINICA?

- | | | |
|---|----|----|
| De 0 a 3 días de iniciada la enfermedad | si | no |
| 4 a 7 días de iniciada la enfermedad | si | no |
| Más de 7 días de iniciada la enfermedad | si | no |

- | | | | |
|----|---|----|----|
| a) | Cuando el niño comienza con la enfermedad | si | no |
| b) | Cuando usted ha tratado al niño en casa y no mejora | si | no |
| c) | Cuando el niño está muy grave | si | no |

- d) Cuando cree necesaria una revisión aunque el niño no esté enfermo si no
 e) Cuando es fecha de sus vacunas si no

5. HA CONSULTADO USTED POR LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

- | | | | |
|----|----------------|----|----|
| a) | Diarrea | si | no |
| b) | vómitos | si | no |
| b) | Deshidratación | si | no |
| c) | Tos | si | no |
| d) | Fiebre | si | no |
| e) | Dolor de oído | si | no |
| f) | Desnutrición | si | no |
| g) | Anemia | si | no |

6. CUANDO SU NIÑO ESTA ENFERMO, USTED LE PROPORCIONA ALGUN MEDICAMENTO SIN CONSULTAR A LA CLINICA? SI NO

7. POR QUE ENFERMEDADES TRATA USTED A SU HIJO EN CASA?

- A. _____
 B. _____
 C. _____

8. CUANDO SU NIÑO PRESENTA DIARREA:

- a) A dónde lo lleva?

Promotor	si	no
Médico	si	no
Comadrona	si	no
Farmacia	si	no
Otro	_____	

- b) En qué momento lo lleva? si no
 Entre 0 y 3 días del inicio de la enfermedad si no
 Entre 4 y 7 días del inicio de la enfermedad Si no
 Más de 7 días del inicio de la enfermedad.

- c) Le da usted medicamentos en su casa, sin consultar? Si no

9. CUANDO SU NIÑO PRESENTA VÓMITOS:

- a) A dónde lo lleva?

Promotor	si	no
Médico	si	no
Comadrona	si	no
Farmacia	si	no
Otro	_____	

- b) En qué momento lo lleva? si no
 Entre 0 y 3 días del inicio de la enfermedad si no

- Entre 4 y 7 días del inicio de la enfermedad si no
 Más de 7 días del inicio de la enfermedad si no

- c) Le da usted medicamentos en su casa, sin consultar? SI NO

10. CUANDO SU NIÑO PRESENTA TOS:

- a) A dónde lo lleva?

Promotor	si	no
Médico	si	no
Comadrona	si	no
Farmacia	si	no
Otro	si	no

- b) En qué momento lo lleva? si no
 Entre 0 y 3 días del inicio de la enfermedad si no
 Entre 4 y 7 días del inicio de la enfermedad si no
 Más de 7 días del inicio de la enfermedad

- c) Le da usted medicamentos en su casa, sin consultar? SI NO

11. CUANDO SU NIÑO PRESENTA FIEBRE:

- a) A dónde lo lleva?

Promotor	si	no
Médico	si	no
Comadrona	si	no
Farmacia	si	no
Otro	_____	

- b) En qué momento lo lleva? si no
 Entre 0 y 3 días del inicio de la enfermedad si no
 Entre 4 y 7 días del inicio de la enfermedad si no
 Más de 7 días del inicio de la enfermedad

- c) Le da usted medicamentos en su casa, sin consultar? SI NO

12. CUANDO SU NIÑO PRESENTA DOLOR DE OIDO:

- a) A dónde lo lleva?

Promotor	si	no
Médico	si	no
Comadrona	si	no
Farmacia	si	no
Otro	_____	

- b) En qué momento lo lleva? si no
 Entre 0 y 3 días del inicio de la enfermedad si no
 Entre 4 y 7 días del inicio de la enfermedad si no
 Más de 7 días del inicio de la enfermedad

- c) Le da usted medicamentos en su casa, sin consultar? SI NO