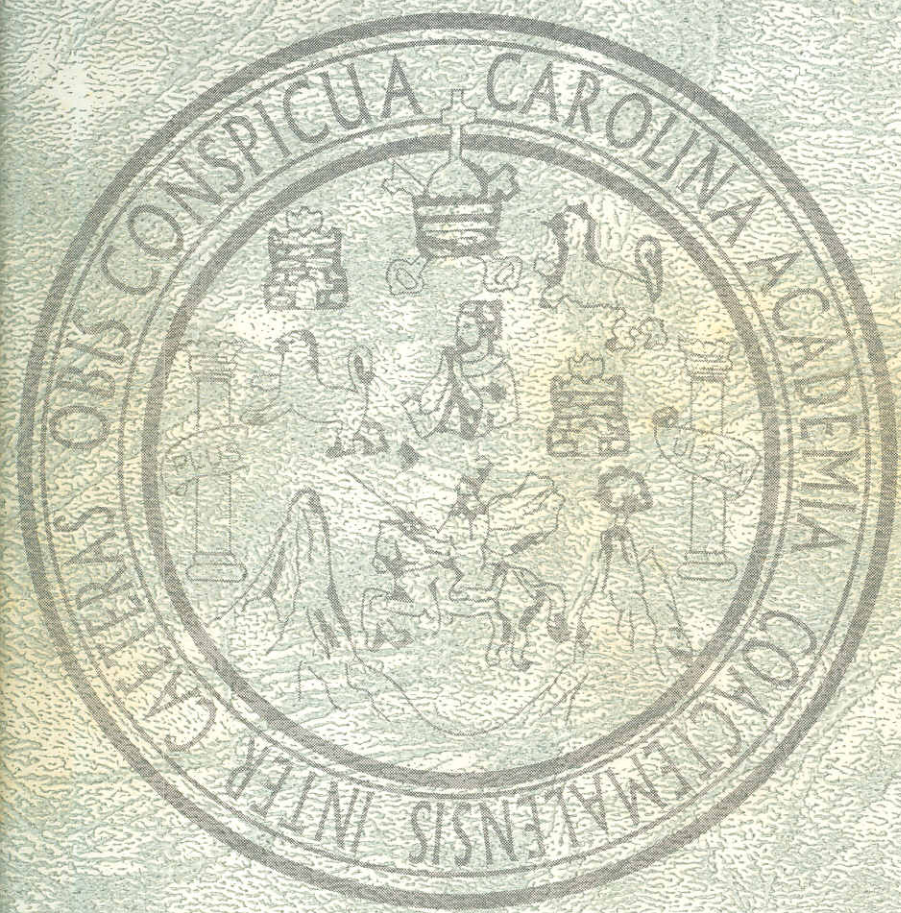


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
TITULO DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE AL SISTEMA
INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS)



CLAUDIA YESENIA LARA GIRON

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

Pags.

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	4
IV.	OBJETIVOS	6
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	7
VI.	METODOLOGIA	23
VII.	PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	28
VIII.	CONCLUSIONES	57
IX.	RECOMENDACIONES	58
X.	RESUMEN	59
XI.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	60
XII.	ANEXO	62

I. INTRODUCCION

Los servicios de salud en Guatemala a través de la historia han sufrido diferentes cambios; la confluencia de factores políticos, ideológicos, económicos, financieros y epidemiológicos le imprimen a las transformaciones contemporáneas, características distintas por lo que es importante conocer la actitud del personal de salud del nivel operativo que es quien ejecuta las acciones.

En Guatemala, se inició en 1995 un programa de Reforma del Sector Salud, en forma gradual a nivel nacional, seleccionando tres departamentos que por sus características demográficas, económicas, culturales y sociales son representativas del país para la implementación del mismo, los cuales son: Escuintla, Alta Verapaz y Chiquimula. En esta reforma de los servicios se está implementando el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), el cual se define como la organización y administración de los recursos por niveles, para extender las coberturas y mejorar la calidad de la atención con criterios de equidad, solidaridad y uniformidad en forma sostenible y eficaz.

En el presente estudio se evaluó la actitud del personal de salud frente al SIAS en el primer nivel de atención, tomando en cuenta cinco aspectos: Estrategia, Organización, Equipo Básico de Salud, Intervenciones en los servicios Básicos y Participación Conjunta de Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales; se realizó en dos áreas de salud Alta Verapaz y Escuintla comparando al personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y al Personal de las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS).

Como resultado se obtuvo aceptación del SIAS, en las dos áreas de salud, con una mediana de 75 pts. sin diferencia estadística, como también se evidenció la aceptación del personal del MSPAS y de las PSS, sin diferencia estadística por parte de las dos organizaciones. Aunque por aspectos se obtuvo mayor aceptación para las Intervenciones en los Servicios Básicos y para la Participación conjunta de Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales; se evidenció menor aceptación para la Estrategia y Equipo Básico de Salud y mayor duda para la Organización.

Se estableció que la actitud del personal de salud es positiva para el SIAS, por lo que se considera que los objetivos del mismo se lograrán adecuadamente.

II. DEFINICION Y DELIMITACION

Desde hace más de tres décadas en Guatemala se ha tratado de brindar atención básica, extender y ampliar la cobertura de los servicios de salud, y las acciones para lograrlo se han enfocado a ampliar la red hospitalaria, centros y puestos de salud, como también capacitando personal comunitario de salud, comadronas y promotores de salud. (1,5,13) Sin embargo, con esta estrategia la cobertura lograda actualmente es del 54% siendo la más baja de América Latina.(3,19,20) Se considera que ha existido concentración técnico/administrativa y limitada participación comunitaria, la atención básica brindada por los recursos comunitarios mencionados ha sido asistemática descuidando la supervisión y el seguimiento.

El programa de Gobierno 1996-2000 plantea la necesidad de un nuevo modelo de atención que privilegie la Atención Primaria en Salud y fortalezca el acceso de la población a los servicios extendiendo la cobertura y promoviendo la responsabilidad familiar y de las comunidades.(8,13) El Ministerio de Salud Pública plantea dentro de las Políticas de Salud 1996-2000 "El aumento de la cobertura y mejoramiento de la calidad de atención de los servicios de salud con énfasis en la prevención y control de los problemas prioritarios". (8)

Así mismo, los Acuerdos de Paz sobre aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria de marzo de 1996 plantean el compromiso de impulsar la Reforma al Sector Salud, priorizando la atención a los problemas básicos especialmente en grupos de mayor riesgo, teniendo como metas: - Disminuir la mortalidad infantil y materna en un 50% del índice observado en el año 1995, antes del año 2000. - Aumentar los recursos destinados a la salud, incrementando como mínimo un 50% respecto al gasto ejecutado en 1995, presupuestando por lo menos 50% del gasto público a la salud en atención preventiva.(10))

Siendo el objetivo general de la reforma contribuir a mejorar la salud de la población a través de cambios de carácter político, estructural y financiero de las instituciones que forman el sector salud, con el objetivo de integrar las acciones que corresponden al nivel primario, secundario y terciario de atención en salud, se plantea "El Sistema Integral de Atención en Salud" SIAS, como un sistema nacional para el desarrollo sostenido de las acciones de salud en los diferentes niveles de atención y administración con la participación activa de la comunidad y otros actores del desarrollo

para alcanzar una mejor calidad de atención, la ampliación de las coberturas de los servicios de salud y la eficiencia de la utilización de los recursos.(13)

En el nivel primario de atención, el SIAS permite sistematizar el trabajo del sector gubernamental y no gubernamental mediante una metodología sencilla y de bajo costo basándose en un conjunto de servicios básicos prestados en forma coordinada por personal voluntario e institucional.(13)

El Sistema Integral de Atención en Salud cuenta con un modelo y estrategia diseñada para las condiciones y necesidades del país, con los recursos económicos necesarios y un plan de capacitación permanente para el personal de salud. El análisis y estudio de la actitud del personal que implementa o implementará este sistema es también, un componente indispensable ya que la actitud es parte de la personalidad del individuo que afecta su adaptación profesional reflejándose en una reacción positiva o negativa. Actitudes de resistencia al cambio debido a la falta de credibilidad en el sistema, el rol diferente que muchas veces ha desarrollado este personal, la "costumbre del estilo de trabajo" o el desconocimiento del sistema, podría no estar de acuerdo en alguna parte del mismo, otro aspecto como la posible competencia entre Ministerio de Salud Pública y las prestadores de servicios de salud, podría influir en forma negativa en el proceso, si no se utilizan adecuadamente.

El presente estudio evaluó durante el período de mayo a junio de 1998, en las Areas de Salud de Alta Verapaz y Escuintla, la actitud del personal de salud del Ministerio de Salud Pública y las organizaciones prestadoras de servicios de salud, frente al SIAS en cinco aspectos que son esenciales para su implementación: 1)Estrategia, 2)Organización, 3)Intervenciones en los Servicios Básicos, 4)Equipo Básico de Salud y 5)Participación de Instituciones no Gubernamentales.

III. JUSTIFICACION

En Guatemala las causas de morbilidad y mortalidad en su mayoría son prevenibles y controlables mediante acciones de atención básica en salud, ya que el perfil epidemiológico del país continua caracterizándose por una alta mortalidad infantil y elevada prevalencia de enfermedades infecciosas. (1,19)

Por cada mil niños que nacen, 54 mueren antes de cumplir un año de edad y de ellos 14.2 antes de los 28 días. (5,3,20) En zonas residenciales de la ciudad capital la mortalidad infantil (de 1 a 12 meses) es menor a 10 niños al año por cada 1000 nacidos vivos, mientras que en zonas pobres rurales de la república es mayor de 120. La mortalidad infantil en la población indígena es más de dos veces superior a la que se presenta en la población no indígena del área metropolitana. (3,4)

El enfoque de la atención de los servicios de salud por años ha hecho énfasis en el aspecto curativo y con pocas acciones preventivas y de atención al medio. Se han realizado actividades de extensión de cobertura por parte del personal de salud como por ejemplo: canalización, con las cuales se ha aumentado la cobertura de los servicios en algunos lugares, aunque estas no han sido de forma sistematizada. La calidad de la atención y la capacidad resolutoria de los servicios de salud esta determinada por la carencia de insumos básicos y falta de capacitación y especialmente la motivación del personal de salud; un servicio deficiente hace que la consulta a clínicas particulares sea mayor, aun en pacientes pobres y extremadamente pobres; lo cual demuestra el deterioro de los servicios públicos. (3,5)

Evaluar la actitud del personal de salud frente al Sistema Integral de Atención en Salud, SIAS, es importante ya que se necesita una buena implementación del mismo y el personal institucional especialmente el del Ministerio de Salud Pública ejerce cierto liderazgo, por lo que es importante que participen activamente y de forma eficiente en la prestación de los servicios.

El conocimiento de la actitud de aceptación o rechazo, que manifieste el personal de salud permitirá superar barreras, fortalecer los aspectos positivos, mejorar la relación con el nivel local, identificar aspectos de la organización y operalización del sistema que no son aprobados o que son desconocidos, lo que también permitirá identificar áreas de capacitación;

como también se podrá motivar al personal de salud que es quien implementará el sistema ya que su actitud es influyente en la ejecución y éxito del mismo.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Comparar la actitud del Personal de Salud del Ministerio de Salud Pública y el personal no Gubernamental (PSS), frente al Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), en el Primer Nivel de Atención en Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Evaluar la actitud del personal de salud con respecto a la estrategia que plantea el SIAS, para la prestación de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención en Salud.

Determinar la actitud del personal de salud ante la organización que se plantea en el SIAS, en el Primer Nivel de Atención en Salud.

Evaluar la actitud del personal de salud con respecto al equipo básico de salud, que el SIAS designa para la implementación y ejecución del sistema.

Evaluar la actitud del personal de salud, frente a las intervenciones que el SIAS, propone para los servicios básicos.

Determinar la actitud del personal de salud ante la participación en conjunto de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que se establecen en el SIAS.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A.- ANTECEDENTES

La República de Guatemala es uno de los cinco países que integran la América Central, su posición geográfica la coloca en el centro del continente Americano; sus límites son: al norte y oeste con la República de México, al sur con el Océano Pacífico, al este el mar de las Antillas y la República de Honduras y el Salvador. Su extensión territorial es de 108,900 km.² dividida políticamente en 22 departamentos, integrados por 328 Municipios, los cuales a su vez están formados por aldeas, caseríos, parajes y fincas. (1,5,9)

Para 1993 el Instituto Nacional de Estadística INE estimó una población de 10,029,714 habitantes con un crecimiento anual del 2.9% y una densidad poblacional de 92 habitantes por Km². El 51% de la población pertenece al sexo masculino y el 49% al sexo femenino; 63% de los habitantes viven en el área rural en localidades de menos de 500 habitantes, lo cual dificulta y encarece el acceso a los servicios sociales. La población guatemalteca se caracteriza por tener una pirámide poblacional de base ancha teniendo el 45% de jóvenes menores de 15 años y el 4.5% son mayores de 60 años; definiendo una población en edad productiva de 50.1% y un 4.5% en edad de retiro. En cuanto a la tasa de dependencia esta se encuentra en 96.3 es decir, que de cada 100 adultos de 15 a 64 años dependen 96.3 niños y ancianos. El grupo de mujeres en edad fértil esta constituido por un 49%. (3,9)

La población guatemalteca es de diversidad étnica siendo la población indígena el 41.9% formado por 21 grupos lingüísticos, entre los mayoritarios están: Quiché 29%, Cakchiquel 25% Mam 8% y 38% de otras lenguas. (34)

Según la Comisión Económica para América Latina CEPAL a fines de 1992, el 67% de los guatemaltecos vivían en extrema pobreza, el 22% vivían en pobreza no extrema y 11% eran no pobres. El analfabetismo en Guatemala representa el 40.4% en mayores de 15 años, siendo el 78.4% de los no alfabetos pobres y más del 83% de los indígenas ascendiendo las mujeres indígenas al 95%. (4)

B.- SITUACION DE SALUD EN GUATEMALA

b.1) Indicadores de Salud

La situación de salud en Guatemala durante los últimos años no ha sido satisfactoria puesto que no ha logrado progresos en sus indicadores de Salud, lo cual si ha sido posible en la mayoría de los países de América Latina de similar nivel de desarrollo. En 1992 la esperanza de vida al nacer por sexo era de 63 años en hombres y de 67 en mujeres (5,3); La tasa de mortalidad general de 7.2 por 1000, la tasa de mortalidad infantil de 57 por 1000 nacidos vivos y la mortalidad materna de 2 por 1000 alumbramientos, este bajo nivel de salud es más acentuado en los grupos de población con predominio indígena de área rurales y en condición de pobreza. (3,4)

Las condiciones en las que se desenvuelve la población del país en los aspectos socioeconómicos así como factores geográficos ecológicos, climáticos y otros, determinan la calidad de vida y la distribución de las enfermedades del país. La prevalencia de las enfermedades infecciosas, las deficiencias nutricionales y las asociadas a la falta de saneamiento ambiental, son prevenibles a un costo relativamente bajo; las principales causas de muerte reflejan las malas condiciones de vida de la población y la ineffectividad del sistema actual. 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, además existe marcada diferencia en el déficit de peso entre población infantil del área urbana (25.7%) y rural (36.6%); Así como entre niños ladinos (28.6%) e indígenas (40.6%).

En Guatemala de cada 1000 niños que nacen 54 mueren antes de cumplir un año de vida y de ellos 14.2 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 los niños menores de 5 años están relacionados directamente con la desnutrición, siendo esta situación más severa en las regiones del altiplano occidental.

El Sector Salud de Guatemala esta formado actualmente por instituciones del sector público y privado, Organizaciones no Gubernamentales y por la medicina comunitaria tradicional, sobreviviente de la cultura maya (3,5), 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 la mayoría de la población. (4)

b.2) Servicios de Salud

La red de servicios de salud cuenta con instalaciones sanitarias gubernamentales que son 35 hospitales, 32 centros de salud tipo A, 188 centros de salud tipo B y 785 puestos de salud, el IGSS 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 el 37% de los centros de salud tenían deteriorada su infraestructura y no contaban con el equipo necesario. (14)

Se estima que el MSPAS cubre solo el 30% de la población, el IGSS atiende menos del 15% de la población total, los servicios privados de salud el 8% y 12% de la población total; lo cual indica que el 40% de la población no tiene acceso al sector salud formal y esta es la población pobre y en mayor riesgo. (4)

En términos generales el tema de salud no ha sido satisfactorio por lo que el sector salud a partir del "Primer Foro Nacional sobre la Reforma Sectorial de Salud", en noviembre de 1994 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 de otros países.(18)

C.- ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD

Para el Sistema Nacional de Servicios de Salud, Guatemala esta dividida en ocho regiones:

1.- **Región I Metropolitana:** formada por el departamento de Guatemala con un área de 2126 km² y una densidad de poblacional de 841 habitantes por Km.² siendo la más alta de todo el país.

2.- **Región II Norte:** formada por los departamentos de Alta y Baja Verapaz, superficie de 11810 km², densidad de poblacional 55 habitantes por km.²

3.- **Región III Nor-Oriental:** formada por los departamentos de Izabal, Zacapa, El Progreso y Chiquimula, extensión de 16026 km², densidad poblacional 51 habitantes por km.².

4.- **Región IV Sur-Oriental:** formada por los departamentos de Jutiapa, Jalapa y Santa Rosa, extensión de 8237 km², densidad poblacional 102 habitantes por km.².

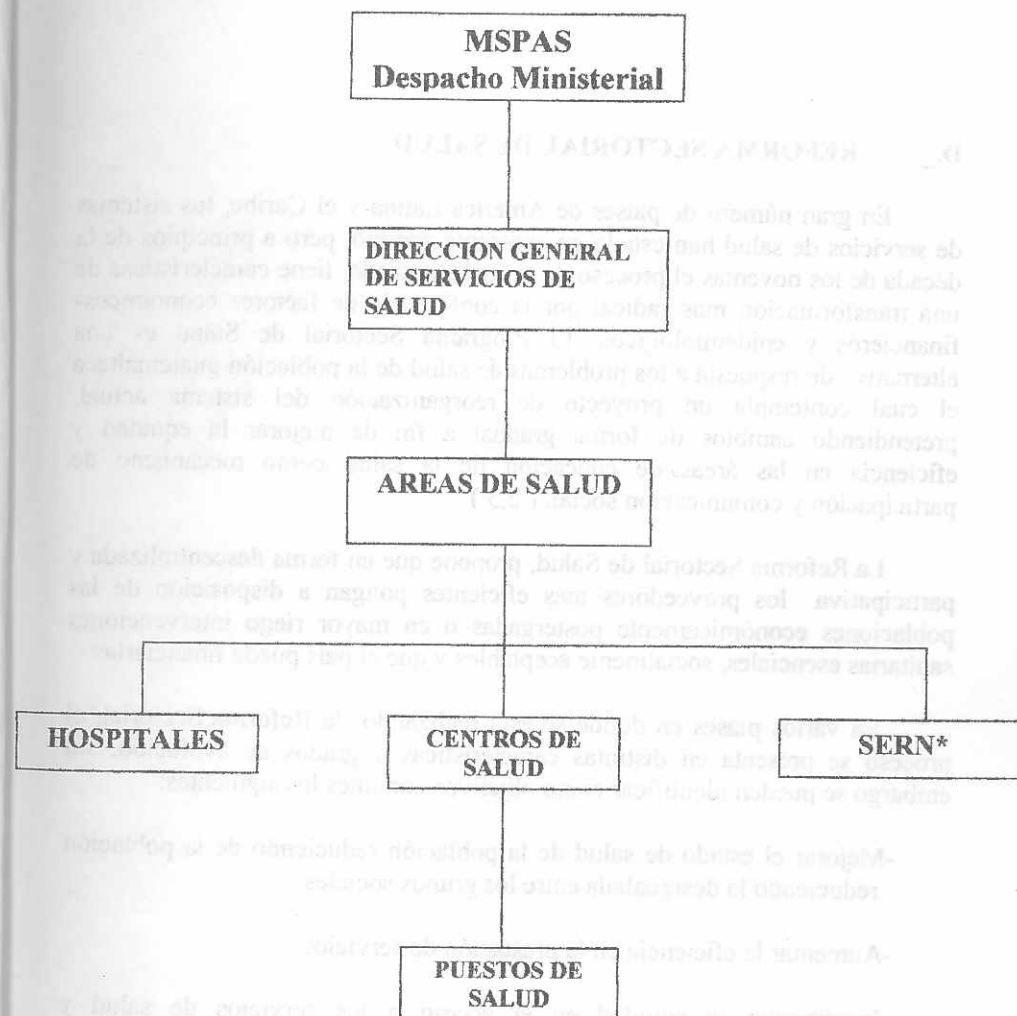
5.- **Región V Central:** formada por los departamentos de Sacatépequez, Chimaltenango y Escuintla, extensión de 6828 km², densidad poblacional 136 habitantes por km.².

6.- **Región VI Sur-Occidental:** formada por los departamentos de San Marcos, Quetzaltenango, Totonicapán, Sololá, Suchitépequez y Retalhuleu, extensión de 12237 km², densidad poblacional de 186 habitantes por km.².

7.- **Región VII Nor-Occidental:** formada por los departamentos de Huehuetenango y Quiché, extensión de 15788 km², densidad poblacional de 73 habitantes por km.².

8.- **Región VIII Peten:** formada únicamente por el departamento del Peten, extensión de 35854 km² densidad de 5 habitantes por km.² (15,3,5)

Los servicios de salud están organizados de la siguiente forma:



- Servicios de Recuperación Nutricional

D. REFORMA SECTORIAL DE SALUD

En gran número de países de América Latina y el Caribe, los sistemas de servicios de salud han estado en constante cambio, pero a principios de la década de los noventa el proceso de revisión iniciado, tiene 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 reorganización del sistema actual, pretendiendo cambios de forma gradual a fin de mejorar la equidad y eficiencia en las áreas de educación de la salud como mecanismo de participación y comunicación social. (2,3)

La Reforma Sectorial de Salud, propone que en forma descentralizada y participativa los proveedores más eficientes pongan a disposición de las poblaciones económicamente postergadas o en mayor riesgo intervenciones sanitarias esenciales, socialmente aceptables y que el país pueda financiarlas.

En varios países en donde se está realizando la Reforma Sectorial, el proceso se presenta en distintas características y grados de evolución, sin embargo se pueden identificar como objetivos comunes los siguientes:

- Mejorar el estado de salud de la población reduciendo de la población reduciendo la desigualada entre los grupos sociales.
- Aumentar la eficiencia en la prestación de servicios.
- Incrementar la equidad en el acceso a los servicios de salud y satisfacción de los usuarios.

La Reforma Sectorial es un proceso de movilización de los 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 mas postergados y a las intervenciones prioritarias (o más costo

-FOCALIZACION

-DISEÑO DE CANASTA BASICA

-CAMBIO DE LA MEZCLA PUBLICO/PRIVADA

-DESCENTRALIZACION

(2,3)

Focalización: pretende dirigir los recursos a los grupos de mayor postergación económica o mayor riesgo biológico, reorientando los servicios de salud, para garantizar su accesibilidad. Pero no significa que los grupos de población a los cuales se les ha brindado accesibilidad y cobertura útil de atención no se le siga brindando, los recursos económicos necesarios para atender sus necesidades. 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.

Canasta básica: como instrumento de racionalización y producto de un proceso de programación local consiste en un conjunto determinado de atención de salud en áreas de fomento, prevención, curación y rehabilitación que se proveerá a todos los miembros de la comunidad de acuerdo al perfil epidemiológico de la población y sus diversos grados de riesgo, dependiendo de la disponibilidad de los recursos del país y según las preferencias sociales y opciones políticas adoptadas. La Canasta Básica constituye un elemento que operativiza la estrategia de atención primaria en salud; el objetivo principal es reducir las inequidades en el campo de la salud y establecer la línea de corte entre las atenciones de salud que la sociedad se promete a proporcionar a todos sus miembros y por exclusión las atenciones que presentan limitaciones de financiamiento.

La característica de la Canasta Básica es la flexibilidad de sufrir cambios dependiendo de los cambios en el perfil epidemiológico, la incorporación de nuevos recursos tecnológicos para las intervenciones, la disponibilidad de recursos financieros y los cambios en las preferencias sociales y la evolución de los patrones culturales. (2,3)

Cambio de la Mezcla Publico/Privada: se refiere a la provisión de servicios de salud por agentes privados, preservando el origen público de los recursos financieros, con esto se espera dirigir los recursos a los proveedores que

muestren mayor eficiencia en la gestión a través de la adopción de esquemas que faciliten la compraventa de servicios entre los sectores público y privado.

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. Un sistema de referencia cruzada entre estos permitirá hacer un uso más eficiente de la infraestructura fiscal del sector salud vista como una totalidad y no como esferas independientes e incomunicadas.

Descentralización: es un proceso que pretende transferir mayor poder de decisión a las autoridades locales y dotar de mayor autonomía de gestión a las unidades directamente prestadoras de servicios, guardando siempre la articulación íntima que el sistema de salud requiere, esto permite ajustar dinámicamente los servicios a la demanda y necesidades de la población. Para lograr lo anterior se ha establecido el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), con una base geográfica-poblacional y unidad política, administrativa y técnica dotados de autonomía de acción tanto para el uso de los recursos como para la atención de los riesgos de salud que se detecten en la población; con lo cual se considera lograr una mayor equidad, calidad y eficiencia de las acciones.

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.

La Reforma de Salud en Guatemala se programó por el alto riesgo epidemiológico, la baja calidad resolutive y productividad de los servicios de salud, la excesiva centralización en la toma de decisiones y en la administración de recursos, por la escasa coordinación interinstitucional, la poca participación comunitaria para la solución de sus propios problemas, y la poca utilización de los recursos existentes en la comunidad.

La Reforma del Sector Salud en Guatemala, tiene como propósito político, la transformación integral del Modelo de Producción Social de la Salud, siendo su objetivo general contribuir a mejorar la salud de la población a través de cambios de carácter político, estructural y financiero de las instituciones que conforman el sector salud.

E.- SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS)

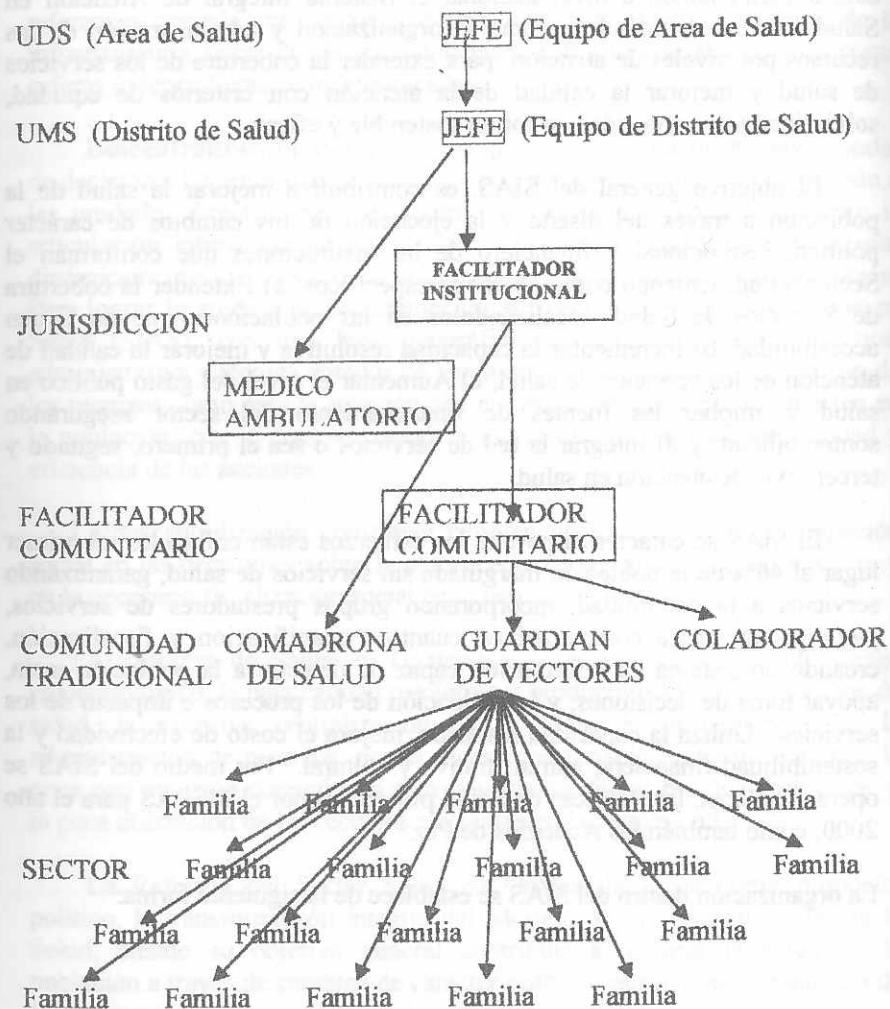
Dentro del proceso de la Reforma del Sector Salud, en Guatemala se está implementando a nivel nacional el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), definiéndose como la organización y administración de los recursos por niveles de atención, para extender la cobertura de los servicios de salud y mejorar la calidad de la atención con criterios de equidad, solidaridad y universalidad en forma sostenible y eficaz.

El objetivo general del SIAS, es contribuir a mejorar la salud de la población a través del diseño y la ejecución de los cambios de carácter político, institucional y financiero de las instituciones que conforman el Sector Salud, teniendo como objetivos específicos: a) Extender la cobertura de Servicios de Salud, focalizándolos en las poblaciones que no tienen accesibilidad, b) Incrementar la capacidad resolutive y mejorar la calidad de atención de los servicios de salud, c) Aumentar el nivel del gasto público en salud y ampliar las fuentes de financiamiento del sector asegurando sostenibilidad; y d) Integrar la red de servicios o sea el primero, segundo y tercer nivel de atención en salud.

El SIAS se caracteriza porque los esfuerzos están enfocados en primer lugar al 46% de la población marginada sin servicios de salud, garantizando servicios a la comunidad, incorporando grupos prestadores de servicios, participación de la comunidad en cuanto a planificación y fiscalización, creando un sistema de información capaz de detectar a la población meta, apoyar toma de decisiones, y la evaluación de los procesos e impacto de los servicios. Utiliza la capacidad instalada, mejora el costo de efectividad y la sostenibilidad financiera, administrativa y cultural. Por medio del SIAS se operacionalizan, las Políticas de Salud planteadas por el MSPAS para el año 2000, como también los Acuerdos de Paz.

La organización dentro del SIAS se establece de la siguiente forma:

ORGANIZACIÓN DEL SIAS PRIMER NIVEL DE ATENCION.



Fuente: Lineamientos Generales del SIAS.(12)

En cuanto a la metodología que se está utilizando para la implementación del SIAS, se efectúan los siguientes pasos:

- 1.- Institucionalización: que es la incorporación del recurso humano material y financiero.
- 2.- Elaboración del plan de acción por cada nivel de salud.
- 3.- Involucramiento de ONG'S de salud y otros sectores privados, definición de Areas geográficas a cubrir y la operacionalización del sistema, manteniendo una capacitación permanente.

El SIAS en el Primer Nivel de Atención, se puede describir como un conjunto de componentes que se interrelacionan entre sí para extender la cobertura de los servicios básicos, prestando servicios básicos de salud definidos y permanentes de atención a las personas y al ambiente, prestados por personal institucional público y privado, personal voluntario y participación de la comunidad para extender la cobertura y mejorar la situación de Salud. (13)

El objetivo específico para el Primer nivel de Atención en Salud es establecer un sistema de servicios básicos de salud para el 100% de la población de comunidades seleccionadas dispersas y alejadas que carecen de atención, mediante la participación multi sectorial de las propias comunidades, a fin de contribuir a la disminución de la mortalidad materno-infantil en un 50% tomando como base la tasa registrada en 1995, antes del año 2000.

Los componentes que se interrelacionan en el primer nivel de atención son:

- 1.- **Atención a las Personas y al Medio:** la atención a las personas lo conformar un conjunto de servicios de salud que se dividen en básicos y servicios ampliados de salud. Los servicios básicos de salud son dirigidos a poblaciones no cubiertas por los servicios de salud. Los servicios ampliados de salud son dirigidos a poblaciones ya cubiertas por los servicios de salud los cuales son prestados por personal institucional, conformando los cuatro grupos de actividades principales que son: -Atención de la mujer, - Atención infantil y pre escolar, - Atención de emergencias y morbilidad y

Atención al medio, con actividades de educación y promoción de ambientes saludables, regulación y control de vectores excretas, basuras y agua.

2.- Recursos Humanos: formado por el equipo básico de salud EBS responsable de la implementación de los servicios básicos de salud, integrado por personal institucional y comunitario. Dentro del recurso humano comunitario se encuentra: promotor de salud, colaborador voluntario de vectores, comadrona tradicional capacitada, facilitador comunitario. Dentro del recurso humano institucional se encuentran el facilitador institucional, auxiliar de enfermería, técnico en salud rural, médico ambulatorio, coordinador municipal, coordinador departamental; cada una de estas personas con función específica.

3.- Organización: se propone una organización por niveles para la prestación de servicios mínimos de salud, facilitando la interrelación de los componentes. Nivel Sector: las comunidades se dividen en sectores de aproximadamente veinte familias, las cuales estarán a cargo de un guardián de salud. Nivel Comunidad: esta formada por una o más fincas, caseríos, parajes, cantones o aldeas. Nivel Jurisdicción: equivale a un distrito de salud geográfica y administrativamente, comprende aproximadamente 3200 viviendas. Nivel Departamental: comprende un departamento y coordina las actividades que se desarrollan en el mismo, por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales prestadoras de servicios.

4.- Técnico Administrativo: este componente incluye cinco procesos: 1. **Información:** incluye las características, la descripción de la base de datos y los indicadores de salud. 2.- **Planificación Programación y Evaluación:** tiene como característica principal garantizar la amplia participación de personal comunitario e institucional, de la comunidad organizada y de otros sectores de desarrollo en la conducción, entrega y fiscalización de los mismos, otra característica es integrar y facilitar los mecanismos para la relación entre los niveles comunitarios municipales y departamentales así como también el uso de la información del SIAS para sustentar las decisiones en la orientación y programación de los recursos. 3.- **Vigilancia Epidemiológica:** propone disminuir la ocurrencia de enfermedades mediante el control de los factores de riesgo biológicos y ambientales, permite informar oportunamente sobre el surgimiento de brotes en la comunidad, proponiendo medidas de control. 4.- **Supervisión:** describe los procedimientos necesarios para supervisar las actividades con el propósito de efectuar el seguimiento y control de las actividades de prestación de servicios

y apoyo programadas, efectuar un control de procesos administrativos y de las normas técnicas para tomar las acciones necesarias para corregir situaciones específicas. **5.- Administración de Recursos:** describe los procesos y procedimientos de administración de suministros, de apoyo logístico, de personal y presupuestarios.(13)

F.- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Según el Código de Salud, el MSPAS es el órgano del estado encargado de la Rectoría del Sector Salud, entendiéndose esta rectoría como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones institucionales de salud a nivel nacional. El Ministerio de Salud tiene a sí mismo la función de fomentar, organizar, dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de los servicios de Salud. (3) Para lo cual cuenta con el personal de los servicios de salud, definiendo el personal como conjunto de personas pertenecientes a determinada clase corporación o dependencia. Según el Departamento de Personal de la Dirección General de Servicios de Salud DGSS, el Ministerio de Salud Pública cuenta con 19,382 empleados, que prestan el 68.3 de la fuerza laboral del sector público de salud, su composición según categorías educacionales tienen la configuración siguiente: profesionales 8.4%, teniendo como requisito haber obtenido título de licenciatura en una carrera universitaria; técnico 14% teniendo como requisito un título de nivel medio; y un curso de capacitación en el área. auxiliar 27% definido también como paramédico I y paramédico III, las cuales tienen como requisito la primera, haber cursado tercero básico y un curso de capacitación; y el paramédico III un título a nivel medio y el diploma de enfermería. El 50.6% restante lo constituyen un grupo especial que se ha denominado resto del personal sin formación en salud.(9)

En los puestos de salud, donde trabajan auxiliares de enfermería y técnicos de salud rural, se localizan 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 mas del 65% del total del personal de salud.(9)

La población rural, la mayoritaria del país y de grupos de alto riesgo esta 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 en

cuanto a la cantidad; no existe una lógica de asignación de personal, por la centralización política y administrativa que determina la concentración de los recursos.

G.- SERVICIOS DE SALUD EN LAS AREAS DE ESTUDIO

a) AREA DE SALUD DE ALTA VERAPAZ

Según la organización del sector salud, Alta Verapaz se encuentra en la región II Norte, el departamento tiene una extensión de 8,686 kilómetros cuadrados, dividido políticamente en 15 municipios con una población de 493,756 habitantes; predominantemente rural aproximadamente 84% y 16% población urbana.(11).

Alta Verapaz, Escuintla y Chiquimula son los tres departamentos en donde se inició la primera fase de la Reforma del Sector Salud, en el año de 1995 considerando esos departamentos como representativos de los tres espacios geográficos poblacionales del país y por lo tanto, muestras representativas con base a sus características demográficas, culturales, económicas y sociales.(10)

En cuanto al SIAS su implementación se inició en 1996, trabajando en el primer nivel de atención hace aproximadamente un año con diferentes grados de avances en los diferentes municipios, en cuanto a Ministerio de Salud Pública y Prestadoras de Servicios de Salud.

Alta Verapaz cuenta con una red de servicios de salud formados por un hospital, 16 centros de salud tipo A y tipo B y 37 puestos de salud. El personal de salud tiene una estructura de tipo piramidal con un vértice constituido por profesionales, una parte intermedia formada por técnicos en salud rural y una base mayor, por auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales.(14)

En cuanto a las organizaciones no gubernamentales o prestadoras de servicios de salud que se encuentran en Alta Verapaz podemos mencionar a Talita-Kumi, Menonitas, y Mujeres Mayas, que son las que se encuentran trabajando con el SIAS.

b) AREA DE SALUD DE ESCUINTLA

Según la organización del sector salud, Escuintla se encuentra en la región V central; el departamento tiene una extensión de 4,384 kilómetros cuadrados, dividido políticamente en 13 municipios, con una población de 472,000 habitantes, con una densidad poblacional de 120 habitantes por Km²

Escuintla cuenta con una red de servicios de salud de dos hospitales, 11 centros de salud y 40 puestos de salud. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, cuenta con cuatro hospitales y consultorios.(11,14)

La implementación del SIAS, en el primer nivel de atención se está realizando coordinadamente con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS a nivel de todo el departamento. Este proceso incluye la adaptación del nuevo modelo de acuerdo a políticas y lineamientos de ambas instituciones, en lo que respecta a normas de atención, equipo encargado de proveer los servicios, sistema de información, legislación de la salud y sistema de supervisión, monitoreo y evaluación.

H.- MEDICION DE ACTITUDES

ACTITUD:

Es una reacción afectiva, positiva o negativa hacia un objeto, sujeto proporción u otro que se pueda dar de forma verbal o de acción. La fuerza y dirección de las actitudes representa un importante aspecto de la personalidad del individuo, esta característica afecta materialmente su adaptación educativa y profesional. (6,7)

ESCALAS DE ACTITUD:

Una escala es un instrumento diseñado para asignar un puntaje numérico que coloca a los sujetos en un continuo respecto del atributo que se medirá; por lo que una escala que mide actitudes, trata de distinguir entre individuos que son más o menos favorables hacia un concepto. En la elaboración de una escala de actitud las diversas preguntas tienen como fin medir una sola actitud o variable unidimensional. Se han creado diferentes

actitud o variable unidimensional. Se han creado diferentes métodos para estudiar las actitudes como ejemplo la Escala de Actitudes desarrolladas por Bogardus (1924), Thurstone (1929) y Likert (1932). (6)

ESCALA DE LIKERT: comprende varias proposiciones declarativas que expresan un punto de vista sobre un tema. Se pide a las personas que indiquen el grado en que concuerdan o desacuerdan con la opinión expresada, exige una respuesta graduada a cada manifestación y se expresa corrientemente en función a las cinco categorías siguientes: Acuerdo Absoluto (AA), Acuerdo (A), Indeciso (I), Desacuerdo Absoluto (DA) y Desacuerdo (D). Las manifestaciones individuales son claramente favorables o claramente desfavorables para puntuar la escala se califican las respuestas alternativas, 5, 4, 3, 2 y 1, respectivamente desde el extremo favorable al desfavorable; por lo general las respuestas se cuantifican de manera que se les asigne una puntuación mas alta a la aceptación de proposiciones expresadas de modo positivo o a la falta de aceptación de las proposiciones expresadas de forma negativa. (6,7)

La suma de las calificaciones de los elementos representa la puntuación total del individuo, que lo coloca en una actitud positiva o negativa al objeto.

VI. METODOLOGIA

- A) **Tipo de Estudio:** Descriptivo-Transversal
- B) **Sede del Estudio:** Areas de Salud de Alta Verapaz y Escuintla.
- C) **Sujetos de Estudio:** el personal institucional de los servicios de salud del MSPAS y PSS, médicos, enfermeras graduadas, auxiliares de enfermería, técnicos en salud rural y administrativos.
- D) **Muestra:** para el presente estudio se tomó el 25% de los distritos del area de Salud de Alta Verapaz, y el 25% de los distritos del área de salud de Escuintla, lo cual equivale a 4 y 3 distritos respectivamente. Dentro de cada distrito se tomó en cuenta los centros de salud y los puestos de salud, en un número no superior a 5.

En cuanto a las Prestadoras de Servicios de Salud PSS, en el área de Alta Verapaz se tomó el número total de las que se encuentran trabajando con el SIAS. En el área de Escuintla la Prestadora de Servicios de Salud en todo el departamento, es el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, por lo que la muestra se eligió de forma similar a la del MSPAS.

Los distritos se eligieron al azar; se tomó en cuenta el personal de salud y la Jefatura de Area de los dos departamentos.

E) Método:

Medición de Actitud: entrevista dirigida con reactivos cerrados y preguntas con escala no impar. Esta se realizó a través de la Escala tipo Likert que incluye las siguientes características: -Aseveraciones que no influyen en la respuesta. -Manejo de escalas no impares, tres o cinco alternativas. -Se construyen preguntas control o sea ítems 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: estas son 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.

F) Criterios de Inclusión y Exclusión:

- Criterio de Inclusión: en el estudio se incluyó todo el personal institucional del Ministerio de Salud Pública y Prestadoras de Servicios de Salud: médicos, técnicos en salud rural, enfermeras graduadas y auxiliares de enfermería, según la muestra elegida al azar en el área de Alta Verapaz y Escuintla.
- Criterio de Exclusión: se excluyó del estudio a los miembros del personal de salud que por alguna causa estaban suspendidos y los que tenían menos de seis meses de haber iniciado a laborar, y al personal voluntario del área de Alta Verapaz y Escuintla.

G) Definición de Variables (página siguiente)

H) Recursos:

1-Materiales:

- Boleta de recolección de datos.
- Instalaciones de Centros y Puestos de salud
- Materiales de escritorio, hojas tamaño carta, computadora.
- Transporte.

2-Humanos:

- Personal de salud institucional de los servicios de salud de donde se realizó.

3-Institucionales:

- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá
- Oficina de "La Reforma del Sector Salud", SIAS.
- Biblioteca de la Dirección General de Servicios de Salud.
- Biblioteca de la Organización Panamericana de Salud.

I) Procedimiento Para la Recolección de la Información:

La recolección de la información se realizó, por el investigador, por medio de entrevistas dirigidas con la ayuda de un instrumento (cuestionario anexo), con reactivos cerrados. Aprobado el proyecto de investigación previo a la recolección de datos se realizó un estudio piloto, en el área metropolitana Guatemala Sur, con el objetivo de obtener datos para mejorar el proyecto; posteriormente a la validación se reestructuró el instrumento. La recolección de la información se realizó en las áreas de salud ya mencionadas, pasando al personal de salud institucional el instrumento, recolectando la información aproximadamente en cuatro semanas.

Instrumento:

El instrumento se elaboró en base a los lineamientos del Sistema Integral de Atención en Salud y por medio de la escala de Likert. Consta de 20 reactivos o preguntas y cinco categorías para una respuesta graduada, con una puntuación de 5-1 respectivamente desde el extremo favorable al desfavorable. El 50% de las preguntas están en sentido positivo y 50% en sentido negativo con respecto al SIAS. El instrumento evalúa la actitud del personal de salud respecto a: la Organización, Estrategia, Equipo Básico de Salud, Intervenciones en los Servicios Básicos y la participación de las organizaciones no gubernamentales, que plantea el SIAS, con una serie de cuatro preguntas para cada aspecto.

J) Análisis:

Los datos fueron tabulados y analizados por medio del programa EPI Info 6, comparando los punteos obtenidos por medio de la Escala de Likert, para dichas comparaciones se utilizó la prueba estadística de Mann Whitney entre el personal del MSPAS y PSS, del área de Alta verapaz y Escuintla.

Aspectos Éticos:

Con el presente estudio, no se afecta la integridad de las personas a investigar, ya que su participación es voluntaria y el manejo de los datos es confidencial.

G) Definición de Variables

Actitud

Def. Conceptual: reacción afectiva positiva o negativa, hacia un objeto, sujeto o proporción u otro que se puede dar de forma verbal o de acción.

Def. Operacional: evaluar y anotar la actitud del personal de salud frente al Sistema de Atención Integral en Salud.

Escala de Medición: nominal

Unidad de Medición: escala de Likert

Personal de Salud

Def. Conceptual: es el equipo Institucional responsable de la implementación de los servicios de salud del MSPAS y PSS.

Def. Operacional: el equipo de salud institucional encargado de la implementación del SIAS, en el área de Alta Verapaz y Escuintla.

Escala de Medición: nominal

Unidad de Medición: médicos, enfermeras, técnicos, personal administrativo, jefes de área de distrito.

Estrategia

Def. Conceptual: salud preventiva, pretende transmitir mayor poder de dirección y participación a las comunidades, va en busca del paciente.

Def. Operacional: actitud hacia la participación comunitaria, búsqueda y seguimiento del paciente, capacitación permanente.

Escala de Medición: nominal.

Unidad de Medida: escala de Likert. (Preguntas No.1 a No.4)

Organización

Def. Conceptual: cargos que se designan al personal de salud con ciertas responsabilidades para la ejecución del SIAS.

Def. Operacional: actitud hacia el esquema de cargos delegados a las personas con ciertas responsabilidades y funciones.

Escala de Medición: nominal.

Unidad de Medida: escala de Likert. (Preguntas No.5 a No.8)

Equipo básico de Salud

Def. Conceptual: personal institucional comunitario responsable de la implementación y ejecución del SIAS.

Def. Operacional: actitud hacia el personal institucional y comunitario.

Escala de Medición: nominal.

Unidad de Medida: escala de Likert. (preguntas No.9 a No.12)

Intervenciones en los servicios básicos de Salud

Def. Conceptual: conjunto de servicios básicos y servicios ampliados de salud dirigidos a las personas y al medio.

Def. Operacional: actitud hacia la prestación de servicios a los grupos de mayor riesgo.

Escala de Medición: nominal.

Unidad de Medida: escala de Likert. (preguntas No.13 a No.16)

Proveedores de los servicios de salud MSPAS y PSS

Def. Conceptual: provisión de servicios de salud por agentes públicos y privados con origen público de los recursos financieros.

Def. Operacional: actitud hacia la participación conjunta del MSPAS y PSS que se encuentran trabajando con el SIAS.

Escala de Medición: nominal.

Unidad de Medida: escala de Likert. (preguntas No.17 a No.20).

VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados de la recolección de datos son presentados por areas de Salud: 1.- Alta Verapaz 2.- Escuintla como también, por servicios de salud; a) MSPAS y b) PSS; y por profesión.

Los aspectos de SIAS evaluados se presentan de la siguiente forma:

1.) Estrategia	Preguntas	No. 1- 4 del cuestionario
2.) Organización	Preguntas	No. 5- 8 del cuestionario
3.) EBS	Preguntas	No. 9-12 del cuestionario
4.) Intervenciones en los Servicios Básicos	Preguntas	No. 13-16 del cuestionario
5.) Participación conjunta de Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales.	Preguntas	No. 17-20 del cuestionario

Cada una de las preguntas tiene una escala de 5 alternativas de respuesta

PROFESION	ALTA VERAPAZ	ESCUINTLA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
TOTAL		

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE AL SISTEMA INTEGRAL DE SALUD SIAS.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD QUE FUE EVALUADO EN EL ESTUDIO

AREA DE SALUD	SERVICIO	MSPAS	PSS	TOTAL
	ALTA VERAPAZ	57	28	85
	ESCUINTLA	44	22	66
TOTAL		101	50	151

Fuente:Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD INCLUIDO EN EL ESTUDIO POR PROFESION

PROFESION	Fc	%
PARAMEDICOS	84	55.6
ADMINISTRATIVOS	25	16.6
MEDICOS	23	15.2
TSR	19	12.6
TOTAL	151	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 3

ACEPTACION DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS Y PSS FRENTE AL SIAS, ALTA VERAPAZ Y ESCUINTLA

AREA	n	MEDIANA	(min-max)
ALTA VERAPAZ	85	75	(28;95)
ESCUINTLA	66	75	(12;93)

P=0.940939

CUADRO No. 3A

SERV. DE SALUD	n	MEDIANA	(min-max)
MSPAS	101	74	(38;95)
PSS	50	75	(12;93)

P=0.885062

CUADRO No. 3B

ALTA VERAPAZ			
Profesión	n	Mediana	(min-max)
Paramedicos	48	74	28-86
Administrativos	15	74	42-88
Médicos	10	78	61-95
TSR	12	78	39-87

P=0.149067

CUADRO No. 3C

ESCUINTLA			
Profesión	n	Mediana	(min-max)
Paramedicos	36	73	49-84
Administrativos	10	74	12-84
Médicos	13	77	54-93
TSR	7	78	64-81

P=0.368154

Fuente:Boleta Recolección de Datos

En el estudio se evaluó un total de 151 personas, en el área de Alta Verapaz 85 y en Escuintla un total de 66, lo cual se debió a que el número de distritos de Escuintla es menor que el de Alta Verapaz (14). En cuanto al servicio de salud se evaluó en Alta Verapaz 57 personas del MSPAS y 28 personas de las PSS, en Escuintla se evaluó a 44 personas del MSPAS y 22 personas del IGSS; siendo evaluadas una mayor cantidad de personas del MSPAS, porque ha sido esta institución la que más servicios de salud ha brindado por ser una entidad Gubernamental, encargada de la salud pública. (14,5) Cuadro No.1

En el cuadro No.2 se presenta la profesión de las personas evaluadas en el estudio el 55.6% son paramédicos (enfermeras), 25% personal administrativo, 23% médicos y 19% técnicos en salud rural, lo cual concuerda con la literatura, en cuanto al nivel profesional del personal que brinda los servicios de salud en Guatemala. (5)

El estudio evidenció una actitud de aceptación para el SIAS en las 2 áreas de salud Alta Verapaz y Escuintla con una mediana de 75 pts. con un valor de P mayor de 0.05 lo cual evidencia que no hay diferencia estadística en las áreas de salud. Cuadro No3

Se obtuvo una mediana de 74 puntos para el personal del MSPAS y de 75 puntos para el personal de las PSS, lo que también evidencia que no hay significancia estadística entre las organizaciones; lo cual podría deberse a que ha habido una adecuada implementación del SIAS en las áreas de salud, coordinando el trabajo entre MSPAS y PSS. Cuadro 3A

En el cuadro 3B Y 3C, se presentan los resultados obtenidos del personal de salud de cada área por profesión, se obtuvo una mediana de 78 y 77pts. para el grupo de médicos; 78pts. para el grupo de técnicos en salud rural; 74 y 73pts. para el grupo de paramédicos y de 74pts. para el grupo de personal administrativo, lo cual muestra una mediana más alta para el grupo de médicos y técnicos en salud rural aunque estadísticamente no existe diferencia ya que el valor de P es mayor de 0.05 en las áreas de salud.

PUNTEOS OBTENIDOS SOBRE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS Y PSS SOBRE LA ESTRATEGIA DEL SIAS EN EL ÁREA DE ALTA VERAPAZ

CUADRO No. 4

MSPAS												
ASPECTO	ESCALA DE PUNTUACION											
	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	%
ESTRATEGIA	1	23	42	32	58	0	0	0	0	0	0	55
	2	1	2	3	5	25	45	22	40	4	7	55
	3	34	61	21	38	0	0	1	2	0	0	56
	4	8	15	10	18	27	49	7	13	3	5	55
PROMEDIO			30		30		24		14		3	100

CUADRO No. 5

PSS												
ASPECTO	ESCALA DE PUNTUACION											
	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	%
ESTRATEGIA	1	17	68	8	32	0	0	0	0	0	0	25
	2	4	14	4	14	7	25	12	43	1	4	28
	3	24	86	2	7	0	0	2	7	0	0	28
	4	2	7	4	14	14	50	7	25	1	4	28
PROMEDIO			44		17		19		19		2	100

FUENTE:
Boleta de Recolección de Datos

**PUNTEOS OBTENIDOS SOBRE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS
Y PSS SOBRE LA ESTRATEGIA DEL SIAS EN EL AREA DE ESCUINTLA**

CUADRO No. 6

MSPAS													
ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ESTRATEGIA	1	28	64	16	36	0	0	0	0	0	0	44	100
	2	0	0	0	0	20	45	23	52	1	2	44	100
	3	37	84	7	16	0	0	0	0	0	0	44	100
	4	3	7	20	45	12	27	6	14	3	7	44	100
PROMEDIO			39		24		18		16		2		100

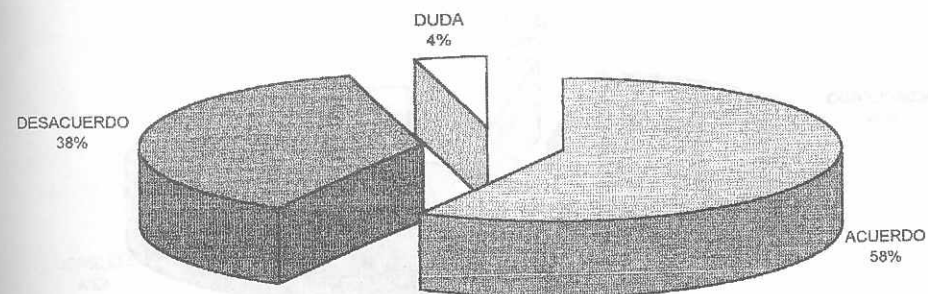
CUADRO No. 7

PSS													
ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ESTRATEGIA	1	8	36	13	59	1	5	0	0	0	0	22	100
	2	1	5	3	14	9	41	8	36	1	5	22	100
	3	13	59	7	32	0	0	1	5	1	5	22	100
	4	2	9	10	45	6	27	2	9	2	9	22	100
PROMEDIO			27		38		18		13		5		100

FUENTE:
Boleta de Recolección de Datos

GRAFICA No. 1

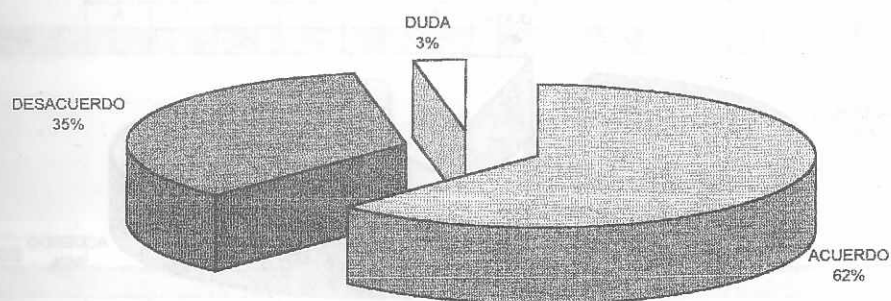
**ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS FRENTE A LA
ESTRATEGIA DEL SIAS, AREA DE ALTA VERAPAZ Y ESCUINTLA**



FUENTE: CUADRO No. 4 Y 6

GRAFICA No. 2

ACTITUD DEL PERSONAL DESALUD DE LAS PSS FRENTE A LA ESTRATEGIA DEL SIAS, AREA DE ALTA VERAPAZ Y ESCUINTLA



FUENTE: CUADRO No. 5Y1

El estudio evidenció que la actitud del personal de salud del MSPAS y PSS frente a la Estrategia que plantea el SIAS en las dos áreas de salud, es poco aceptada ya que se está de acuerdo en un 58% y 62% respectivamente y en desacuerdo en 38% y 35%, lo cual podría atribuirse a que el enfoque de la atención de los servicios de salud por años ha hecho énfasis en el aspecto curativo y con pocas acciones preventivas y de atención al medio. (3,5) Se atiende por demanda morbilidad y emergencias lo que disminuye la atención a las poblaciones más postergadas, que por falta de recursos, conocimiento e infraestructura, no asisten a los servicios de salud. Aunque por parte del MSPAS se han realizado actividades de extensión de cobertura como Canalización estas no han sido de forma sistematizada.

PUNTEOS OBTENIDOS SOBRE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS
Y PSS SOBRE LA ORGANIZACION DEL SIAS EN EL AREA DE ALTA VERAPAZ

CUADRO No.8

MSPAS													
ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ORGANIZACION	5	23	42	30	55	0	0	2	4	0	0	55	100
	6	6	11	24	43	22	39	2	4	2	4	56	100
	7	12	21	28	50	7	13	1	2	8	14	56	100
	8	6	11	16	28	25	44	8	14	2	4	57	100
PROMEDIO			21		44		24		6		5		100

CUADRO No.9

PSS													
AC. TOTAL													
ASPECTO	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ORGANIZACION	5	10	40	12	48	2	8	0	0	1	4	25	100
	6	3	11	9	32	9	32	5	18	2	7	28	100
	7	13	46	12	43	2	7	1	4	0	0	28	100
	8	3	11	5	19	11	41	8	30	0	0	27	100
PROMEDIO			27		35		22		13		3		100

FUENTE:
Boleta de Recolección de Datos

PUNTEOS OBTENIDOS SOBRE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS
Y PSS SOBRE LA ORGANIZACION DEL SIAS EN EL AREA DE ESCUINTLA

CUADRO No. 10

MSPAS													
ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG.	ACUERDO TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ORGANIZACION	5	21	50	19	45	0	0	2	5	0	0	42	100
	6	4	10	19	45	9	21	1	2	9	21	42	100
	7	7	16	27	63	0	0	2	5	7	16	43	100
	8	3	7	9	20	19	43	11	25	2	5	44	100
PROMEDIO			21		43		16		9		11		100

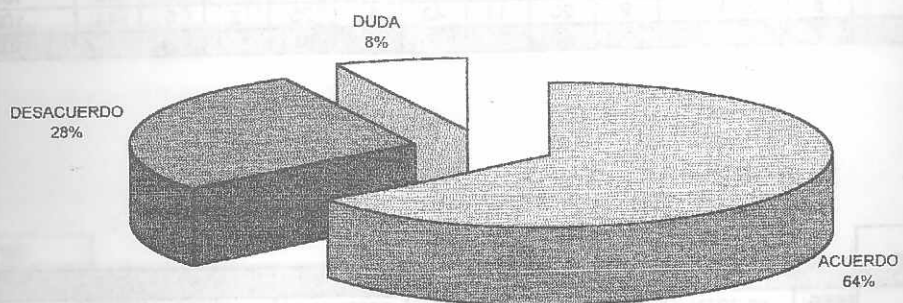
CUADRO No.11

PSS													
ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ORGANIZACION	5	11	52	9	43	0	0	0	0	1	5	21	100
	6	2	11	9	47	0	0	3	16	5	26	19	100
	7	3	15	13	65	2	10	0	0	2	10	20	100
	8	0	0	5	24	12	57	1	5	3	14	21	100
PROMEDIO			19		45		17		5		14		100

FUENTE:
Boleta de Recolección de Datos

GRAFICA No. 3

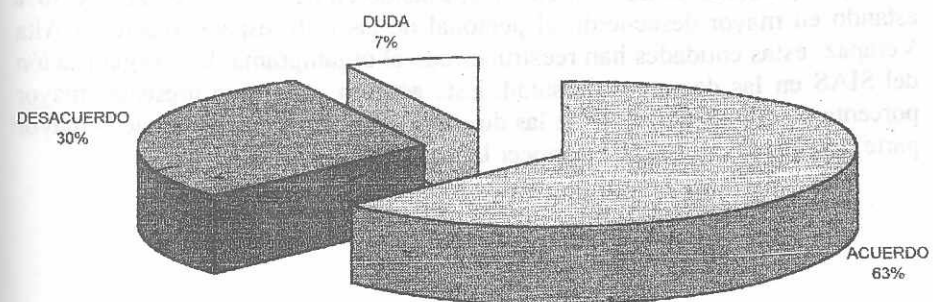
ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS FRENTE A LA ORGANIZACION DEL SIAS, AREA DE ALTA VERAPAZ Y ESCUINTLA



FUENTE: CUADRO No. 8 Y 10

GRAFICA No. 4

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DE LAS PSS FRENTE A LA ORGANIZACION DEL SIAS, AREA DE ALTA VERAPAZ Y ESCUINTLA



FUENTE: CUADRO No. 9 Y 11

En cuanto a la Organización del SIAS, en el pimer nivel de atención el estudio evidenció que el personal de salud del MSPAS esta de acuerdo en 64%, y el personal de las PSS en 63%; estando en desacuerdo en 26% y 30% estando en mayor desacuerdo el personal de las PSS, especialmente en Alta Verapaz; estas entidades han reestructurado el organigrama de la organización del SIAS en las dos areas de salud. Este aspecto es el que presenta mayor porcentaje de duda por parte de las dos entidades , esto se debe a que la mayor parte del personal refirió desconocer la organización del SIAS.

PUNTEOS OBTENIDOS SOBRE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS Y PSS SOBRE EL EQUIPO BASICO DEL SIAS EN EL AREA DE ALTA VERAPAZ

CUADRO No. 12

MSPAS													
ASPECTO	ESCALA DE PUNTUACION												
	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
EQUIPO BASICO DE SALUD	9	3	5	13	23	25	44	11	19	5	9	57	100
	10	25	45	25	45	2	4	0	0	3	5	55	100
	11	23	40	28	49	3	5	0	0	3	5	57	100
	12	3	5	25	44	15	26	13	23	1	2	57	100
PROMEDIO			24		40		20		11		5		100

CUADRO No. 13

PSS													
ASPECTO	ESCALA DE PUNTUACION												
	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
EQUIPO BASICO DE SALUD	9	2	7	10	36	7	25	9	32	0	0	28	100
	10	15	54	9	32	1	4	3	11	0	0	28	100
	11	21	75	5	18	1	4	1	4	0	0	28	100
	12	4	14	11	39	7	25	6	21	0	0	28	100
PROMEDIO			38		31		14		17		0		100

FUENTE:
Boleta de Recolección de Datos

**PUNTEOS OBTENIDOS SOBRE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS
Y PSS SOBRE EL EQUIPO BASICO DEL SIAS EN EL AREA DE ESCUINTLA**

CUADRO No. 14

MSPAS													
ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
EQUIPO BASICO DE SALUD	9	2	5	11	25	18	41	8	18	5	11	44	100
	10	26	59	15	34	1	2	1	2	1	2	44	100
	11	21	49	19	44	0	0	1	2	2	5	43	100
	12	1	2	8	18	16	36	19	43	0	0	44	100
PROMEDIO			29		30		20		16		5		100

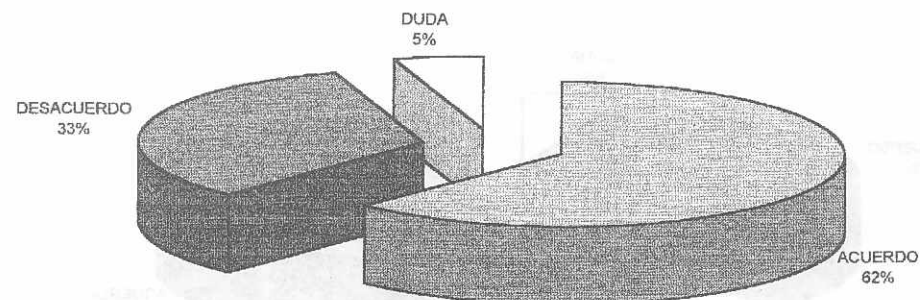
CUADRO No.15

PSS													
ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
EQUIPO BASICO DE SALUD	9	0	0	3	15	9	45	0	0	8	40	20	100
	10	10	48	10	48	0	0	0	0	1	5	21	100
	11	8	38	10	48	1	5	0	0	2	10	21	100
	12	1	5	4	19	11	52	4	19	1	5	21	100
PROMEDIO			23		32		26		5		15		100

FUENTE:
Boleta de Recolección de Datos

GRAFICA No. 5

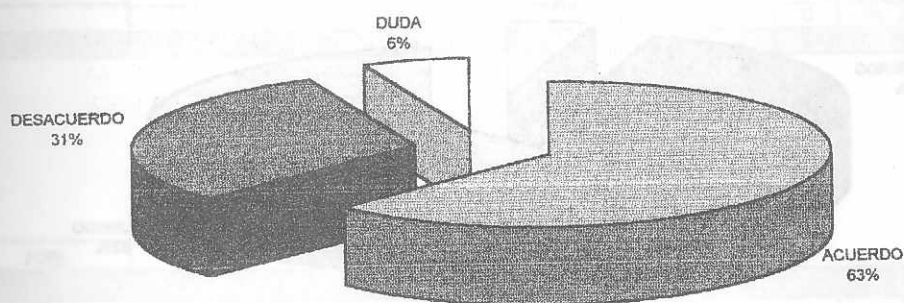
ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS FRENTE AL EQUIPO BASICO DEL
SIAS, AREA DE ALTA VERAPAZ Y ESCUINTLA



FUENTE: CUADRO No. 12 Y

GRAFICA No. 6

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DE LAS PSS FRENTE AL EQUIPO BASICO DEL SIAS, AREA DE ALTA VERAPAZ Y ESCUINTLA



FUENTE: CUADRO No. 13 Y 15

El estudio evidenció que la actitud del personal de salud del MSPAS y de las PSS para el Equipo Básico que el SIAS plantea para su implementación es poco aceptado en las dos áreas de salud, con un 62% y 63% de acuerdo, y un 33% y 31% de desacuerdo, lo cual podría atribuirse a que a pesar de que se ha trabajado con personal voluntario en las comunidades como promotores de salud y comdronas, la mayor atención en salud ha sido brindada por personal institucional.

**PUNTEOS OBTENIDOS SOBRE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS
Y PSS SOBRE LAS INTERVENCIONES EN LOS SERVICIOS BASICOS
DEL SIAS EN EL AREA DE ALTA VERAPAZ**

CUADRO No. 16

MSPAS													
ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SERVICIOS BASICOS DE SALUD	13	29	51	28	49	0	0	0	0	0	0	57	100
	14	4	7	28	49	16	28	7	12	2	4	57	100
	15	5	9	30	53	10	18	9	16	3	5	57	100
	16	25	45	26	46	3	5	0	0	2	4	56	100
PROMEDIO			28		49		13		7		3		100

CUADRO No. 17

PSS													
ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SERVICIOS BASICOS DE SALUD	13	25	89	2	7	0	0	1	4	0	0	28	100
	14	6	22	15	56	2	7	4	15	0	0	27	100
	15	13	46	4	14	5	18	5	18	1	4	28	100
	16	15	56	10	37	1	4	0	0	1	4	27	100
PROMEDIO			53		29		7		9		2		100

FUENTE:
Boleta de Recolección de Datos

**PUNTEOS OBTENIDOS SOBRE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS
Y PSS SOBRE LAS INTERVENCIONES EN LOS SERVICIOS BASICOS
DEL SIAS EN EL AREA DE ESCUINTLA**

CUADRO No.18

MSPAS													
ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SERVICIOS BASICOS DE SALUD	13	34	77	9	20	1	2	0	0	0	0	44	100
	14	4	9	20	45	8	18	9	20	3	7	44	100
	15	6	14	18	41	11	25	8	18	1	2	44	100
	16	27	61	16	36	0	0	0	0	1	2	44	100
PROMEDIO			40		36		11		10		3		100

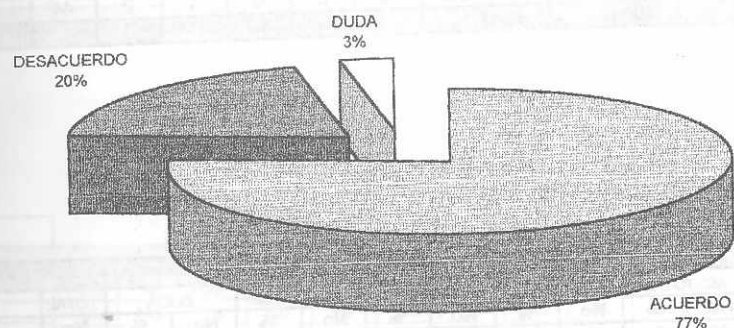
CUADRO No. 19

PSS													
ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SERVICIOS BASICOS DE SALUD	13	16	76	5	24	0	0	0	0	0	0	21	100
	14	3	14	11	52	4	19	3	14	0	0	21	100
	15	4	19	10	48	4	19	1	5	2	10	21	100
	16	9	43	9	43	0	0	0	0	3	14	21	100
PROMEDIO			38		42		10		5		6		100

FUENTE:
Boleta de Recolección de Datos

GRAFICA No. 7

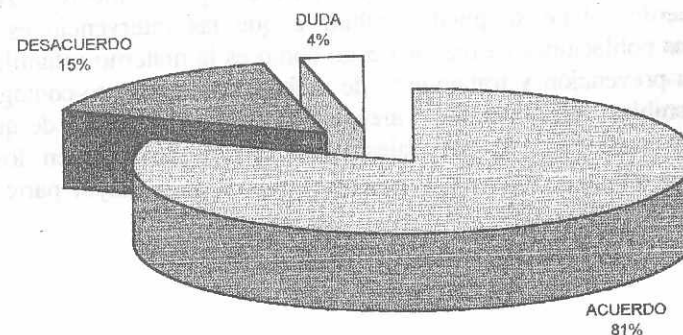
ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS FRENTE A LAS INTERVENCIONES EN LOS SERVICIOS BASICOS DEL SIAS, AREA DE ALTA VERAPAZ Y ESCUINTLA



FUENTE: CUADRO No. 16 Y 18

GRAFICA No. 8

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DE LAS PSS FRENTE A LAS INTERVENCIONES EN LOS SERVICIOS BASICOS DEL SIAS, AREA DE ALTA VERAPAZ Y ESCUINTLA



FUENTE: CUADRO No. 17 Y 19

Las intervenciones en los Servicios Básicos es uno de los aspectos que mayor aceptación evidenció el estudio, por parte del personal del MSPAS y PSS en las dos áreas de salud con un 77% y 81% respectivamente, y 20% y 15% desacuerdo. Esto se puede atribuir a que las intervenciones están dirigidas a las poblaciones de mayor riesgo como es la materno-infantil, como también a la prevención y tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas, inmunoprevenibles, nutricionales y atención al medio. A pesar de que las características demográficas, culturales, sociales son distintas en los dos departamentos, los problemas de salud son similares en la mayor parte de la población. (11)

PUNTEOS OBTENIDOS SOBRE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS Y PSS SOBRE LA PARTICIPACIÓN CONJUNTA DE ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES EN EL SIAS, EN EL ÁREA DE ALTA VERAPAZ

CUADRO No. 20

MSPAS		ESCALA DE PUNTUACIÓN											
ASPECTO	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES Y PROMOTOR	17	19	34	30	54	3	5	1	2	3	5	56	100
	18	6	11	17	30	14	25	8	14	11	20	56	100
	19	7	13	20	36	16	29	5	9	8	14	56	100
	20	27	50	22	41	1	2	1	2	3	6	54	100
OMEDIO			27		40		15		7		11		100

CUADRO No. 21

PSS		ESCALA DE PUNTUACIÓN											
ASPECTO	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES Y PROMOTOR	17	17	65	9	35	0	0	0	0	0	0	26	100
	18	4	14	8	29	8	29	8	29	0	0	28	100
	19	12	43	7	25	6	21	3	11	0	0	28	100
	20	19	73	6	23	1	4	0	0	0	0	26	100
OMEDIO			49		28		13		10		0		100

FUENTE:
Boleta de Recolección de Datos

**PUNTEOS OBTENIDOS SOBRE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS
Y PSS SOBRE LA PARTICIPACION CONJUNTA DE ORGANIZACIONES
GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES EN EL SIAS,
EN EL AREA DE ESCUINTLA**

CUADRO No. 22

MSPAS													
ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES Y ONG	17	30	68	11	25	2	5	1	2	0	0	44	100
	18	7	16	23	53	7	16	4	9	2	5	43	100
	19	4	9	20	45	13	30	6	14	1	2	44	100
	20	24	55	17	39	2	5	0	0	1	2	44	100
PROMEDIO			37		41		14		6		2		100

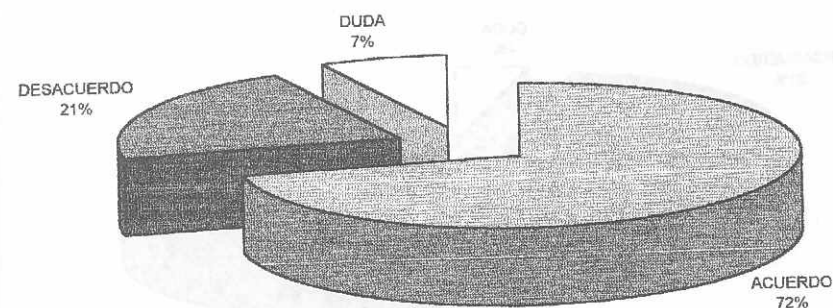
CUADRO No. 23

PSS													
ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG.	AC. TOTAL		ACUERDO		DESACUERDO		DES. TOTAL		DUDA		TOTAL	TOTAL
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES Y ONG	17	11	52	9	43	0	0	0	0	1	5	21	100
	18	3	14	8	38	5	24	3	14	2	10	21	100
	19	2	10	11	52	3	14	2	10	3	14	21	100
	20	13	62	5	24	1	5	0	0	2	10	21	100
PROMEDIO			35		39		11		6		10		100

FUENTE:
Boleta de Recolección de Datos

GRAFICA No. 9

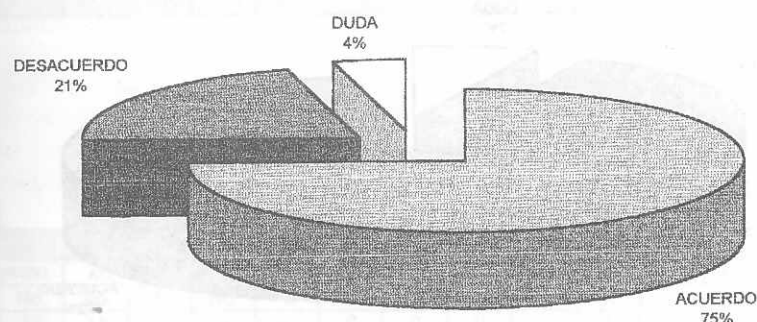
**ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS FRENTE A LA
PARTICIPACION CONJUNTA DE ONG Y GUBERNAMENTALES EN
EL SIAS, AREA DE ALTA VERAPAZ Y ESCUINTLA**



FUENTE: CUADRO No. 20

GRAFICA No. 10

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DE LAS PSS FRENTE A LA PARTICIPACION CONJUNTA DE ONG Y GUBERNAMENTALES EN EL SIAS, AREA DE ALTA VERAPAZ Y ESCUINTLA



FUENTE: CUADRO No. 21 Y 23

El estudio evidenció que la participación conjunta de Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales, tiene una gran aceptación por parte del personal del MSPAS con 72% y el personal de las PSS 75%, en las dos áreas de salud, lo cual puede atribuirse a la buena comunicación y coordinación que existe en las dos instituciones especialmente a nivel administrativo de las PSS y de las Jefatura de Area, como también a la unión de esfuerzos para el logro de los mismos objetivos en beneficio de la salud de la población. Aunque existe un porcentaje de igual desacuerdo en las áreas de salud por parte de las dos entidades de 21%, lo cual puede atribuirse a que existe celo institucional.

VIII. CONCLUSIONES

- 1.- EL personal de salud de las PSS y MSPAS presenta una actitud positiva para el SIAS en las dos áreas de salud.
- 2.- La mayor aceptación del personal de salud del MSPAS y del PSS es para la intervenciones en los servicios básicos en las dos áreas de salud.-
- 3.- Estrategia es el aspecto que tiene menos aceptación especialmente por personal de MSPAS.
- 4.- El personal de salud de MSPAS y PSS refieren mayor duda con la organización que presenta el SIAS.
- 5.- EL Equipo Básico de Salud que el SIAS designa para su implementación es el aspecto con menor aceptación ,mayor rechazo y duda por parte del personal de salud del MSPAS y PSS en las dos áreas y en las dos partes especialmente en el área de Escuintla.
- 6.- La participación conjunta de Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales es más aceptada en el área de Escuintla por parte de MSPAS y PSS que en el área de Alta Verapaz, en donde muestra menor aceptación y más dudas por parte del personal del MSPAS.

IX. RECOMENDACIONES

- 1.- Tomando en cuenta la actitud positiva del personal de salud del MSPAS frente al SIAS , proporcionar los recursos y administración adecuados para lograr las metas del SIAS, como también motivar los aspectos con menor aceptación.
- 2.- Que las personas encargadas de la implementación del SIAS en el área de Alta Verapaz y Escuintla implementen de mejor forma la estrategia para poder lograr mayor aceptación de parte del MSPAS.
- 3.- Realizar reuniones a nivel local para aumentar el conocimiento sobre la organización que plantea el SIAS, y capacitar de mejor forma al personal de salud para la operacionalización de este aspecto.
- 4.- Evaluar periódicamente la actitud del personal, dado que ésta puede cambiar, a medida que el proceso de implementación avanza.

X. RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó en las áreas de salud de Alta Verapaz y Escuintla durante los meses de mayo a junio de 1998, en cuatro y tres distritos, catorce y nueve puestos de salud respectivamente, dos prestadores de servicios de salud en Alta Verapaz y tres clínicas del IGSS; tomando en cuentas al personal de la jefatura de área y Dirección Regional del IGSS con el objetivo general de comparar la actitud del personal de salud del Ministerio de Salud Pública y el personal no gubernamental (PSS), frente al Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) en el primer nivel de atención en salud en los siguientes aspectos: Estrategia, Organización, Equipo Básico de Salud, Intervenciones en los Servicios Básicos y Participación Conjunta de Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales.

Los resultados evidencian una actitud de aceptación, en forma general para el SIAS por parte de las dos entidades y en las dos áreas de salud sin diferencia estadística; aunque por aspectos, las Intervenciones en los Servicios Básicos y Participación de ONG evidencian mayor aceptación que la Estrategia, Organización y Equipo Básico de Salud.

Se recomienda brindar mayor información a las capacitaciones periódicas que se realizan en el SIAS como motivar al personal de Salud para que su actitud frente a los aspectos menos aceptados pueda mejorar.

XI. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aquino Vásquez, Ana Patricia; INDICADORES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD 1993. Tesis de la Facultad de Medicina, USAC,
- 2.- Barillas, Edgar; ELEMENTOS PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD, Guatemala, 1995, págs 1,23,35,36.
- 3.- Barillas, Edgar, Finkelman Jacobo, Rivera Soto, Victoria Diego, EL PROCESO DE LA TRANSFORMACION DE LA SALUD EN GUATEMALA, 1996, págs.64,65,68,71,72,73.
- 4.- Colección; Guatemala hoy, ASI VIVIMOS , LAS CONDICIONES DE VIDA EN GUATEMALA, Editorial Nuestra América S.A. Guatemala, 1995, págs.23,24,25,31.
- 5.- Cutzan Cael; Froilan, ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD; Tesis de Facultad Medicina, 1997.
- 6.- Denispf Poliz; INVESTIGACION CIENTIFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD, Edición, 1991, Mexico.3^a
- 7.- Egg Ezequiel; Ander, TECNICA DE INVESTIGACION SOCIAL, 4^a edición, 1995, Mexico, pages 259,260.
- 8.- Facultad de Ciencias Médicas; USAC, Epidemiología y Salud Pública, POLITICAS DE SALUD 1996-2000. Documento.
- 9.- Guatemala publicaciones científicas y técnicas de la oficina panamericana de la salud, ESTUDIO BASICO DEL SECTOR SALUD, Guatemala 1995.
- 10.- García Languardía, Jorge Mario; Procurador de los derechos humanos, ACUERDOS SOBRE ASPECTOS SOCIOECONOMICOS Y SITUACION AGRARIA, Guatemala, 1996.

- 11.- MSPAS, Guatemala, ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD POR REGIONES, 1992. Págs. 17-37, 69-75.
- 12.- Ministerio de Salud Pública y asistencia Social, SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD -SIAS-, Enero 1997,
- 13.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, LINEAMIENTOS POLITICOS Y PROGRAMATICOS DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD, Guatemala, 1997.
- 14.- MSPAS Dirección General de Servicios de Salud, RED DE ESTABLECIMIENTOS DEL MSPAS, DGSS, unidad de informática, 1995.
- 15.- OPS Gu-0023 PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD, Guatemala 1994.
- 16.- OPS,OMS; LAS CONDICIONES DE SALUD EN LAS AMERICAS. Volumen II, edición 1990, Washinton D.C. E.U.A..
- 17.- OPS,OMS; REFORMA SECTORIAL PARA UN CAMBIO INTEGRAL DE LA SALUD, Guatemala, 1995.
- 18.- OPS; INFORME DEL PRIMER SEMINARIO PARA UN CAMBIO INTEGRAL DE LA SALUD, Guatemala, 1995.
- 19.- OPS,OMS; CONDICIONES DE SALUD EN GUATEMALA. Guatemala, mayo, 1994.
- 20.- OPS,OMS; SITUACION DE LA SALUD EN LAS AMERICAS, INDICADORES BASICOS, 1997.

XII. ANEXO

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE AL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD SIAS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Departamento: _____ Municipio _____
 Servicio de salud: Centro _____ Puesto _____ PSS _____ JA _____
 Profesión: Médico _____ Paramédico _____ TSR _____ Administrativo _____

- 1.- Los servicios de salud que incluyen visitas domiciliarias periódicas a las familias en las comunidades, permiten que se aumenten las coberturas de los servicios de salud.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 2.- Los pacientes contrareferidos deben asistir a los servicios de salud del primer nivel para el seguimiento de su problema de salud.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 3.- Las reuniones constantes para capacitar al personal de salud son importantes y necesarias para que haya uniformidad en el conocimiento, y desarrollo de habilidades y destrezas.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 4.- Las personas de la comunidad carecen de aptitudes y conocimientos adecuados para brindar servicios de salud.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 5.- La prestación de los servicios de salud organizada por niveles, facilita la interacción entre los componentes.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 6.- En la organización del SIAS, la responsabilidad que se delega al guardián de salud, es de difícil cumplimiento.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 7.- El esquema que presenta la organización del SIAS, para el primer nivel de atención, permitirá una eficiente administración de los recursos.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 8.- Existe planificación, programación y evaluación en el primer nivel de atención en salud, pero la participación de los miembros de la comunidad es mínima.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 9.- Al personal voluntario del equipo básico de salud, se les solicitan varias horas de trabajo para el SIAS.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 10.- Los servicios de salud son brindados de mejor forma a la comunidad por medio de la coordinación del personal institucional y personal comunitario.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 11.- El guardián de salud está a cargo de un sector, al cual realizará visitas domiciliarias lo que garantiza mantener vigilancia epidemiológica permanente e informar casos de enfermedades transmisibles.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 12.- Dentro de los recursos, los medicamentos deben ser manejados y administrados únicamente por personal institucional.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 13.- La población materno-infantil es la de mayor riesgo por lo que es muy importante que se realicen actividades de control prenatal, atención del parto y puerperio, planificación familiar, para disminuir la morbi-mortalidad materna.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 14.- Las emergencias y morbilidad de las personas en la comunidad deben ser atendidas únicamente por personal institucional.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 15.- Las campañas de vacunación se realizan a nivel nacional habiendo en cada comunidad varios puestos de vacunación, por lo que estas actividades son suficientes para lograr coberturas totales.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 16.- El identificar a las poblaciones de difícil acceso y a los grupos de alto riesgo, permite brindar los servicios de salud con una mejor distribución y calidad a los mas necesitados.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 17.- Las coberturas logradas por los servicios de salud no cubren el 100% de la población por lo que la ayuda de organizaciones que ya trabajan en la comunidad es importante para la ampliación en las coberturas.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 18.- La prestación de servicios de salud por Organizaciones no Gubernamentales provoca rivalidad con los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 19.- El realizar contratos con las Organizaciones no Gubernamentales es inapropiado para garantizar la prestación de servicios de salud permanentes en la comunidad.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	

- 20.- La prestación de servicios de salud, brindada conjuntamente con personal del Ministerio de Salud Pública y Organizaciones no Gubernamentales, permite una mayor cobertura para toda la población.

Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Desacuerdo	Duda
Total			Total	