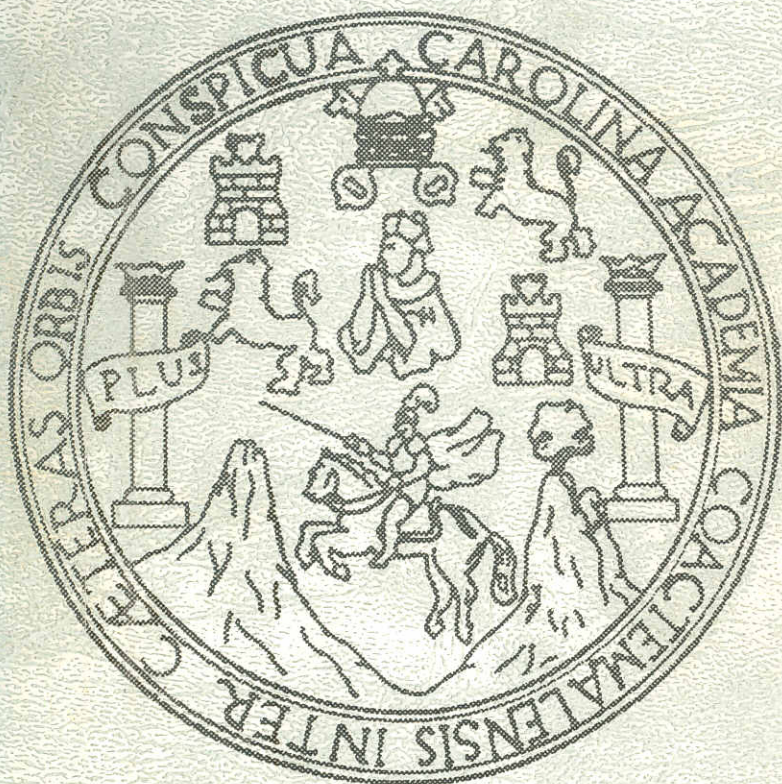


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

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



ERICK MAURICIO ESTRADA BARRIENTOS

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

CAPITULO	PAGINA
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	3
III. JUSTIFICACION.....	6
IV. OBJETIVOS.....	8
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	9
VI. MATERIAL Y METODOS.....	20
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	27
VIII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS...	41
IX. CONCLUSIONES.....	46
X. RECOMENDACIONES.....	47
XI. RESUMEN.....	48
XII. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	49
XIII. ANEXO.....	51

I. INTRODUCCION

Guatemala es un país en desarrollo, que a través de su historia ha sufrido muchos cambios con relación a los servicios de salud, los factores políticos, ideológicos, y económicos, han influido de manera que es importante conocer la actitud del personal de salud que opera estas acciones.

El Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-, fue implementado en Guatemala desde 1995, definiéndose como la organización y administración de los recursos por niveles, para extender las coberturas y mejorar la calidad de atención con criterios de equidad, solidaridad y uniformidad en forma sostenible y eficaz. En 1998 es implementado en el Area de Salud de Chimaltenango en los distritos de la región norte.

En el presente estudio se evaluó la actitud del personal en salud frente a este Sistema en el primer nivel de atención, tomando en cuenta los siguientes aspectos: Estrategia, Organización, Servicios Básicos, Intervención en los Servicios Básicos y participación de las Organizaciones no Gubernamentales -ONG's-.

Se tomo un total de 61 personas del MSPAS que laboran en la región norte: Chimaltenango, Tecpan, San Martín Jilotepeque, San Juan Comalapa, San José Poaquil obteniéndose como resultado la aceptación del SIAS; aunque al desglosar los aspectos se obtuvo mayor aceptación para las Intervenciones en los Servicios Básicos y para la participación conjunta de Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales; a la

vez se evidenció menor aceptación para la Estrategia y Organización y mayor duda para el Equipo Básico.

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 DEL PROBLEMA

En Guatemala la mayoría de las causas de morbi-mortalidad son susceptibles de prevención y control mediante acciones de atención básica en salud. Estas acciones pueden ser realizadas conjuntamente por personal comunitario e institucional.

El Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- es incorporado al área de salud de Chimaltenango para dar cumplimiento a la política de salud 1996-2000 y al Acuerdo de Paz sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria, respecto al aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de atención en salud, con énfasis en la prevención y control de problemas prioritarios en poblaciones sin cobertura o con cobertura parcial.

Las condiciones de salud de la población de Chimaltenango son en realidad precarias debido a que el nivel sociocultural y económico lo hacen ser de esta manera, la población en su mayoría es indígena (80%), el 58% esta asentada en el área rural, tiene alto índice de analfabetismo (36%), 75% viven en extrema pobreza, y el 31% no tienen acceso a servicios de salud. (14)

El área de salud de Chimaltenango esta conformada por 12 distritos: Al Norte: Chimaltenango (11 comunidades), Tecpan (14 comunidades), San Martín Jilotepeque (12 comunidades), San Juan Comalapa (7 comunidades), José Poaquil (8 comunidades), Al Sur: Patzún (11 comunidades), Patzicía (4 comunidades), Acatenango (5 comunidades), San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa (7 comunidades), San Andrés Itzapa (5

comunidades), Zaragoza (8 comunidades), los cuales todos han recibido capacitación sobre el SIAS; aunque de hecho se ha implementado en su totalidad solo en los distritos del norte. (14)

Los servicios básicos de salud han sido planificados para cubrir ese sector de población en forma gradual, esperando cubrir para el año 2000 el 100% de esa población. (9,13)

Los servicios básicos de salud incluyen:

- Atención Integral a la mujer
- Atención Infantil y preescolar
- Atención a la demanda por urgencias y morbilidad
- Atención al ambiente

Para esto se llevan a cabo acciones de educación en salud, oferta de medicamentos esenciales y acercamiento con la medicina tradicional; considerando el enfoque de riesgo y enfoque de género, así como los aspectos Psicosociales en la promoción de la salud, en el marco del desarrollo integral. Los servicios básicos de salud son provistos por las familias y personas de la comunidad seleccionadas para trabajar en el primer nivel de atención, como:

- Miembros de la organización comunitaria que conduce los servicios básicos de salud.
- Vigilante de salud
- Comadrona tradicional

• Facilitador comunitario

Estas personas deben llenar los siguientes requisitos:

- Tener características de líder
- Ser mayor de 18 años
- Ser hombre o mujer
- Vivir en la comunidad
- Saber leer y escribir
- Ser propuesto por los vecinos de la comunidad
- Disponer de tiempo y estar dispuesto a realizar un trabajo voluntario
- Hablar el idioma local y español
- No estar comprometido con otras instituciones como voluntario

También por parte del MSPAS participa:

- Facilitador comunitario
- Médico Ambulatorio. (15)

Es de suma importancia para que se cumplan los objetivos planteados por el Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-, evaluar la actitud del personal inmerso en la implementación de este Sistema, ya que, de una actitud positiva o negativa dependerá su éxito.

III. JUSTIFICACION

El perfil epidemiológico en Guatemala se caracteriza por una alta mortalidad infantil y una elevada prevalencia de enfermedades infecciosas. De cada mil niños que nacen, cincuenta y siete mueren antes de cumplir un año de edad, y de ellos veintinueve antes de los veintiocho días de vida. (8) Sin embargo, estas estadísticas varían dependiendo de la zona geográfica, ya que mientras en las zonas residenciales de la ciudad capital mueren menos de diez niños al año por cada mil nacidos vivos, en algunas zonas rurales pobres de la República mueren más de ciento veinte niños por cada mil nacidos vivos. La mortalidad infantil en la población indígena es superior a la que se presenta en la población no indígena. De igual manera los problemas de morbilidad durante el embarazo y parto, complicaciones del recién nacido, desnutrición, diarreas, enfermedades inmunoprevenibles, enfermedades transmitidas por vectores, tuberculosis, etc., son más frecuentes en áreas rurales y población indígena. (8,13)

El Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-, fue implementado en Guatemala desde 1995, definiéndose como la organización y administración de los recursos por niveles, para extender las coberturas y mejorar la calidad de atención con criterios de equidad, solidaridad y uniformidad en forma sostenible y eficaz. (11) El mismo se implementó en el área de Chimaltenango en 1998, bajo la conducción del Jefe de Área de Salud Dr. Ruben González, en los distritos de la región norte de

Chimaltenango: Chimaltenango (11 comunidades), Tecpan (14 comunidades), San Martín Jilotepeque (12 comunidades), San Juan Comalapa (7 comunidades), José Poaquil (8 comunidades). (14)

Siendo el Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- una propuesta de abordaje a la grave situación de salud del país, a la política de salud y a los Acuerdos de Paz; el recurso humano y su actitud frente al Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- son de vital importancia para la consolidación, realización y éxito de dicho sistema, por lo que es necesario evaluar la actitud del personal de salud del Ministerio de Salud Pública como motor del mismo, frente al Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-.

En el presente estudio se evaluó la actitud del personal en salud frente a este Sistema en el primer nivel de atención, tomando en cuenta los siguientes aspectos: estrategia, organización, servicios básicos, intervención en los servicios básicos y participación de las organizaciones no gubernamentales -ONG's-.

IV. OBJETIVOS

A) GENERAL

Evaluar la actitud del personal de salud frente al Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- en el primer nivel de atención en el área de Salud de Chimaltenango.

B) ESPECIFICOS

1. Determinar la actitud del personal de salud con respecto a la estrategia que plantea el Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- en el primer nivel de atención.
2. Determinar la actitud del personal de salud ante la organización que se plantea en el Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-, en el primer nivel de atención en salud.
3. Evaluar la actitud del personal de salud con respecto al equipo básico de salud, que el Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- designa para la implementación y ejecución de este Sistema.
4. Evaluar la actitud del personal de salud, frente a las intervenciones propuestas por el Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- para los servicios básicos.
5. Determinar la actitud del personal de salud con respecto a la participación de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que se establecen en el Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A) SITUACION DE SALUD EN GUATEMALA

El perfil epidemiológico de Guatemala se caracteriza por alta tasa de mortalidad infantil y elevada prevalencia de enfermedades infecciosas. Durante el trienio 1990-92 las dos primeras causas de defunción fueron las infecciones intestinales y la bronconeumonía. (3) La mortalidad proporcional por estas dos causas se situaba en 17.7% en 1992. La desnutrición, que figura como la tercera causa más importante de mortalidad general (mas de 5%), seguramente esta asociada a las dos primeras causas y a la mortalidad por otras enfermedades transmisibles.

En Guatemala de cada 1000 niños que nacen, 54 mueren antes de cumplir un año de edad, y de ellos 14.2 antes de los 28 días de nacidos. En zonas residenciales de la ciudad capital mueren menos de 10 niños al año por cada 1000 nacidos, mientras que en zonas pobres rurales de la república mueren más 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)

La mortalidad del país sigue centrada en patologías derivadas de las precarias condiciones de vida de la población. Dos de cada 5 niños en edad preescolar están desnutridos, siendo esta situación más severa en el área nor-occidental del país.

La mortalidad materna es de 248 por 100,000 nacidos vivos. Entre las mujeres indígenas la mortalidad es 50% superior respecto al total de defunciones maternas.

Epidemias como la de sarampión de 1989-1992, periodo en el que ocurrieron 11,534 casos que provocaron 5,086 defunciones, o la epidemia del cólera que se inicio en Guatemala en 1991, la cual hasta Diciembre de 1994 se reportaban en el país 67,125 casos acumulados, con un número de defunciones que ascendía a 739; dejan en evidencia las precarias condiciones de los servicios básicos en las áreas más postergadas del país y el elevado riesgo de morir de los grupos poblacionales más pobres. (3,14)

1. Situación de Salud en el Area de Salud de Chimaltenango.

Para 1998 las primeras causas de morbilidad en el área de Chimaltenango fueron enfermedades infectocontagiosas, propias de un país en vías de desarrollo, otras causas de morbilidad las constituyen desnutrición, y anemia, característicos de un país con bajo nivel socioeconómico. Vale la pena mencionar que en Noviembre y Diciembre respectivamente fueron detectados 2 brotes de cólera en el distrito de Pochuta. En cuanto a vacunación, aun cuando en niños menores de 1 año se logro cubrir mas del 100% de lo programado en Polio y DPT hasta terceras dosis; no así en BCG, Antisarampión y Toxoide Tetánico en embarazadas, en las que solo se logro alcanzar el 80%, 83% y 31% respectivamente, siendo esta ultima bastante baja ya que la población estimada de este grupo era de 2500 tomándose como índice de cobertura la segunda dosis; lo cual esta dado por la irregularidad en la asistencia a control

prenatal durante el embarazo. Las causas de mortalidad están encabezadas por Neumonía (26.71%), Desnutrición (10.23%) y Diarreas (5.11%). (14)

Las prioridades encontradas fueron: Falta de drenajes, inadecuado abastecimiento de agua, vías de acceso inadecuadas, inadecuada disposición de basura, falta de adiestramiento de comadronas, deterioro de los puestos de salud, Falta de áreas de recreación, necesidad de incrementar las coberturas de atención y vacunación materno-infantil. (14)

B) SERVICIOS DE SALUD EN GUATEMALA

El sector salud en Guatemala está conformado por instituciones del sector público y privado, organizaciones no gubernamentales y un sub-sector de medicina comunitaria tradicional, sobreviviente de la cultura Maya. (3,5,9) En 1990 la cobertura total de los servicios de salud (54% de la población total) era la mas baja de América Latina. Se estima que el Ministerio de Salud Pública cubría hasta 1996 al 25% de la población, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) al 15% y el sector privado al 14%. (3,17)

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.

(13)

1. Organización del Sector Salud

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

Región I Metropolitana: Formada por el departamento de Guatemala con un área de 2,126 Km. cuadrados y una densidad poblacional de 841 habitantes por Km. cuadrado, siendo la más alta de todo el país.

Región II Norte: Formada por los departamentos de Alta y Baja Verapaz, con un área de 11,81Kmm. cuadrados, densidad poblacional de 55 habitantes por Km. cuadrado.

Región III Nor-oriental: Formada por los departamentos de Izabal, Zacapa, El Progreso y Chiquimula, Extensión territorial de 16,026 Km. cuadrados, densidad poblacional 51 habitantes por Km. cuadrado.

Región IV Sur-oriental: Formada por los departamentos de Jutiapa, Jalapa y Santa Rosa, extensión territorial de 8,237 Km. cuadrados, densidad poblacional de 102 habitantes por Km. cuadrado.

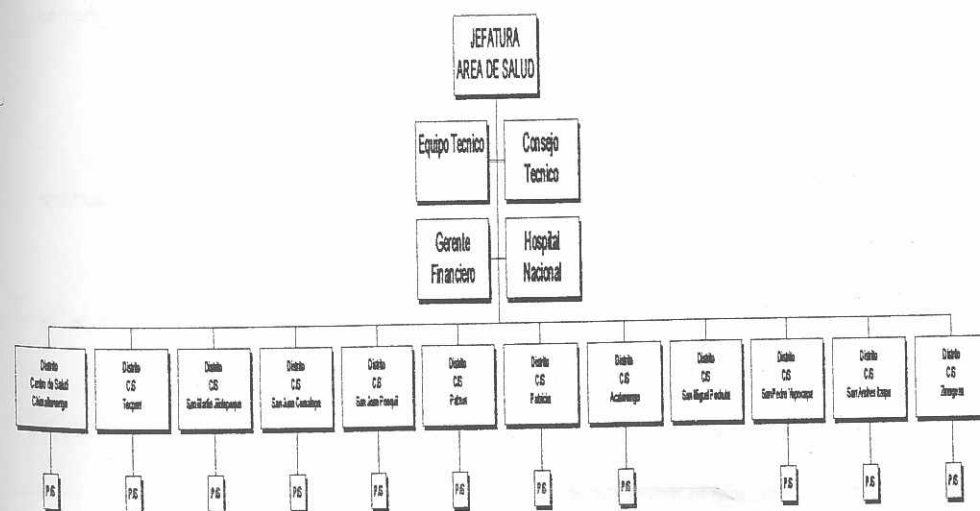
Región V Central: Formada por los departamentos de Sacatepéquez, Chimaltenango y Escuintla, con un área de 6828 Km. cuadrados, densidad poblacional 136 habitantes por Km. cuadrado.

Región VI Sur-occidental: Formada por los departamentos de San Marcos, Quezaltenango, Totonicapán, Sololá, Suchitepéquez y Retalhuleu, extensión territorial de 12,237 Km. cuadrados, densidad poblacional de 186 habitantes por Km. cuadrado.

Región VII Nor-occidental: Formada por los departamentos de Huehuetenango y Quiché, extensión territorial de 15,788 Km. cuadrados, densidad poblacional de 73 habitantes por Km. cuadrado.

Región VIII Petén: Formada únicamente por el departamento del Petén, extensión territorial de 35,854 Km. cuadrados, densidad poblacional de 5 habitantes por Km. cuadrado. (3,5,9)

2. Organización del Sector Salud en el Área de Chimaltenango



C) PLAN DE ACCION DE DESARROLLO SOCIAL 1996-2000

El plan de acción de desarrollo social (PLADES), reexamina los objetivos y metas planteadas en los planes de desarrollo social anteriores e incorpora los compromisos suscritos en las recientes cumbres presidenciales centroamericanas, particularmente la Alianza para el Desarrollo Sostenible de Centroamérica y el Tratado de Integración Social.

Dentro de los objetivos de salud allí planteados figuran:

1. Ampliar la cobertura de servicios básicos de salud, especialmente en áreas rurales y urbanas marginales y en beneficio de los grupos más vulnerables de la población.
2. Reorientar la acción del sector salud hacia la salud preventiva y promocional, hacia la asistencia primaria de salud y hacia los programas de educación familiar.
3. Mejorar la calidad y sostenibilidad financiera de los servicios.

Dentro de las metas planteadas figuran algunas que representan un verdadero reto para el sector salud:

1. Readecuar la estructura del gasto en salud destinando el 65% a la atención preventiva y el 35% a la curativa.
2. Reducir la mortalidad infantil a 34 por mil nacidos vivos.
3. Reducir la mortalidad materna a 10 por Diez mil nacidos vivos.

4. Aumentar a 80% la cobertura de inmunización de BCG, Polio, DPT y Sarampión en menores de 5 años.
5. Eliminar el Sarampión en un 100%. (3)

D) SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS)

1.- Definición.

El SIAS se define como la organización y administración de los recursos por niveles, para extender las coberturas y mejorar la calidad de atención con criterios de equidad, solidaridad y uniformidad en forma sostenible y eficaz.(12) El objetivo general del Sistema Integral de Atención en Salud -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, focalizandolos en las poblaciones que no tienen accesibilidad, b) Incrementar la capacidad resolutoria y mejorar la calidad de atención de los Servicios de salud, c) Aumentar el nivel del gasto publico 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. (9,12)

2. - Meta

Establecer antes del año 2000, servicios básicos de salud para el 100% de la población de comunidades seleccionadas (dispersas y alejadas) que carecen de atención, mediante la participación multisectorial y comunitaria, con el fin de contribuir a la disminución de la mortalidad materno-infantil en un 50% tomando como base la tasa registrada en 1995. (10)

3. - Servicios Básicos de Salud (SBS)

Es el conjunto de componentes atención, promoción y educación en salud, que se interrelacionan entre sí para resolver la morbi-mortalidad más severa de la población que no ha tenido acceso a servicios de salud.

De acuerdo con las políticas de salud 1996-2000, la atención en el primer nivel se caracteriza por:

1. Promover el acercamiento de los servicios de salud a las comunidades dispersas y aisladas.
2. Establecer un conjunto básico de servicios de salud.
3. Utilizar eficientemente la capacidad instalada del sector salud.
4. Promover la participación de la comunidad en la planificación, organización, prestación de servicios y en la fiscalización de la gestión y la calidad de atención.
5. Definir las actividades orientadas a la resolución de la problemática de salud mas grave, al menor costo.

6. Promover el respeto a las costumbres, patrones culturales y étnicos de la población.
7. Garantizar la sostenibilidad administrativa y financiera.
8. Operacionalizar las prioridades y compromisos de las políticas de salud y de los acuerdos de paz.
9. Generar información que permita la identificación de poblaciones meta, la toma de acciones oportunas y la evaluación de los procesos y el impacto de los servicios prestados.
10. Permitir la participación de grupos no gubernamentales que actualmente prestan servicios de salud. (10,11)

4.- El SIAS en el Area de Salud de Chimaltenango

En el mes de Mayo de 1998 se implemento el Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- dando inicio a la prestación de servicios básicos de Salud para 96,666 habitantes que comprende un 24% de la población con un monto de Q 3,272,708.00, que corresponde a un 23.87% del presupuesto del área. Para la promoción de la salud el área ha tratado de establecer una estrategia permanente y multimedios que permitan unificar mensajes por todos los medios al alcance y principalmente los que más acepta y escucha la población. Reestructuración del área en aspectos organizacionales, procesos y recursos humanos, continuación del proceso de capacitación y actualización al personal operativo del área, intervenciones sociosanitarias integrales a nivel de distritos, supervisiones capacitantes a nivel de

distritos, revisión técnica y análisis por prioridades y reprogramación financiera, y horizontalización del programa de inmunizaciones en los distritos. (14)

E) ACTITUD

1.- Definición:

Es una reacción afectiva, positiva o negativa hacia un objeto, sujeto, proporción u otro que se puede dar en 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.

2.- Escala de Medición de Lickert:

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 favorables o no hacia un concepto. En la elaboración de una escala de actitud las diversas preguntas tienen como fin medir una sola actitud o variable unidimensional; es esta la función de la escala de Lickert.

Lickert ideó el "método Sigma de puntuación", la técnica donde establece que se pueden utilizar medidas directas e indirectas con el objeto considerado, sin importar la exactitud del juicio, lo que realmente importa es que exprese determinado punto de vista de lo que se va a estudiar.

La construcción de la escala de Lickert, comprende, primero la compilación de cierto número de declaraciones con respecto al asunto particular de que se trata. Estas declaraciones son presentadas a un grupo de sujetos, a quienes se les pide responder a ellas. 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 Total, Acuerdo, Indeciso, Desacuerdo y Desacuerdo Absoluto. Con la escala se busca generar una jerarquía de reactivos o puntos de indagación, el método de cuantificación de las puntuaciones acumulativas es bastante sencillo; a cada persona se concede una puntuación que equivale al número de reactivos con la que estuvo de acuerdo o discordó. 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. (5,6)

VI. MATERIAL Y METODOS

A) Metodología

1. TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo - Transversal.
2. SEDE DEL ESTUDIO: Area de salud de Chimaltenango.
3. SUJETOS DE ESTUDIO: El personal institucional de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, médicos, enfermeras graduadas, auxiliares de enfermería, técnicos en salud rural y administrativos.
4. MUESTRA: Para el presente estudio se tomó distritos de la región norte del área de salud de Chimaltenango. Dentro de cada distrito se tomó en cuenta los Centros de Salud y puestos de salud correspondientes.
5. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:
 - a. Criterio de Inclusión: En el estudio se incluyó todo el personal institucional del Ministerio de Salud Pública de la región norte del Area de Chimaltenango.
 - b. Servicios Básicos de Salud: Médicos, enfermeras graduadas, auxiliares de enfermería, técnicos en salud rural y administrativos.
 - c. Criterio de Exclusión: Se excluyó del estudio a los miembros del personal de salud que por alguna causa estaban suspendidos y al personal voluntario del área de Salud de Chimaltenango.

6. DEFINICION DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Actitud	Reacción afectiva positiva o negativa, hacia un objeto, sujeto o proporción u otro que se puede dar de forma verbal o de acción.	Entrevista dirigida con reactivos cerrados y preguntas con escala no impar. Esta se realizará a través de la escala tipo Lickert que incluye las siguientes características: aseveraciones que no influyen en la respuesta, manejo de escalas no impar, 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 cuáles 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	Nominal	Escala de Lickert

		de respuestas alternativas, de las cuales hay que escoger la que más se acerque a la respuesta verdadera.		
Personal de Salud	Es el equipo humano responsable de la ejecución de programas del ministerio de salud pública y asistencia social.	El equipo de salud institucional encargado de la implementación del Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-, en el área de Chimaltenango.	Númerica	Médicos, enfermeras graduadas, auxiliares de enfermería, técnicos en salud rural y administrativos.
Estrategia	Es el arte, tácticas, maniobras o habilidades utilizadas para dirigir un asunto u operación.	Actitudes hacia el conjunto de tácticas utilizadas por el Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-	Nominal	Escala de Lickert
Organización	Disposición de un orden para regir un cuerpo o institución.	Actitud hacia el esquema de cargos delegados a las personas con ciertas responsabilidades y funciones.	Nominal	Escala de Lickert
Equipo Básico de Salud	Personal institucional comunitario responsable de la implementación y ejecución del Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-.	Actitud hacia el personal comunitario que participa en el Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-	Nominal	Escala de Lickert

Intervenciones en los Servicios Básicos de Salud	Conjunto de servicios básicos y servicios ampliados de salud dirigidos a las personas y al medio.	Actitud hacia la prestación de servicios a los grupos de mayor riesgo.	Nominal	Escala de Lickert
Proveedores de los Servicios de Salud Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y ONGs	Provisión de servicios de salud por agentes públicos con origen públicos y ONGs de los recursos financieros.	Actitud hacia la participación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y ONGs	Nominal	Escala de Lickert

7. EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- Etapa Preparatoria: Se realizó la investigación en la región norte del área de salud de Chimaltenango, tomando en cuenta que en estos ya se ha implementado el SIAS. Se reunió al personal institucional de cada distrito en el centro de salud que le corresponde a partir de la segunda semana de Agosto.
- Etapa de Validación del instrumento (boleta de recolección de datos): El día 29 de Julio de 1999 se pasó la boleta de recolección de datos al personal institucional del centro de salud del distrito de San José Pinula (Cuatro Médicos, una Enfermera Graduada, Cuatro Auxiliares de

enfermería, una secretaria, un técnico en saneamiento ambiental), lugar donde ya se ha implementado el SIAS.

- c) Etapa de Evaluación: Los aspectos del Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- fueron evaluados por el estudiante de medicina Erick Mauricio Estrada, a través de una boleta de recolección de datos, de acuerdo a los parámetros de la escala de medición de actitud de Lickert, con las siguientes características: se usaran 20 aseveraciones que no influyen en la respuesta, con 5 alternativas, las cuales se presentan de la siguiente forma:

1)	Estrategia	preguntas	No. 1-4 de la boleta de recolección de datos
2)	Organización	preguntas	No 5-9 de la boleta
3)	Equipo B. S.	Preguntas	No 10-13 de la boleta
4)	Intervenciones en los Servicios Básicos	preguntas	No 14-17 de la boleta
5)	Participación conjunta De las Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales	preguntas	No 18-20 de la boleta

- d) Etapa de Tabulación y Conclusión de Resultados: Al finalizar se tabularon los datos obtenidos, para luego presentar las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

B. 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 Chimaltenango.

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.
- Biblioteca de la Dirección General de Servicios de Salud.
- Oficina de la "Reforma del Sector Salud", SIAS.
- Biblioteca de la Organización Panamericana de Salud.
- Jefatura de Area de Chimaltenango.

CUADRO No. 1

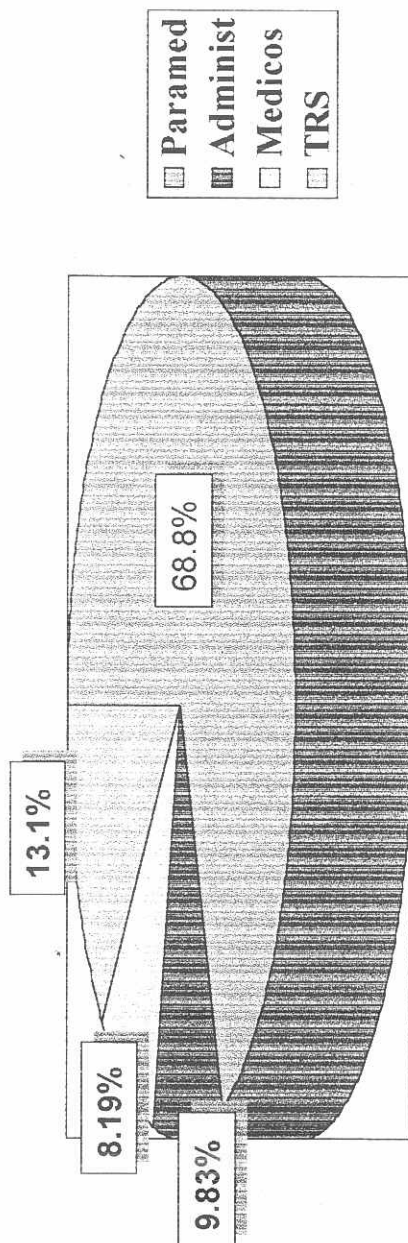
ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE AL SISTEMA INTEGRAL DE
ATENCION EN SALUD -SIAS-, AREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO,
MAYO A SEPTIEMBRE DE 1999

Distribución Del Personal De Salud Incluido En El Estudio Por Profesión

PROFESION	Fc	%
PARAMEDICOS	42	68.85
ADMINISTRATIVOS	6	9.83
MEDICOS	5	8.19
TRS	8	13.11
TOTAL	61	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

GRAFICA No. 1
DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD INCLUIDO EN
EL ESTUDIO POR PROFESION, AREA DE CHIMALTENANGO,
MAYO A SEPTIEMBRE DE 1999



Fuente: Cuadro
No. 1

CUADRO No 2

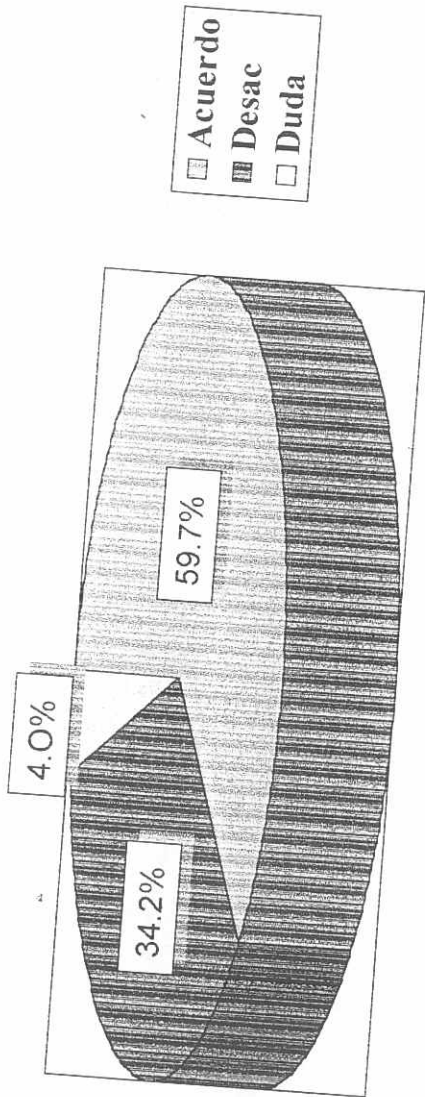
PUNTAJE DE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD
DEL MSPAS SOBRE LA ESTRATEGIA DEL SIAS EN EL AREA DE
CHIMALTENANGO, MAYO A SEPTIEMBRE DE 1999

ESCALA DE PUNTUACION												
ASPECTO	PREG	ACUERDO		ACUERDO		DESACUER		DESACUER		DUDA		TOT
	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	AL
ESTRATEGIA	1	7	11.4	32	52.4	17	27.8	2	3.2	3	4.9	61
	2	5	8.2	29	47.5	22	36.0	4	6.5	1	1.6	
	3	22	36.0	27	44.2	5	8.2	3	4.9	4	6.5	
	4	3	4.9	21	34.4	27	44.2	4	6.5	8	13.1	
PROMEDIO			15.1		44.6		29.0		5.2		4.0	100
Total Acuerdo: 59.7%						Total Desacuerdo: 34.2%				Total Duda: 4.0%		

- Preg. 1. Manejo de Recursos
2. Capacitación de Personal
3. Focalización y acceso de servicios básicos de salud
4. Incorporación de Equipo Básico

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS FRENTE A
LA ESTRATEGIA, AREA DE CHIMALTENANGO, MAYO A
SEPTIEMBRE DE 1999



☐ Acuerdo
☒ Desac
☐ Duda

Fuente: Cuadro No.2

CUADRO No 3

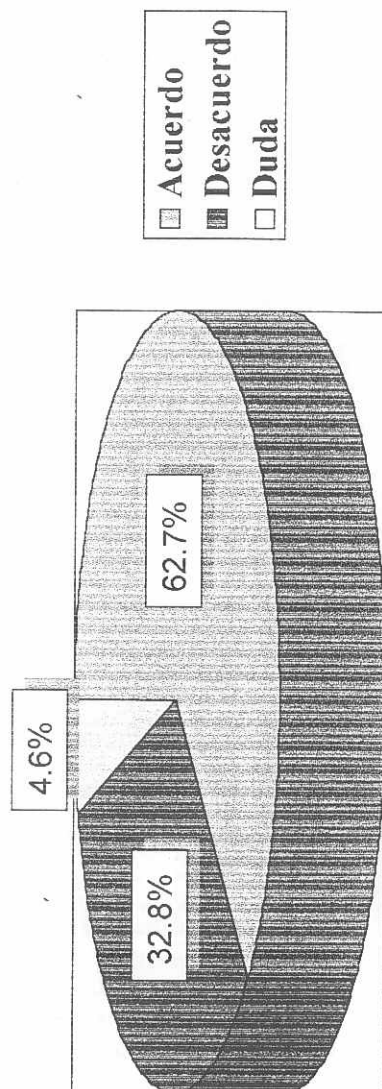
PUNTAJE SOBRE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD
DEL MSPAS SOBRE LA ORGANIZACION DEL SIAS EN EL AREA DE
CHIMALTENANGO, MAYO A SEPTIEMBRE DE 1999

ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG	ACUERDO		ACUERDO		DESACUER		DESACUER		DUDA		TOT	TOTAL
	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	AL	%
ORGANI- ZACION	1	26	42.6	27	44.2	6	9.8	1	1.6	1	1.6	61	100
	2	4	6.5	26	42.6	24	39.3	2	3.3	5	8.2		
	3	7	11.5	25	41.0	14	22.9	9	14.7	6	9.8		
	4	16	26.2	25	41.0	11	18.0	8	13.1	1	1.6		
	5	7	11.5	28	45.9	20	32.8	5	8.2	1	1.6		
PROMEDIO			19.7		43.0		24.6		8.2		4.6		100
Total Acuerdo				Total Desacuerdo				Total Duda					
62.7%				32.8%				4.6%					

- Preg. 1. Organización por sectores
 2. Organización del Equipo Básico
 3. Participación de la comunidad en la organización del SIAS
 4. Acceso y calidad de atención en la organización del SIAS
 5. Administración de recursos

GRAFICA No. 3

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS FRENTE A
LA ORGANIZACIÓN DEL SIAS, AREA DE CHIMALTENANGO,
MAYO A SEPTIEMBRE DE 1999



Fuente: Cuadro
No. 3

CUADRO No 4

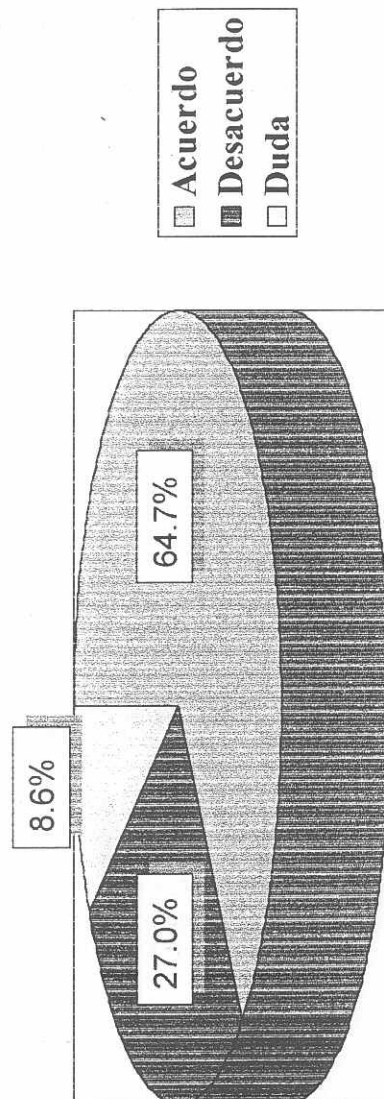
PUNTAJE SOBRE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD
DEL MSPAS SOBRE EL EQUIPO BASICO DE SALUD DEL SIAS EN EL AREA
DE CHIMALTENANGO, MAYO A SEPTIEMBRE DE 1999

ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG	ACUERDO		ACUERDO		DESACUER		DESACUER		DUDA		TOT	TOTAL
	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	AL	%
EQUIPO BASICO DE SALUD	1	12	19.7	28	45.9	13	21.3	0	0.0	9	14.7	61	100
	2	4	6.5	34	55.7	19	31.1	1	1.6	3	4.9		
	3	5	8.2	22	36.0	16	26.2	10	16.4	8	13.1		
	4	28	45.9	25	41.0	5	8.2	2	3.3	1	1.6		
PROMEDIO			20.1		44.6		21.7		5.3		8.6		100
Total Acuerdo			Total Desacuerdo			Total Duda							
64.7%			27%			8.6%							

- Preg. 1. Capacitación del Equipo Básico
 2. Rivalidad entre Equipo Básico e Institucional
 3. Capacidad del Equipo Básico para Realizar el Trabajo Asignado
 4. Participación de la Comadrona Capacitada

Fuente Boleta de Recolección de Datos

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS FRENTE AL
EQUIPO BASICO DEL SIAS, AREA DE CHIMALTENANGO,
MAYO A SEPTIEMBRE DE 1999



Fuente: Cuadro
No. 4

CUADRO No 5

PUNTAJE SOBRE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD
DEL MSPAS SOBRE LAS INTERVENCIONES EN LOS EQUIPOS BASICOS
DEL SIAS EN EL AREA DE CHIMALTENANGO, MAYO A SEPTIEMBRE DE

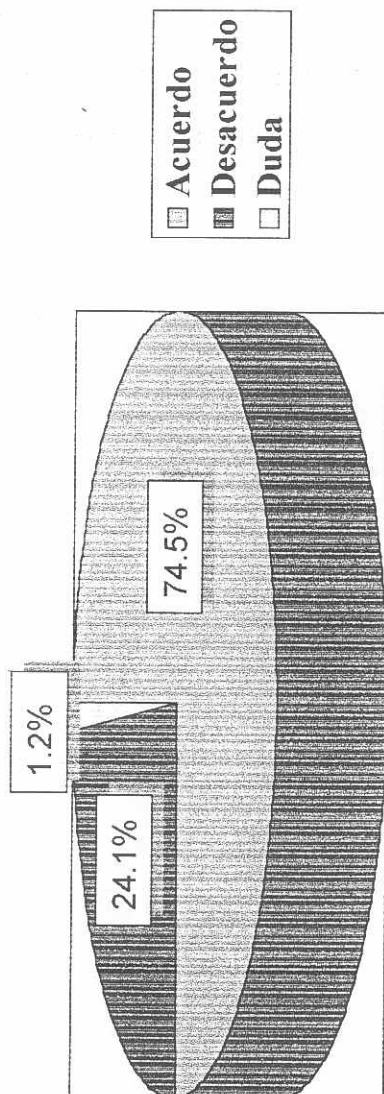
1999

ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG	ACUERDO		ACUERDO		DESACUER		DESACUER		DUDA		TOT	TOTAL
	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	AL	%
INTERVEN. EN LOS EQUI. BA.	1	43	70.5	16	26.2	1	1.6	0	0.0	1	1.6	61	100
	2	11	18.0	26	42.6	12	19.7	11	18.0	1	1.6		
	3	6	9.8	29	47.5	18	29.5	8	13.1	0	0.0		
	4	23	37.7	28	45.9	3	4.9	6	9.8	1	1.6		
PROMEDIO			34.0		40.5		13.9		10.2		1.2		100
		Total Acuerdo				Total Desacuerdo				Total Duda			
		74.5%				24.1%				1.2%			

- Preg. 1. Capacitación por parte de Personal ajeno al Area
 2. Atención de Emergencias y morbilidad por personal no institucional
 3. Campañas de vacunación a nivel nacional
 4. Identificación de poblaciones de difícil acceso

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS FRENTE A LAS INTERVENCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL SIAS, AREA DE CHIMALTENANGO, MAYO A SEPTIEMBRE DE 1999



Fuente: Cuadro No. 5

CUADRO No 6

PUNTAJE SOBRE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS FRENTE A LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DENTRO DEL SIAS EN EL AREA DE CHIMALTENANGO, MAYO A

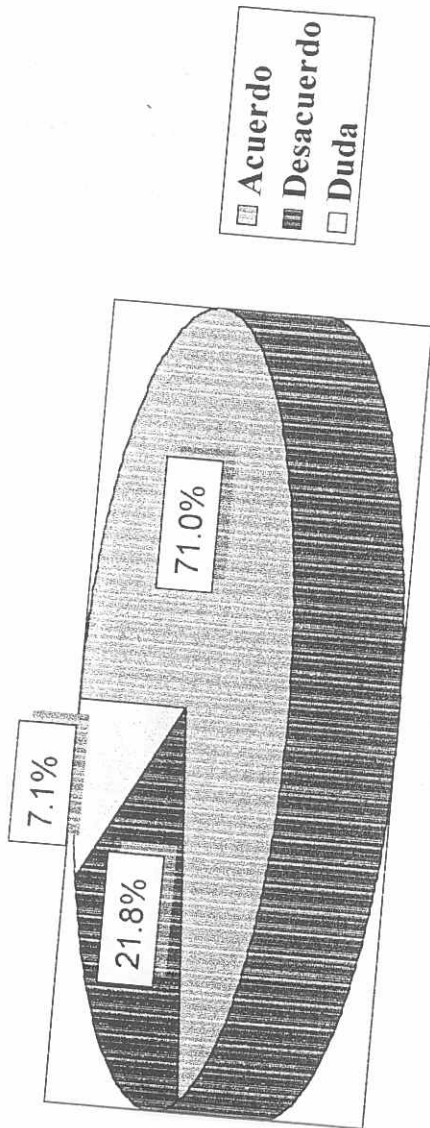
SEPTIEMBRE DE 1999

ESCALA DE PUNTUACION													
ASPECTO	PREG	ACUERDO TOTAL		ACUERDO		DESACUER		DESACUER TOTAL		DUDA		TOT AL	TOTAL
	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
ORGANIZA CIONES NO GUBER.	1	31	50.8	21	34.4	4	6.5	1	1.6	4	6.5	61	100
	2	13	21.3	26	42.6	13	21.3	6	9.8	3	4.9		
	3	8	13.1	31	50.8	15	24.6	1	1.6	6	9.8		
PROMEDIO			28.4		42.6		17.5		4.3		7.1		100
Total Acuerdo				Total Desacuerdo				Total Duda					
71%				21.8%				7.1%					

- Preg. 1. Efectividad en la participación de ONGs
 2. Efectividad en la participación de ONGs
 3. Rivalidad entre ONGs y Personal Institucional

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS FRENTE A LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES EN EL SIAS, AREA DE CHIMALTENANGO, MAYO A SEPTIEMBRE DE 1999



☐ Acuerdo
☒ Desacuerdo
☐ Duda

Fuente: Cuadro No. 6

VIII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

En el presente estudio se incluyó un total de 61 personas, todas trabajadores de MSPAS, de la región norte, del área de Chimaltenango, siendo en dicha región donde ya se ha implementado el Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-.

Según la profesión de las personas evaluadas en el estudio el 68.5% son paramédicos (enfermeras), 9.83% personal administrativo, 8.19% médicos, 13.11% técnicos en salud rural. El mayor porcentaje (68.5%) del personal que se encontró laborando en la región norte del Área de Salud de Chimaltenango fue el de paramédicos, que son los que por tanto tienen en número, más contacto con la población, y mayor participación en el SIAS.

CUADRO No. 2

El estudio evidencio que la actitud del personal de salud del MSPAS frente a la estrategia que plantea el SIAS, que consiste en: a) Promover el acercamiento de los servicios de salud a las comunidades dispersas y aisladas, b) Establecer un conjunto básico de servicios de salud, c) Utilizar eficientemente la capacidad instalada del sector salud, d) Promover la participación de la comunidad en la planificación, organización, prestación de servicios y en la fiscalización de la gestión y la calidad de atención, e) Definir las actividades orientadas a la resolución de la problemática de

orientadas a la resolución de la problemática de salud mas grave, al menor costo, f) Promover el respeto a las costumbres, patrones culturales y étnicos de la población, g) Garantizar la sostenibilidad administrativa y financiera, h) Operacionalizar las prioridades y compromisos de las políticas de salud y de los acuerdos de paz, i) Generar información que permita la identificación de poblaciones meta, la toma de acciones oportunas y la evaluación de los procesos y el impacto de los servicios prestados, j) Permitir la participación de grupos no gubernamentales que actualmente prestan servicios de salud (10,11); es moderadamente aceptada ya que 59.7% del personal evaluado esta de acuerdo y en desacuerdo el 34.2% (Gráfica No. 2), lo cual podría deberse 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, 14) Se atiende por demanda morbilidad y emergencias lo que disminuye la atención a las poblaciones de difícil acceso, que por falta de recursos, conocimiento e infraestructura, no asisten a los servicios de salud. Esto a su vez, según lo manifiesta parte del personal (en particular el personal de San Martín Jilotepeque), crea expectativa en cuanto a como puede afectar esta nueva estrategia su forma habitual de trabajo. Sin embargo vale la pena mencionar que 80.2% consideran que el SIAS es una estrategia que focaliza y accesa los servicios de salud.

CUADRO No. 3

En relación a la organización del SIAS, el estudio evidenció que un 62.7% de personas del MSPAS que están de acuerdo y un 32.8% en desacuerdo (Gráfica No. 3), lo cual podría deberse al hecho de que parte del personal manifiesta desconocimiento de la organización del SIAS, a su vez algunas personas manifiestan no querer cambios, pues estos representan más trabajo y el recurso humano consideran es poco. A su vez, es interesante observar que 86.8% del personal consideran que la organización de las comunidades divididas por sectores facilita el acceso a un mayor número de personas, lo que concuerda con comentarios de personal que manifiestan que esto les permite tener un mejor control en sus coberturas, como en el caso de la vacunación en menores de 1 año que en 1998 alcanzo más del 100% de lo programado en Polio y DPT hasta terceras dosis, BCG y Antisarampion que alcanzó 80% y 83% respectivamente, cuando se esperaba alcanzar el 80% de lo programado.

CUADRO No. 4

El estudio evidencio que un 64.7% del personal del MSPAS, están de acuerdo con el equipo básico de salud planteado en el SIAS, y un 27% esta en desacuerdo (Gráfica No. 4), la falta de aceptación de este último (27%) podría atribuirse a que aunque se ha trabajado con personal voluntario antes como promotores de salud y comadronas; el número de personas de la comunidad que participan dentro del planteamiento del SIAS es mayor, y ahora están mas involucrados, lo que manifiestan

crea expectativa dentro del personal del MSPAS en cuanto a como puede afectar la participación de otras personas su trabajo.

CUADRO No. 5

En cuanto a las intervenciones en los servicios básicos que consiste en apoyo técnico administrativo por parte de la Jefatura de Area en las acciones de capacitación, planificación, programación, supervisión y evaluación, así como Recolección, registro y control de datos, conocimiento continuo de poblaciones meta, fortalecimiento de la organización comunitaria, gestión local, acciones oportunas; aunque no en su totalidad es el aspecto con mayor aceptación por parte del personal del MSPAS con 74.5% de acuerdo y 24.1% en desacuerdo (Gráfica No. 5), lo que se podría atribuir a que las intervenciones vienen a ser de apoyo al personal del MSPAS y están dirigidas a las poblaciones de mayor riesgo como lo es el grupo materno-infantil, como también a la prevención y tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas, inmunoprevenibles, nutricionales y atención al medio.

CUADRO No. 6

En cuanto a la participación de las organizaciones no gubernamentales planteada por el SIAS, también han sido bien aceptadas con 71% de acuerdo y 21.8 en desacuerdo (Gráfica No. 6), siendo Tecpan, San Juan Comalapa y San José Poaquil los distritos que más están a favor y, Chimaltenango y San Martín Jilotepeque los menos

a favor, lo que podría deberse, a que esto viene a ser un apoyo en la extensión de coberturas, incrementando la capacidad resolutive y mejorando la calidad de atención de los servicios de salud. Dichas organizaciones ya están siendo capacitadas acerca del SIAS y están en proceso de integrarse al mismo.

IX. CONCLUSIONES

1. La actitud del personal de salud de la región norte del Area de Salud de Chimaltenango del MSPAS frente al Sistema Integral de Atención en Salud - SIAS- aunque no en todos los aspectos, es positiva para el SIAS.
2. Las Intervenciones en los Servicios Básicos de Salud y la participación de las Organizaciones No Gubernamentales son las que han recibido mayor aceptación del personal del MSPAS, siendo la primera la que ha recibido mayor positividad, especialmente en los aspectos de capacitación para la prevención en salud.
3. La menor aceptación del personal de salud del MSPAS, es para la Estrategia y Organización del SIAS, siendo la estrategia la menos aceptada, acentuándose en la incorporación de guardianes de la salud para brindar servicios de salud.
4. El personal de salud refiere mayor duda en cuanto al Equipo Básico de Salud, especialmente en relación a la participación de los guardianes de la salud y su capacidad para realizar el trabajo que se le asigna.

X. RECOMENDACIONES

1. Que las personas encargadas del Sistema Integral de Atención en Salud - SIAS- en el Area de Chimaltenango incrementen las actividades de promoción y educación sobre el SIAS, orientándolas a resolver dudas, dar conocer los beneficios y explicar como implementarlo eficazmente.
3. Realizar un trabajo complementario al presente estudio para evaluar los conocimientos del personal de salud del Area de Chimaltenango sobre el SIAS, y así fortalecer las áreas débiles.
4. Promover la participación interdistrital en el Area de Salud de Chimaltenango, y así tratar de disminuir los factores que influyen en el grupo que esta en desacuerdo.
5. Promover actividades motivacionales que permitan al personal de salud conocer la necesidad de implementar el SIAS en el Area de Chimaltenango.

XI. RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo-transversal se realizó en el Área de Salud de Chimaltenango, región norte, durante los meses de Mayo a Septiembre de 1999, en cinco de 12 distritos (Chimaltenango, Tecpan, San Martín Jilotepeque, San Juan Comalapa, San José Poaquil), con el objetivo general de evaluar la actitud del personal de salud 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 las Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales.

Los resultados evidencian una actitud de aceptación general hacia el SIAS; aunque por aspectos, las Intervenciones en los Servicios Básicos y Participación de ONGs evidencian mayor aceptación, caso contrario para la Estrategia, Organización y Equipo Básico de Salud.

Se recomienda incrementar las actividades de promoción y educación sobre el SIAS, orientándolas a resolver dudas, dar conocer los beneficios y explicar como implementarlo eficazmente, así como motivar al personal de Salud para que su actitud frente a los aspectos menos aceptados pueda mejorar.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aquino Vasquez, 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, Documento.
3. Barillas Edgar, Finkelman Jacobo, Rivera Soto, Victoria Diego, EL PROCESO DE TRANSFORMACION DE LA SALUD EN GUATEMALA, Guatemala 1996, Documento.
4. Cutzal Calel, Froilan, ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD, Tesis de Facultad de Medicina, USAC, 1997.
5. Denispoliz; INVESTIGACION CIENTIFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD, Edición 1991, México.
6. Egg Ezequiel, Ander; TECNICA DE INVESTIGACION SOCIAL, 4ª Edición, 1995, México.
7. Facultad de Ciencias Medicas, USAC, Epidemiología y Salud Publica, POLITICAS DE SALUD 1996-2000, Guatemala 1996. Documento.
8. García Lemus, Víctor Manuel, PRODUCCION SOCIAL DE LA SALUD, Facultad de Ciencias Medicas, USAC, Guatemala 1997. Documento.
9. Lara Giron, Claudia Yesenia; ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE AL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD -SIAS-, Tesis de la Facultad de Medicina, USAC, 1998.
10. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD -SIAS-, Guatemala Noviembre 1997, Documento.
11. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, SERVICIOS BASICOS DE SALUD -SBS-, Guatemala Enero 1998. Documento.
12. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, LINIAMIENTOS POLITICOS Y PROGRAMATICOS DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD, Guatemala 1997. Documento.

13. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud, RED DE ESTABLECIMIENTOS DEL MSPAS, DGSS, unidad de informática, Guatemala 1995.
14. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, POA 2000, Area de Salud de Chimaltenango, Guatemala 1999. Documento.
15. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-, SERVICIOS BASICOS DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCION, Guatemala 1998. Documento.
16. OPS, CONDICIONES DE SALUD EN GUATEMALA 1994, Guatemala, Mayo 1994. Documento.
17. OPS/OMS, CONDICIONES DE SALUD EN LAS AMERICAS, Edición 1994, Washington D.C., 1994, Publicación Científica No.549.

ANEXO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ERICK MAURICIO ESTRADA BARRIENTOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

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

Area de Salud: _____ Municipio: _____

Distrito de Salud: _____ Profesión: _____

Introducción: La presente boleta ha sido elaborada para evaluar hasta donde el personal de salud esta de acuerdo o no con la incorporación del Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- en el área de Chimaltenango.

Instrucciones: A continuación encontrara una serie de declaraciones acerca del SIAS, coloque una línea debajo de la respuesta que más le agrade, afirmando una de las siguientes respuestas, completamente de acuerdo (Acuerdo total), de acuerdo en la mayoría de aspectos pero no en todos (Acuerdo), No esta de acuerdo en la mayoría de aspectos solo en algunos (desacuerdo), esta completamente en desacuerdo (desacuerdo total), desconoce el área del SIAS de la que sé esta hablando o tiene duda (duda).

1. Existen los suficientes recursos materiales y humanos en el ámbito local para la implementación del Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

2. Las reuniones constantes para capacitar al personal de salud son frecuentes y adecuadas para que haya uniformidad en el conocimiento, y desarrollo de habilidades y destrezas.

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

3. El Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- es una estrategia que focaliza y accesa los servicios básicos de salud en el ámbito local.

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

4. Los guardianes de la salud carecen de aptitudes y conocimientos adecuados para brindar servicios de salud.

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

5. La organización de las comunidades dividiéndolas por sectores facilita el acceso a un mayor número de personas.

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

6. En la organización del Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-, la responsabilidad que se delega a guardián de la salud, es de difícil cumplimiento.

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

7. En la organización del Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- existe poca o ninguna participación de las personas de la comunidad.

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

8. El Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-, disminuye el acceso y la calidad en la atención en salud.

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

9. El esquema que presenta la organización del Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-, para el primer nivel de atención, permitirá una eficiente administración de los recursos.

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

10. Al personal del equipo básico de salud se les capacita adecuadamente para su participación en el Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

- 11 La coordinación de personal institucional y comunitario crea rivalidad entre estos dos grupos y no permite que los servicios de salud sean brindados de mejor forma.

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

- 12 El guardián de la salud no esta en la capacidad de identificar los problemas prioritarios de la comunidad.

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

- 13 La comadrona tradicional capacitada debe incorporarse para realizar control prenatal.

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

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

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

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

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

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

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

- 17 No es necesario identificar a las poblaciones de difícil acceso para brindar servicios de salud con una mejor distribución y calidad a los mas necesitados.

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

- 18 La prestación de servicios básicos de salud, brindada conjuntamente por personal del Ministerio de Salud Publica y Organizaciones no Gubernamentales, permite una mayor cobertura para toda la población.

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda

- 19 La mezcla publico y privada desfavorece de la prestación de servicios de salud y la equidad en la atención en salud.

Acuerdo Total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo Total Duda