

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EVALUACION DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA
PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA REGION
NOR-ESTE DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO



WAGNER ELIUB SOLORZANO HERNANDEZ

MEDICO Y CIRUJANO

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	5
IV. OBJETIVOS.....	7
V. MARCO TEORICO.....	8
VI. MATERIAL Y METODOS.....	28
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	36
VIII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	52
IX. CONCLUSIONES.....	56
X. RECOMENDACIONES.....	57
XI. RESUMEN.....	58
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	60
XIII. ANEXOS.....	63

I. INTRODUCCIÓN

Para que un servicio de salud funcione de una manera eficiente es necesario que cumpla con ciertas condiciones en cuanto a recursos humanos y materiales, normas y procedimientos , administración y programación, educación en salud, suministros y participación comunitaria.

En el presente estudio se evaluaron las condiciones de eficiencia de los puestos de salud del área Nor-Este del departamento de Chimaltenango. Por condiciones de eficiencia se entiende “El conjunto de características que deben reunir los recursos de un servicio para satisfacer con eficiencia las necesidades de salud de la población”.

Para la realización del presente estudio se visitaron los 31 puestos de salud del área Nor-Este de Chimaltenango y se entrevisto al auxiliar de enfermería o EPSR encargado, y se lleno la boleta de recolección de datos diseñada en base a la bibliografía consultada evaluándose los rubros mencionados anteriormente los cuales se categorizaron por medio de una escala de ponderación en seis niveles: Excelente, Muy Buena, Buena, Regular, Deficiente y Muy Deficiente.

Con el estudio se detecto que las condiciones de eficiencia de los servicios de salud del primer nivel de atención son Muy Buenas.

Sin embargo hay ciertas deficiencias, los rubros que se detectaron con problemas son el de Recursos Humanos y Participación Comunitaria, por lo que es necesario encontrar mecanismos específicos a nivel de Dirección de Área Salud para solventarlos; los rubros con menos deficiencias son: el de Recursos Materiales, Planta Física y Educación Para la Salud.

El estudio demostró que las condiciones de eficiencia de los servicios de salud del primer nivel de atención han mejorado considerablemente en comparación con otros estudios realizados sobre el tema anteriormente.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Para fortalecer la Reforma del Sector Salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social implementa el Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS-, cuyo objetivo principal es la extensión de cobertura para lo cual ha impulsado acciones que fortalecen la administración para la adecuada ejecución presupuestaria, la dotación de recurso humano calificado y la disponibilidad de los insumos necesarios, que permitan eficiencia en la atención a la población. Sin embargo estudios realizados a nivel nacional, como el de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través del Programa Ejercicio Profesional Supervisado realizado en 1987, (13) permiten darnos cuenta que en el primer nivel de atención han existido serias limitaciones en la prestación de servicios de salud, por lo que es necesario evaluar continuamente las condiciones para la eficiencia del recurso humano, financiero, físico, materiales y suministros, organización y administración, desarrollo de programas educativos y participación comunitaria de los servicios de salud y así fortalecer la atención a la población. (1,2).

La evaluación es un elemento indispensable en la estrategia de atención primaria de salud. (2,3,4) Es un proceso que trata de determinar en forma sistemática y objetiva la estructura, el proceso y los resultados de los servicios de salud, los programas y los planes. (5)

Las condiciones de eficiencia son el conjunto de características que deben reunir los recursos de un servicio que proporciona con eficiencia las necesidades de salud de la población. (6)

En estudios realizados sobre evaluación de condiciones de eficiencia, se ha observado que globalmente los puestos de salud reúnen entre 45 y 59% de las condiciones para prestar un servicio eficiente. (7,8)

En CHIMALTENANGO los servicios de salud han experimentado pocos cambios, la infraestructura es inadecuada en la mayoría de las comunidades, el equipamiento y dotación de insumos para la prevención, curación y rehabilitación son mínimos, el recurso humano es poco y no reciben capacitación permanente, por lo que es necesario realizar una evaluación para determinar cambios ocurridos y proporcionar información a las autoridades de salud para que analicen la importancia de apoyar a las comunidades , desde los servicios del primer nivel de atención.

III. JUSTIFICACION

La actual tendencia económica del país incide de manera directa en la salud de los habitantes, ya que al haber estancamiento económico hay desempleo, lo cual genera más pobreza y menor posibilidad de tener acceso a los servicios de salud .

En diciembre de 1,996 se firmaron los acuerdos de Paz, en donde se establecieron acciones y metas orientadas a mejorar la calidad de vida de todos los guatemaltecos, a través de propiciar el acceso a la salud, la educación, el trabajo, la vivienda, la recreación y todos aquellos servicios sanitarios y medios ambientales esenciales. Sin embargo diversos estudios encaminados a determinar las condiciones de salud del país han evidenciado la precaria situación sanitaria del mismo, por lo que es necesario evaluar el sistema de salud en sus diferentes componentes y dentro de ellos las condiciones de eficiencia de los servicios de salud , cuyos resultados pueden contribuir a una futura toma de decisiones para fortalecer la capacidad de respuesta y, consecuentemente, los programas de salud.

La evaluación de los puestos de salud, que constituyen el primer nivel de atención, han revelado que reúnen menos del 50% de las condiciones de eficiencia requerida; siendo el estudio más completo sobre el particular el efectuado en 1987 por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con la colaboración del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el cual se evaluaron las condiciones de eficiencia de los Puestos de Salud a nivel nacional y en el que se concluyó que las mismas eran malas.

Algunos de los Puestos de Salud de CHIMALTENANGO se han construido, por la propia necesidad de atención de la población de atención en salud, sin contar con una

planta física adecuada, recurso humano calificado, ni con los suministros necesarios, para una prestación eficiente de los servicios, por lo que es necesario realizar la evaluación de las condiciones de eficiencia, misma que también fortalecerá las estrategias para la Reforma del Sector Salud.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

- ❖ Evaluar las condiciones creadas, por el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, para una prestación eficiente de los servicios de salud en el primer nivel de atención en el departamento de CHIMALTENANGO.

B. ESPECIFICOS

1. Determinar las condiciones de la infraestructura física, recursos materiales y suministros con que cuentan los puestos de salud, para brindar una atención eficiente.
2. Identificar el recurso humano con que cuenta cada puesto de salud en cuanto a su formación y desempeño laboral.
3. Establecer si el funcionamiento del servicio se apega a normas y procedimientos definidos en el primer nivel de atención.

V. MARCO TEORICO

A. REFORMA DEL SECTOR SALUD

Los determinantes mayores de las condiciones de salud de una población son producto de un desarrollo integrado que vincule armónicamente las políticas sociales y las económicas. Entre las necesidades básicas, la salud tiene una importancia crucial, la cual complementada con alimentación, educación, vivienda, empleo y seguridad, permiten que el ser humano se desarrolle en sus capacidades y oportunidades y que la sociedad a su vez se beneficie de su participación y contribución en los diversos campos de la vida en sociedad. La pobreza trae como consecuencia la insatisfacción de las necesidades básicas que le permitan a un individuo, familia o comunidad una vida digna y participación activa en la sociedad, misma que a su vez tiene sus raíces en las estructuras políticas, jurídicas, económicas y sociales y en los valores culturales que crean y mantienen la desigualdad, por lo tanto la pobreza está indisolublemente unida a la falta de acceso a recursos, en particular, tierra, habilidades, conocimientos y capital.(25)

Desde esta perspectiva, las políticas económicas y sociales de un país se constituyen en los determinantes más importantes de la situación de salud, las cuales matizan en definitiva una serie de condicionantes que definen las posibilidades de un individuo, comunidad o grupo social de enfermar o morir.

De esta forma el acceso a la tierra, la seguridad alimentaria, la educación, la calidad ambiental, el crecimiento demográfico, entre otros, constituyen factores

condicionantes de la pobreza del país y por lo tanto son la causa fundamental del precario estado de salud de la gran mayoría de la población.(25)

La dificultad de acceso físico a los servicios públicos es una de las razones de la baja cobertura del sistema. Un estudio efectuado en 7 áreas de salud reveló que más de un tercio de los usuarios de los servicios del MSPAS en el área rural tienen que recorrer en promedio 12 kilómetros o caminar por más de 2 horas para llegar al servicio de salud más cercano. (24,25) Por otra parte, la accidentada geografía del país y la dispersión de la población en el área rural suman factores adversos a la accesibilidad física a los servicios de salud. La distribución del ingreso nacional que coloca a Guatemala como el país más inequitativo de América Latina, después de Brasil, así como el deficitario acceso a los servicios de salud, condicionan una estructura de mortalidad centrada en patologías infecciosas usualmente prevenibles y que afectan mayoritariamente a la población infantil.(24,25)

La limitada cobertura de los servicios públicos puede explicarse también por la deficiente calidad de atención y la escasa capacidad resolutoria de los servicios, determinada por la carencia de insumos básicos y la falta de capacitación y motivación del personal.

En 1986 la concentración de recursos en el tercer nivel inicia un círculo vicioso en el que la mayor capacidad resolutoria de éstos servicios induce la demanda de atenciones que pudieron haber sido resueltas en niveles inferiores. Se estima que el 60% de los casos tratados en hospitales pudo haber sido atendido en forma económica y efectiva en el primero y segundo nivel de atención.(24)

Uno de los cuestionamientos en este sentido fue presentado por las autoridades del MSPAS en febrero de 1991, en él se reconoce el agravamiento de la situación de pobreza y la necesidad de unificar esfuerzos de todos los sectores en el marco del proceso de pacificación del país.

Las políticas de salud vigentes en 1995 se inscriben dentro del Programa de Modernización Económica del Gobierno, misma que incluye reformas para aumentar los ingresos del Estado, controlar el déficit fiscal y aumentar el gasto en los sectores sociales. La ejecución de este programa es pues una condición básica para lograr reformas en el financiamiento de los sectores sociales. Un complemento importante de estas políticas fue la reforma al artículo 257 de la Constitución de la República en el que se establece que del 10% del presupuesto nacional que el Estado asigna a las municipalidades, por lo menos un 90% debe destinarse a “programas y proyectos de educación, salud preventiva, obras de infraestructura y servicios públicos que mejoren la calidad de vida de los habitantes”.

El plan de acción de desarrollo social 1996-2000 reexamina los objetivos y metas planteadas en los planes de desarrollo anteriores e incorpora los compromisos suscritos en las recientes cumbres presidenciales centroamericanas y plantea dentro de sus objetivos ampliar la cobertura de servicios básicos de salud, en especial en áreas rurales y urbanas marginales; reorientar la acción del sector salud hacia la salud preventiva y promocional; mejorar la calidad y sostenibilidad financiera de los servicios.(25)

En el marco de una economía mundial cambiante, en muchos países se ha iniciado o acelerado un proceso de reforma del sector salud, que considera la equidad no sólo como una meta deseable sino como un medio para aumentar la productividad y mejorar la posición de los países en el mercado internacional.(24)

La reforma del sector salud se debe inscribir dentro del marco de la reforma global del Estado, la cual debe orientarse a crear condiciones para el desarrollo integral y democrático de la sociedad civil, lo cual supone un papel más modesto pero más eficaz del Estado en su capacidad de formular las políticas públicas de salud, dirigirlas eficazmente, regular los aspectos de producción y distribución de bienes y servicios en el campo de la salud, y ser prestatario directo de determinados servicios de salud de la población. La reforma del sector salud en Guatemala es desencadenada no sólo por factores de orden político-ideológicos, sino también económico-financieros y epidemiológicos. El proceso pretende aprovechar esta confluencia de factores para desarrollar un sistema de prestación más eficiente y equitativo. El impulso a la reforma del sistema de salud está centrado en la necesidad de desarrollar un sistema que tiene potencialidad de contribuir efectivamente al bienestar de la población. La experiencia de varios países sugiere que los sistemas de servicios de salud que descansan en el financiamiento público son más equitativos que aquellos fundamentados en el gasto privado. (25) Por su papel regulador el Estado, a través de los Ministerios de Salud, debe definir la canasta básica de atenciones y establecer los mecanismos legales necesarios para que las instituciones asistenciales y los seguros públicos y privados operen en base a la normativa que se derive. El Estado debe

promover que la formación y capacitación de recursos humanos se oriente a las necesidades actuales y futuras de salud de la población. La canasta básica de atenciones, en su concepción dinámica, puede orientar el desarrollo de recursos humanos de forma que corresponda al perfil epidemiológico del país y a las posibilidades nacionales de responder a las demandas cambiantes de atenciones de salud. Además debe promover una educación en salud de amplia base social de manera que las decisiones sobre las intervenciones a ser incluidas en la canasta básica estén más fundamentadas en criterios técnico-científicos que en preferencias sociales derivadas de la influencia de los proveedores privados de servicios de salud. Dadas las características epidemiológicas de la población latinoamericana, se pueden lograr aún avances importantes en salud con medidas de prevención y tratamiento relativamente poco costosas.(24)

Los procesos de Reforma Sectorial en curso, se podría afirmar que en Guatemala las primeras acciones en materia de Reforma se iniciaron en 1989 con el programa de extensión de cobertura del IGSS al departamento de Escuintla, el cual se fundamenta en la atención primaria en salud, incentiva la participación comunitaria y establece una relación más estrecha entre el Seguro Social, el MSP y AS, las ONGS's y la empresa privada. Una de las iniciativas que mayor impulso ha dado al proceso de reforma sectorial del país, es la que el Ministerio de Salud Pública y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) han elaborado con apoyo técnico de la OPS. El programa pretende tener un impacto claramente redistributivo a favor de la población de menores ingresos, ésta orientación se expresa en las medidas para reorientar el gasto

público y en los programas de salud focalizados en la población más pobre. Se propone que cada área de salud defina para cada programa propuesto, el paquete básico de atención que será provisto a los grupos que sean localizados.(25)

El proceso de reforma sectorial tiene como objetivos los siguientes:

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

En síntesis, la reforma sectorial que la mayoría de países pretende alcanzar propone que en forma descentralizada y participativa, los proveedores más eficientes pongan a disposición de la población económicamente de mayor riesgo, un grupo de intervenciones sanitarias esenciales socialmente aceptables y que el país pueda financiar.(24)

B. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

1. Consideraciones Generales

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata, reitera que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades, es un derecho humano fundamental y que uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones

internacionales y de la comunidad mundial debe ser , el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social. Para mejorar de manera apreciable la salud de toda la población se requiere la coordinación planificada y eficaz de los servicios nacionales de salud y de las actividades de otros sectores que guardan relación con la salud. (1,9)

La Atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud , llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituyen el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (3,6,9,13,17)

Esta estrategia además de demandar una postura responsable y participativa por parte de la comunidad, también exige del personal de salud un cambio de actitud manifiesta en la intención de llevar los servicios de salud lo más cerca de donde viven y trabajan

las personas, en vez de esperar pasivamente la demanda de sus servicios. Para alcanzar su máxima eficacia, la atención primaria de salud habrá de emplear medios que la comunidad acepte y comprenda y que el personal sanitario pueda aplicar dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país. (9)

La atención primaria de salud comprende las siguientes actividades: educación relativa a los problemas de salud más frecuentes y a los métodos para identificarlos, prevenirlos y combatirlos; la promoción de suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento suficiente de agua potable y medidas de saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; la promoción de la salud mental; y el suministro de medicamentos esenciales. Para llevar a cabo estas actividades, se necesita de determinadas actividades estrechamente relacionadas entre sí; dichas actividades son conocidas como componentes estratégicos, entre los que se incluyen: Extensión de cobertura con servicios de salud y mejoramiento del medio ambiente, Organización y participación de la comunidad, Desarrollo de la investigación y tecnología apropiada, Disponibilidad y producción de insumos críticos, Formación y utilización de recursos humanos, Financiamiento del sector y Cooperación internacional. (3,6,9).

La Atención primaria de salud debe concentrarse en los principales problemas sanitarios de la comunidad, sin embargo dichos problemas y la forma de resolverlos variarán según los países y las comunidades.

.

2. Propósito de la Atención Primaria de Salud

La atención primaria de salud es una estrategia, cuyo propósito fundamental es procura “Salud para todos”. Esta expresión es animada por un espíritu equitativo que, reconociendo en la desigualdad del nivel de salud y goce de acciones sanitarias en la población una situación contradictoria con los anhelos de desarrollo y un lastre para el fortalecimiento de la economía de los países, propone una alternativa de acción que logre una mayor accesibilidad de los servicios de salud indispensables a todos los individuos y sus familias, permitiéndoles llevar una vida social y económicamente activa. La Finalidad de la atención primaria de salud es aportar a la totalidad de la población la asistencia sanitaria fundamental. (3,6,9)

C. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

1. Definición

El Fortalecimiento de la evaluación es un elemento indispensable en la estrategia de atención primaria de salud. Evaluación en términos generales, ha sido definida como “la comparación de un objeto de interés contra un estándar de aceptabilidad” y así evaluar significa emitir un juicio de valor basado en la comparación de las características de lo observado con un patrón de referencia y la realización de un

análisis explicativo de las diferencias y coincidencias encontradas. Como programa se entiende, una respuesta organizada para eliminar o reducir uno o más problemas, donde la respuesta incluye uno o más objetivos, realización de una o más actividades y la utilización de recursos.

La evaluación de programas se ha descrito como “el proceso de aplicación de procedimientos científicos para recabar y analizar información y evidencias confiables para medir y juzgar en forma ciertas actividades y recursos se usan para producir efectos o resultados específicos, en cuanto al cambio de creencias y actitudes sobre salud-enfermedad y cobertura alcanzada en la población beneficiaria del programa”.

La evaluación de programas por lo general, enfatiza el proceso de medir el cumplimiento de ciertas actividades con respecto al esfuerzo institucional realizado.(4)

Tomando en cuenta que la evaluación es un instrumento para la toma de decisiones a lo largo de un programa se reconocen cinco áreas a evaluar: (4)

- a. Relevancia: Se refiere a si el programa o las actividades son necesarias y si responden a necesidades concretas y definidas.
- b. Progreso: Se refiere al seguimiento o control de las actividades de un programa, para medir hasta que punto la ejecución del mismo está cumpliendo o no con lo planeado.
- c. Eficiencia: Se refiere al análisis de si los resultados obtenidos, o que se están obteniendo, justifican el tiempo, esfuerzo y costo para lograrlos.

- d. Efectividad: Se refiere a determinar en qué medida los resultados alcanzados están contribuyendo al cumplimiento de los objetivos planteados para el programa.
- e. Impacto: Se refiere a los logros o efectos, normalmente a largo plazo, de un programa educativo.

La Evaluación de programas de Salud tiene como propósito genuino proveer resultados que contribuyan a la futura toma de decisiones para mejorar el programa.

(6)

2. Tipos de Evaluación

La evaluación es Formativa, cuando su propósito es aportar información sobre el funcionamiento y ejecución del programa, para que los responsables de su desarrollo tomen decisiones. Es Acumulativa, cuando examina los resultados.

La evaluación de proceso se refiere a las actividades relacionadas con la identificación del blanco y estimación de la conformidad del programa, mientras que la evaluación de impacto, comprende la estimación de la extensión en la cual el programa causa cambios en la población blanco y en la dirección deseada. (3,4)

D. CONDICIONES DE EFICIENCIA

1. Antecedentes

Los esquemas de condiciones de eficiencia se originaron en la década del 60 en Argentina; el primero, en una población del Consejo Federal de Inversiones en 1965, y el segundo en un documento publicado por el Departamento de Salud Materno-

Infantil de la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires, en 1967. A partir de dicha fecha han sido utilizados en varios países como Chile, Ecuador, Belice, Brasil y últimamente en Guatemala. (3,5,13,16,17,22)

En febrero de 1985 los Programas Regionales de Salud Materno-Infantil y de Prestación de Servicios de la OPS/OMS retomaron dichos documentos y convocaron a un grupo de trabajo para actualizarlos y adecuar su contenido a los nuevos enfoques doctrinarios y a la definición de las estrategias vigentes. En mayo del mismo año fueron utilizados en 5 zonas sanitarias de Costa Rica. Se tuvo la oportunidad de aplicarlos concretamente en los distintos niveles de atención y autoridades de salud del país y realizar las sugerencias de ajustes y modificaciones de los instrumentos probados, dichas modificaciones fueron discutidas en una reunión ampliada, efectuada en la sede central de la OPS y como resultado la OPS publicó el mismo año un documento, el cual ha servido de fundamento para la elaboración de varios instrumentos de recolección de datos acondicionados a la realidad guatemalteca, diseñados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el INCAP y la Universidad de San Carlos de Guatemala, con la cooperación en algunos casos de entidades Internacionales como OPS y UNICEF. (3,5)

En 1988 el Dr. Tapia Revollo confeccionó el cuestionario mejor elaborado hasta la fecha, que consiste en cinco encuestas destinadas a aplicarse en Centros y Puestos de Salud y a representantes comunitarios, promotores de salud y comadronas adiestradas. Este trabajo representa el concepto de condiciones de eficiencia en todos los niveles de atención de salud. (3)

2.Definición

Para que un servicio de salud pueda atender las necesidades sanitarias de una población, de manera que los recursos empleados para cubrir esa demanda sean los mínimos para obtener el máximo de resultados satisfactorios, es necesario que dichos recursos reúnan un conjunto de características que faciliten este proceso. A este conjunto de características se le denomina “Condiciones de Eficiencia”.
(3,13,16,22,10)

Las condiciones de eficiencia son, pues, el conjunto de condiciones o requisitos que deben reunir los recursos de un servicio de salud para proporcionar con eficacia las necesidades de salud de la población. (3,4,17,18)

Los servicios de salud como parte del conjunto de prestación de servicios a la población, cuya finalidad es buscar y otorgar bienestar a la población, le corresponde la tarea de encausar programas y accionar la red de servicios hacia los problemas de salud-enfermedad, entendiéndose que para tal fin deben de involucrarse aspectos cuantitativos y cualitativos de la estructura del organismo de salud. En Guatemala en pocos años se ha producido una expansión de la red de los servicios en el primer nivel de atención, que no siempre se ha traducido a un incremento significativo de cobertura y calidad de atención, por lo que el objetivo de su evaluación es el de mejorar sus programas y su infraestructura sanitaria, adecuando o asignando los recursos necesarios para aumentar la capacidad operativa de todo el sistema de salud.(5,10,12,17,22,23)

3.Evaluación de las Condiciones de Eficiencia

a. Finalidad

Se refiere al análisis de si los resultados obtenidos, o que se están obteniendo, justifican el tiempo, esfuerzo y costo para lograrlos, mediante la comparación de las características de los servicios de salud con un modelo normativo elaborado previamente. En este modelo, que se considera un óptimo posible, se enlistan los requisitos o condiciones que deben de llenar las unidades asistenciales de acuerdo con los requerimientos y expectativas de las comunidades a las que dan cobertura, pero cumpliendo con las especificaciones que para la operacionalización de la estrategia de atención primaria de salud ha planteado la OMS. (3,4)

La evaluación de las condiciones de eficiencia requiere de un análisis de los resultados o efectos y los esfuerzos y recursos desplegados.(22)

Los requisitos establecidos sirven a su vez como indicadores y/o criterios normativos en base a los cuales se elaboran las preguntas pertinentes que están contenidas en el instrumento de recolección de datos.

b. Áreas temáticas a evaluar

Los elementos a evaluar enlistados en la encuesta se agrupan en rubros por áreas temáticas, siendo las más frecuentes:

i. Recursos Físicos: Se refiere a que si la planta física del puesto de salud cuenta con las condiciones necesarias para una atención adecuada a la comunidad. Los locales para atención primaria de salud pueden ser muy sencillos, pero es preciso que se mantengan siempre muy limpios, probablemente la afluencia será grande, por lo que

conviene disponer un lugar de espera espacioso, sea en el interior, sea en el exterior, bajo techado, con servicio sanitario en buenas condiciones, con iluminación natural suficiente para las actividades diurnas y que cuente con servicio de agua potable y energía eléctrica en horas hábiles y que las paredes y el piso sean de un material fácil de limpiar. (3,9)

Entre 1976 y 1990 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha incorporado 499 puestos de salud, muchos de los cuales funcionan en lugares prestados y a veces improvisados por la misma comunidad, por lo que no cuentan con áreas específicas en los componentes de atención o prestación de servicios. El tiempo de vida útil, tanto de la planta física e instalaciones, como equipo, está reducido considerablemente por la ausencia de mantenimiento a nivel local. (23)

La unidad ejecutora de proyectos de servicios de salud (UNEPSSA) recomienda que para la construcción de un puesto de salud, el terreno debe de tener una dimensión mínima de 30X40 metros y el área de construcción debe de ser de 125mts. Cuadrados y debe contar con ambientes para: Consultorio, Curación e Hipodermía, Hidratación y Observación, Bodega, Educación para la Salud, Sala de Espera, Dormitorio para auxiliar de enfermería, Sanitario y Portal.(p)

ii. Recursos Materiales: Se refiere al equipo o insumos (material medico-quirúrgico, muebles, vehículos y equipó de almacenamiento) que usa y consume el sistema de salud en su función de producción de servicios. (3,23)

Podemos considerar tres tipos básicos de insumos: -Materiales e insumos de atención: que son los alimentos para personas, productos químicos, tinturas y colorantes,

materiales médico-quirúrgicos. – Insumos de Funcionamiento: Son todos aquellos que se necesitan como recursos intermedios o de apoyo (papelería, útiles de limpieza, cocina y comedor, herramienta, combustible, ropa, etc.). – Insumos Críticos: Pueden ser de funcionamiento o de atención, la diferencia es la indispensabilidad para concretar las acciones programáticas o planificadas, en programas prioritarios o de alta vigencia social (vacunas, sobres de TRO, etc.). (23)

iii. Recursos Humanos: Se refiere al personal que da la atención en salud, el cual puede ser auxiliar de enfermería, TSR, Promotor de salud, Comadronas o Médico EPS. Elemento central en el trabajo es el recurso humano que, junto con los recursos materiales y financieros, permite la ejecución de los programas.(3,21)

El recurso humano no está formado, organizado, ni administrado en forma que constituya un apoyo efectivo a los programas de salud, lo que es un serio obstáculo al desarrollo, mejoramiento y calidad de los servicios y limita la operacionalización exitosa de las políticas de salud, principalmente en las áreas rurales. (23,5)

Para muchos países en desarrollo, la manera más práctica de alcanzar una cobertura total

De la población con servicios de asistencia sanitaria fundamental es utilizar trabajadores o agentes sanitarios de la comunidad. (9)

iv. Suministros: Se refiere a los medicamentos y material y equipo proporcionado para una atención adecuada. Los productos farmacéuticos, incluyendo vacunas, píldoras y cápsulas, bolsitas de rehidratación oral, soluciones IV y otras medicinas deben estar disponibles. La disponibilidad y efectividad de los medicamentos son factores claves

para generar y mantener el interés y la participación del público en las actividades relacionadas con la salud. (23,14)

v. Organización y Administración: Es la forma de relacionar los problemas y necesidades de salud de los conjuntos sociales que viven en espacios geográficos delimitados, con los conocimientos y recursos, institucionales y comunitarios, de tal modo que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales de acción, asignar recursos y conducir el proceso hasta la resolución o control del problema. (2,15)

A través de la administración se busca el uso eficiente de los recursos para lograr un objetivo. En el caso del primer nivel de atención de salud, el reto es mayor porque los recursos son generalmente escasos y porque los trabajadores de salud, a pesar de tener los conocimientos técnicos suficientes les resulta difícil aplicarlos a una realidad compleja y cambiante. (21)

vi. Educación para la Salud: Es un proceso que tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir cómo enfrentar mejor, en cualquier momento, sus problemas. La educación para la salud debe generar el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transformen al individuo y la comunidad en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones. (21)

vii. Participación Comunitaria: Se refiere a la participación activa de la comunidad en acciones relacionadas con la salud. El cambio fundamental implícito en la atención

primaria de salud es que la comunidad y los individuos dejan de ser objeto de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades específicas entre ella. (16,21)

C. Ponderación de la Evaluación

Esta agrupación por áreas temáticas facilita la identificación de los rubros que limitan el desarrollo de un servicio, favoreciendo la toma de decisiones racionales para su mejoramiento.

Mediante la encuesta se establece el cumplimiento de cada uno de los elementos especificados, otorgándosele un puntaje relacionado con la importancia de los mismos y cuyo valor ha sido establecido por expertos. (3,6,13)

El Dr. Tapia Revollo recomienda la utilización de los criterios propuestos en el instrumento para la asignación de puntaje y se presenta en el siguiente esquema:

Condición o Requisito	Imprescindible	Necesario
Componente Programático		
Fundamental	10 puntos	5 puntos
Complementario	5 puntos	2.5 puntos

El valor máximo esperado es de 10 pts. y el mínimo es de 2.5 pts. Si la pregunta representa una condición imprescindible o insustituible para el desarrollo de una actividad de un componente programático fundamental de la atención primaria de salud, se le asignó 10 puntos; en tanto que si la condición es necesaria pero no imprescindible para desarrollar una actividad de un componente programático complementario, el valor de la pregunta es de 2.5 puntos.

En algunos casos, las preguntas están constituidas por varios elementos a responder, en estos casos, se reparte el valor o puntaje entre los diversos elementos de ésta pregunta, según el peso relativo de cada elemento.

La suma de todos los puntos correspondientes a respuestas positivas, da el puntaje total del servicio, que expresado porcentualmente, daría una medida de en qué proporción el mismo reúne las condiciones para una atención satisfactoria en relación con el modelo propuesto.

La interpretación de los resultados se lleva a cabo en función de los siguientes parámetros:

Calificación (%)	Condiciones de eficiencia	Riesgo de Ineficiencia
80 - 100	Suficiente o alta	Bajo
50 - 79	Intermedio	Intermedio
1 - 49	Baja o Insuficiente	Alto

(6)

Si la unidad asistencial estudiada obtiene en algún componente programático una calificación inferior a 50, se dice que las condiciones de los recursos del componente

en cuestión son insuficientes y por lo tanto, existe un alto riesgo de ineficiencia con respecto a éste componente. Observándose en la matriz de resultados las calificaciones para cada una de las categorías deficientes que ameritan intervención.

Para la realización de la presente investigación se utilizarán los criterios propuestos en los estudios sobre Evaluación de las Condiciones de Eficiencia del Nivel Operativo de Salud (3,17) en donde se establecieron seis niveles en la escala de ponderación para poder interpretar los resultados:

De 90 a 100% de adecuación:	Excelente
De 80 a 89.9% de adecuación:	Muy buena
De 70 a 79.9% de adecuación:	Buena
De 60 a 69.9% de adecuación:	Regular:
De 50 a 59.9% de adecuación	Deficiente
Menos de 49.9% de adecuación:	Muy Deficiente

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

A. Metodología

1. Tipo de Estudio

Estudio Observacional Descriptivo sobre la evaluación de las condiciones eficiencia para la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención, (puestos de salud) de la región nor-este del Área de Salud de Chimaltenango.

2. Objeto de estudio

Planta física, Recursos Materiales, Recursos Humanos, Normas y Procedimientos, Administración y Programación, Suministros, Educación para la Salud y Participación Comunitaria, de los Puestos de Salud del área de Chimaltenango, para determinar las condiciones de eficiencia en la prestación de servicios de salud.

3. Muestra

Por factibilidad del estudio , se incluyeron todos los Puestos de Salud del área Nor-Este del departamento de Chimaltenago, los cuales son:

-Distrito de San Martín Jilotepeque: Las Lomas, Los Jometes, Chipastor, Chuatalún, Las Escobas, Estancia de la Virgen, Estancia de San Martín Jilotepeque, El Rosario Canajal.

-Distrito de San Juan Comalapa: Simajhuleu, Patzaj, Paquixic, Paraxaj, Panabajal, Pamumus, Xiquín Sanaí.

- Distrito de San José Poaquil: Hacienda María, Palamá Poaquil, Saquitacaj, La Garrucha, Panimacac, Ojercaibal.
- Distrito de Chimaltenango: El Tejar, San Jacinto, Tonajuyú.
- Distrito de San Andres Itzapa: Chimachoy, Parramos, San José Parrojas.
- Distrito de Zaragoza: Rincón Grande, Mancherén Grande, Las Lomas, Puerta Abajo.

4. Criterios de Inclusión:

- Puestos de Salud del área Nor-Este de Chimaltenango
- Puestos de Salud habilitados al momento de realizar la evaluación, y que además:
 - Cubrirán una población mayor de 1200 habitantes.
 - Cuentan con una enfermera nombrada.
 - Cuentan con el equipo mínimo.

5. Variables de Estudio: (Ver páginas # 32,33,34)

6. Ejecución de la Investigación:

El estudio se llevo a cabo en todos los puestos del salud de la región Nor-Este de Chimaltenango, durante el mes de Agosto del presente año. El investigador paso la encuesta del instrumento para evaluar las condiciones de eficiencia elaborado por el Dr. Tapia Revollo (ver anexo I) , al Técnico en Salud Rural, Auxiliar de Enfermería o Médico EPS del puesto de salud visitado.

7. Aspectos éticos de la Investigación

Por ser un estudio de tipo Observacional Descriptivo, no se manejo información que afecte aspectos físicos, morales e intelectuales de ninguna persona; así como tampoco afecto de manera directa o indirecta en ningún grupo comunitario o institucional; adicionalmente, la información se manejo de manera científica, por lo que los aspectos éticos considerados para todo estudio de ésta naturaleza se respetarán.

8. Tipo de tratamiento estadístico y forma de presentación

La ponderación obtenida por los puestos de salud en cada rubro evaluado se manejo como valores absolutos y para la interpretación de los resultados se realizo un promedio de los valores y son expresados en porcentaje y como razones para obtener una apreciación de la situación de las condiciones de eficiencia con que cuentan los puestos de Salud del área Nor-Este del departamento de Chimaltenango. Se establecieron seis niveles en la escala de ponderación para poder interpretar los resultados:

De 90 a 100% de adecuación:	Excelente
De 80 a 89.9% de adecuación:	Muy buena
De 70 a 79.9% de adecuación:	Buena
De 60 a 69.9% de adecuación:	Regular:
De 50 a 59.9% de adecuación	Deficiente
Menos de 49.9% de adecuación:	Muy Deficiente

NOTA: Esta clasificación presentada no concuerda con la mencionada por el Dr. Tapia Revollo, sin embargo para la presente investigación se utilizará dicha clasificación ya que ésta amplía las categorías que se le dieron a la evaluación y por lo tanto le dio mayor especificidad a la interpretación.

B. Recursos:

1. Humanos:

Estudiante de Medicina que realiza su Tesis de Pre-Grado

Auxiliar de Enfermería

EPS Rural

2. Materiales:

Instrumento de Evaluación elaborado por el Dr. R. Tapia para el efecto.

Mapa del Distrito de Salud y lista de los Puestos de Salud.

.

Variables de Estudio

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Planta Física	Es el área o local del puesto de salud dentro del cual se realizan las actividades de promoción, prevención y asistencia por parte del personal del servicio.	Recurso necesario para la prestación eficiente y el buen funcionamiento de los servicios de salud.	Véase instrumento de evaluación, página #65. Numeral I . Criterios 1 al 15. Ponderación 100 puntos.
Recursos Materiales	Se refiere al mobiliario , equipo e insumos, que emplea el servicio de salud, en su función de prestación y producción de servicios.	Equipo de clínicas, oficina y bodegas así como vehículos que se utilizan para la adecuada atención de los pacientes.	Véase instrumento de evaluación, páginas #65,66 Y 67. Numeral II. Criterios 1 al 31. Ponderación 150 puntos.
Recurso Humano	Personal contratado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para brindar atención en los servicios de salud.	Personal institucional que brinda atención en el servicio y que se refiere estudiantes de Medicina en EPSR, Auxiliar de Enfermería, TSR, personal de limpieza y mantenimiento.	Véase instrumento de evaluación, páginas #67 Y 68. Numeral III. Criterios 1 al 13. Ponderación 160 puntos.

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador
Normas y Procedimientos	Es el conjunto de Normas definidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para orientar las actividades que se deben de realizar en cada nivel de atención.	Disponibilidad y cumplimiento de las normas y procedimientos que las autoridades del Ministerio de Salud Han definido para el correcto desarrollo de los programas de salud.	Véase instrumento de evaluación, páginas #68 Y 69. Numeral IV. Criterios 1 al 17. Ponderación 130 puntos.
Administración y Programación de Actividades	Criterios definidos en el nivel local, para optimizar la utilización de recursos en beneficio de la comunidad.	Uso adecuado de los recursos en función de una programación que responde a la realidad del lugar en el cual se trabaja.	Véase instrumento de evaluación, páginas #69 Y 70. Numeral V. Criterios 1 al 18. Ponderación 130 puntos.
Suministros proporcionados a los Puestos de Salud.	Medicamentos, materiales y equipo que se le proporciona a un servicio para acciones de prevención (vacunas), curación (medicamentos, equipo de cirugía menor, etc.) y rehabilitación de los pacientes.	Disponibilidad de Medicamentos y equipo médico, en cantidad adecuada para cubrir los requerimientos básicos de la comunidad.	Véase instrumento de evaluación, páginas # 70 71 Y 72.. Numeral VI. Criterios 1 al 14. Ponderación 100 puntos.

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador
Educación para la Salud	Planificación, programación, desarrollo y evaluación de actividades de educación en salud a grupos comunitarios.	Desarrollo de charlas educativas con base a un programa de educación para la salud, orientando a la promoción y prevención de la salud y enfermedad respectivamente.	Véase instrumento de evaluación , páginas #72 Y 73. Numeral VII. Criterios 1 al 7. Ponderación 130 puntos.
Participación Comunitaria	Coordinación generada por el personal de los servicios para que los miembros de la comunidad participen en actividades de promoción y prevención para la salud.	Plan de trabajo elaborado con miembros de la comunidad para poder desarrollar actividades de promoción y prevención para la salud.	Véase instrumento de evaluación, página # 73. Numeral VIII. Criterios 1 al 6. Ponderación 100 puntos.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

GRAFICA DE GANTT

	1	X	X													
	2	X	X													
A	3	X	X	X	X	X	X	X	X							
C	4		X	X	X	X	X									
T	5		X													
I	6			X												
V	7			X	X											
I	8				X	X	X	X	X							
D	9								X	X						
A	10									X	X					
D	11										X	X				
E	12											X	X			
S	13												X	X	X	
	14														X	X
	15															X
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	S E M A N A S															

ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto en la jefatura de área de Chimaltenango.
6. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
7. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información.
8. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
9. Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para correcciones.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Examen público de defensa de tesis.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

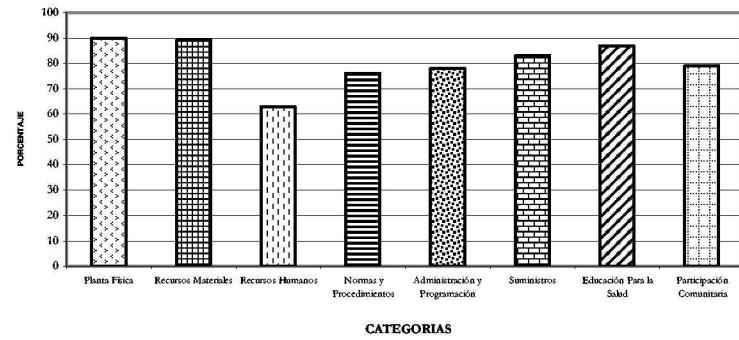
CUADRO No 1.

PORCENTAJE DE ADECUACIÓN POR RUBRO DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA EN LOS DISTRITOS DE SALUD DEL ÁREA NOR-ESTE DE CHIMALTENANGO, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE DEL 2,000.

Categorías Districtos De Salud	Planta Física	Recursos Materiales	Recursos Humanos	Normas y Procedimientos	Administración y Programación	Suministros	Educación Para la Salud	Participación Comunitaria	Promedio
San Martín Jilotepeque	93	90	62	77	79	85	93	90	84
San Juan Comalapa	88	90	71	73	81	85	86	91	83
San José Poaquil	95	89	68	78	81	87	93	86	85
Chimaltenango	93	93	77	81	84	89	95	90	88
San Andrés Itzapa	88	87	54	68	67	72	78	56	71
Zaragoza	84	84	51	77	79	79	75	59	74
Promedio	90	89	63	76	78	83	87	79	81

FUENTE: INSTRUMENTO UTILIZADO PARA EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS PUESTOS DE SALUD DEL ÁREA NOR-ESTE DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

GRAFICA No 1
 PORCENTAJE DE ADECUACIÓN POR RUBRO DE LOS DISTRITOS DE SALUD DEL ÁREA NOR-ESTE DE CHIMALTENANGO, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y
 SEPTIEMBRE DEL 2000.



CUADRO No 2

PORCENTAJE POR RUBRO DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA EN CADA PUESTO DE SALUD DEL DISTRITO DE SAN MARTÍN JILOTEPEQUE DEL ÁREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE DEL 2,000.

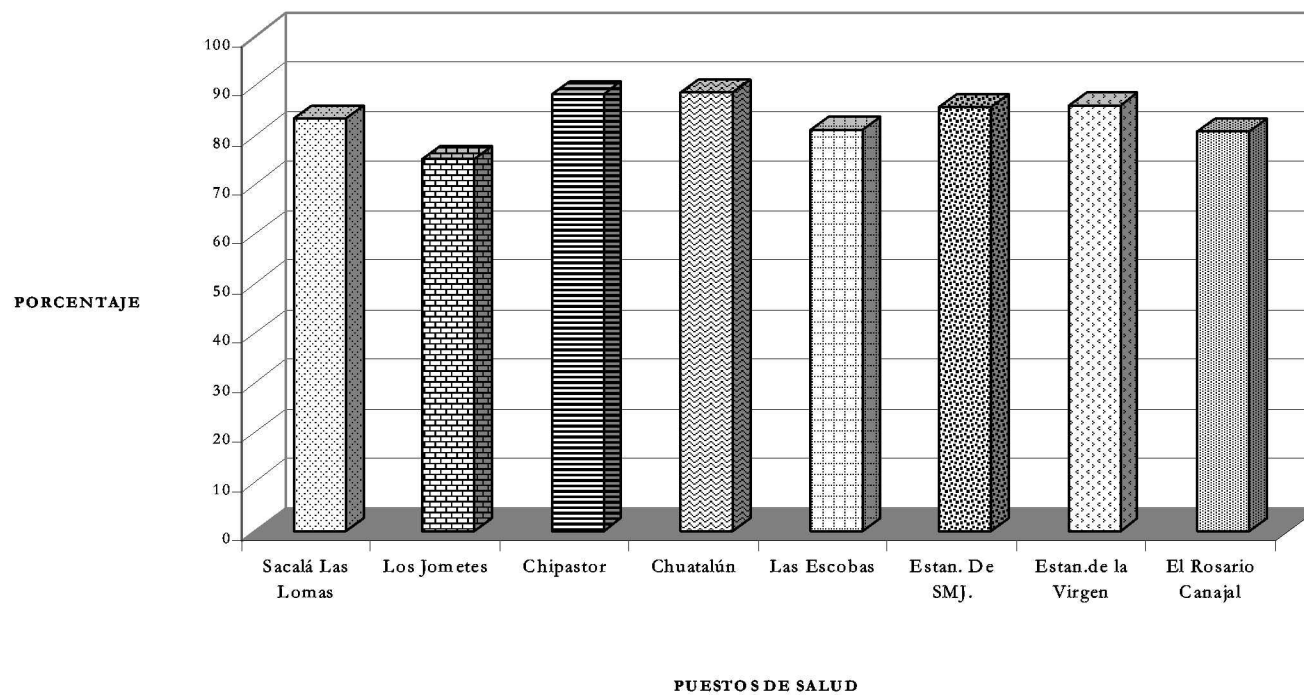
FUENTE :INSTRUMENTO UTILIZADO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS PUESTOS DE SALUD DEL ÁREA NOR-ESTE DEL DEPARTAMENTO DE

PUESTOS DE SALUD CATEGORÍAS	SACALÁ LAS LOMAS	LOS JOMETES	CHIPASTOR	CHUATALÚN	LAS ESCOBAS	ESTANCIA DE SAN MARTÍN JILOTEPEQUE	ESTANCIA DE LA VIRGEN	EL ROSARIO CANAJAL	PROME DIO
PLANTA FÍSICA	85	92	100	100	86	86	100	93	92.75
RECURSOS MATERIALES	95.3	77.3	81.3	97.3	94.6	94	90	90.6	90.05
RECURSOS HUMANOS	34.4	38.7	100	81.2	48.7	65.6	65.6	63.1	62.16
NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	80.7	71.5	77.7	88.4	66.1	76.9	86.9	65.3	76.69
ADMINISTRACIÓN Y PROGRAMACIÓN	85.3	75.3	80.7	80.7	76.9	80.7	80.7	76.9	79.65
SUMINISTROS	91	75	91	81	85	91	86	79	84.88
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	94.6	95.3	90.7	97.6	91.5	90	94.6	92.3	93.33
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	100	85	85	82	100	100	85	85	90.25
PROMEDIO	83.3	76.26	88.30	88.53	81.10	85.53	86.10	80.65	83.72

CHIMALTENANGO.

GRAFICA No 2

PORCENTAJE PROMEDIO DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA EN CADA PUESTO DE SALUD DEL DISTRITO DE SAN MARTIN JILOTEPEQUE DEL ÁREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE DEL 2,000.



CUADRO No 3

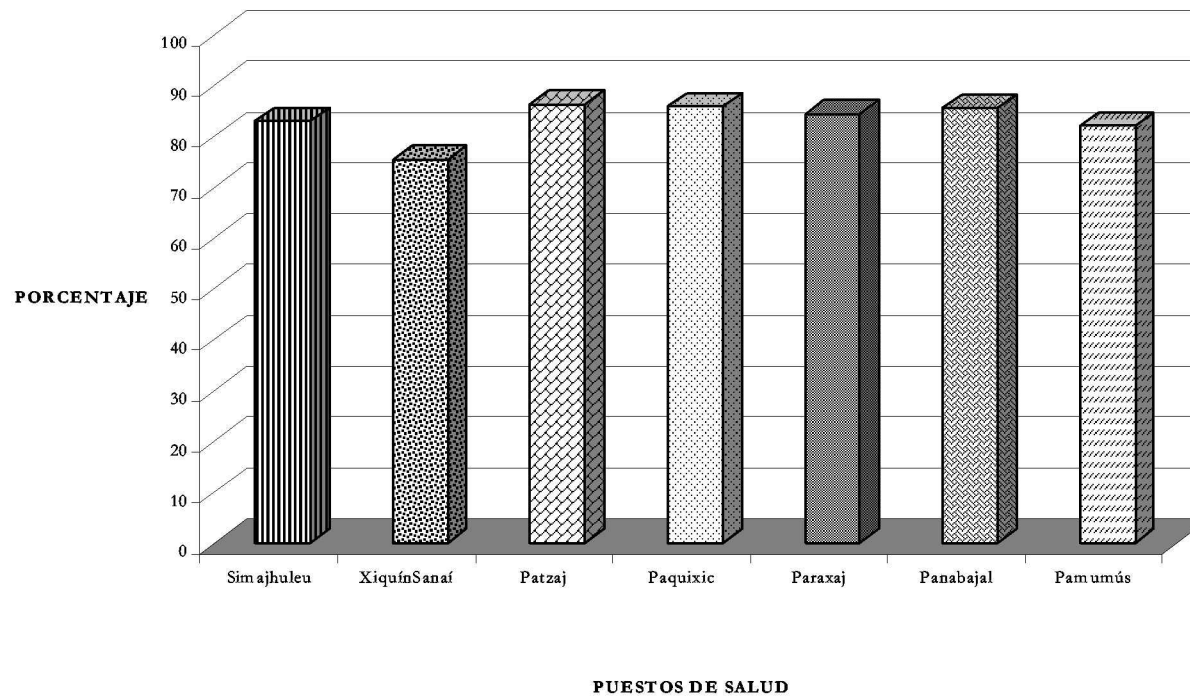
PORCENTAJE POR RUBRO DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA EN CADA PUESTO DE SALUD DEL DISTRITO DE SAN JUAN COMALAPA DEL ÁREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE DEL 2,000.

PUESTOS DE SALUD CATEGORÍAS	SIMAJHULEU	XIQUÍN SANAI	PATZAJ	PAQUIXIC	PARAXAJ	PANABAJAL	PAMUMÚS	PROMEDIO
PLANTA FÍSICA	86	87	87	87	93	86	93	88.43
RECURSOS MATERIALES	93.3	80	97.3	90	93.3	90	87.3	90.17
RECURSOS HUMANOS	65.6	65.6	75	65.6	71.8	81.2	71.8	70.94
NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	71.5	64.6	80.7	80	74.6	73	66.1	72.93
ADMINISTRACIÓN Y PROGRAMACIÓN	80.7	76.9	86.9	86.9	80.7	80.7	76.9	81.39
SUMINISTROS	91	69	85	85	91	91	85	85.29
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	76.1	76.1	94.6	92.3	86.1	97.6	76.1	85.56
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	100	85	85	100	85	85	100	91.43
PROMEDIO	83.03	75.53	86.44	85.85	84.44	85.56	82.03	83.27

FUENTE: INSTRUMENTO UTILIZADO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS PUESTOS DE SALUD DEL ÁREA NOR-ESTE DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

GRAFICA No 3

**PORCENTAJE PROMEDIO DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA EN CADA PUESTO DE SALUD DEL DISTRITO DE SAN JUAN
COMALAPA DEL ÁREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE DEL 2,000.**



CUADRO No 4

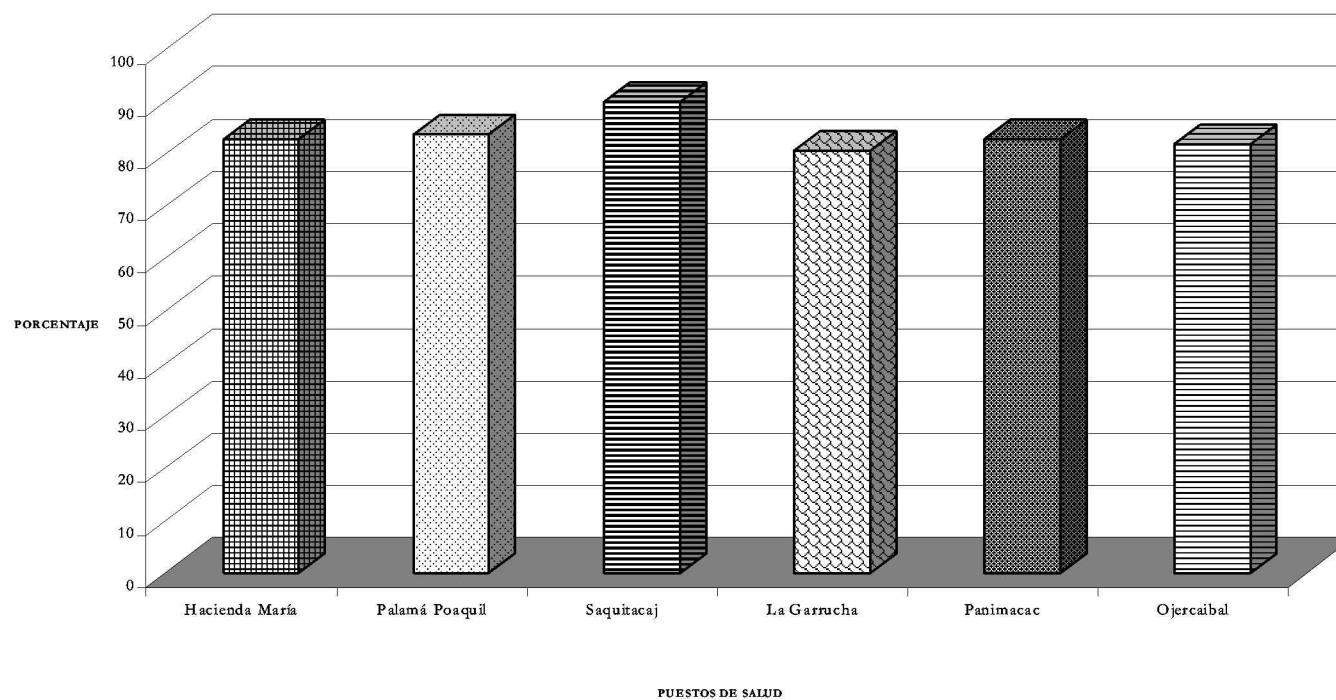
PORCENTAJE POR RUBRO DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA EN CADA PUESTO DE SALUD DEL DISTRITO DE SAN JOSÉ POAQUIL DEL ÁREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE DEL 2,000.

PUESTOS DE SALUD CATEGORÍAS	HACIENDA MARÍA	PALAMÁ POAQUIL	SAQUITACAJ	LA GARRUCHA	PANIMACAC	OJERCAIBAL	PROMEDIO
PLANTA FÍSICA	93	100	93	92	93	100	95.17
RECURSOS MATERIALES	87.3	93.3	93.3	86	91.3	87.3	89.75
RECURSOS HUMANOS	65.6	71.8	90.6	41.8	64.3	71.8	67.65
NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	75.3	72.3	77.6	86.1	77.6	77.6	77.75
ADMINISTRACIÓN Y PROGRAMACIÓN	80.7	76.1	80.7	90	76.9	80.7	80.85
SUMINISTROS	91	86	90	81	85	73	84.33
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	83	91.5	94.6	86.1	89.2	97.6	90.33
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	85	78	100	82	85	67	82.83
PROMEDIO	82.61	83.63	89.98	80.63	82.79	81.88	83.59

FUENTE: INSTRUMENTO UTILIZADO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS PUESTOS DE SALUD DEL ÁREA NOR-ESTE DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

GRAFICA No 4

PORCENTAJE PROMEDIO DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA EN CADA PUESTO DE SALUD DEL DISTRITO DE SAN JOSÉ POAQUIL DEL ÁREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE DEL 2,000.



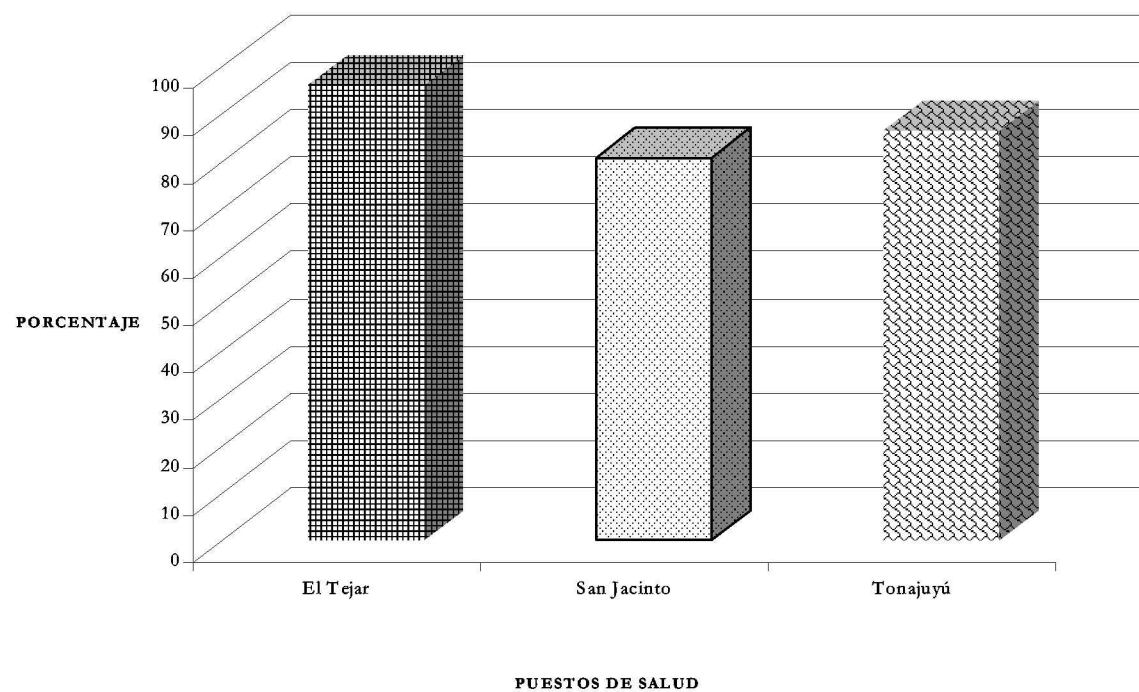
CUADRO No 5

PORCENTAJE POR RUBRO DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA EN CADA PUESTO DE SALUD DEL DISTRITO DE CHIMALTENANGO DEL ÁREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO , DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE DEL 2,000.

PUESTOS DE SALUD CATEGORÍAS	EL TEJAR	SAN JACINTO	TONAJUYÚ	PROMEDIO
PLANTA FÍSICA	100	93	85	92.67
RECURSOS MATERIALES	97.3	88.6	92.6	92.83
RECURSOS HUMANOS	87.5	71.8	71.8	77.03
NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	98.4	70	75.3	81.23
ADMINISTRACIÓN Y PROGRAMACIÓN	95.3	76.9	80.7	84.30
SUMINISTROS	90	85	91	83.67
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	100	91.5	94.6	95.37
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	100	69	100	89.67
PROMEDIO	96.06	80.73	86.38	87.72

FUENTE: INSTRUMENTO UTILIZADO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS PUESTOS DE SALUD DEL ÁREA NOR-ESTE DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

GRAFICA No 5
PORCENTAJE PROMEDIO DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA EN CADA PUESTO DE SALUD DEL DISTRITO DE CHIMALTENANGO, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE DEL 2,000.



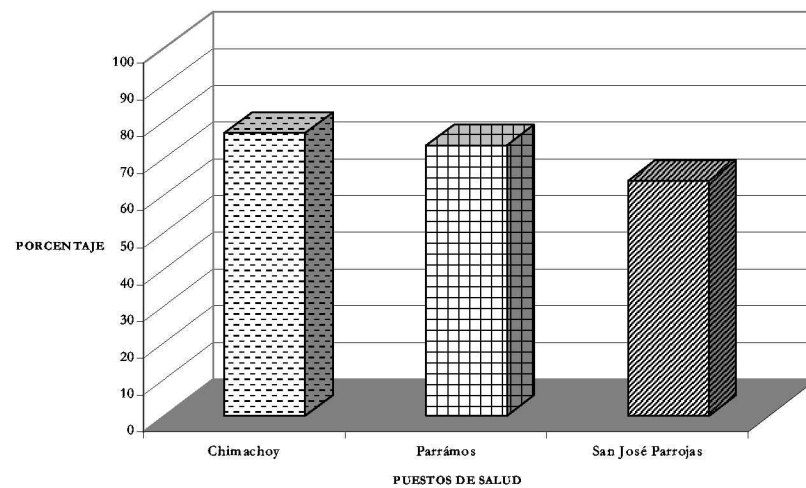
CUADRO No 6

PORCENTAJE POR RUBRO DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA EN CADA PUESTO DE SALUD DEL DISTRITO DE SAN ANDRES ITZAPA DEL ÁREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE DEL 2,000.

PUESTOS DE SALUD CATEGORÍAS	CHIMACHOY	PARRÁMOS	SAN JOSÉ PARROJAS	PROMEDIO
PLANTA FÍSICA	78	87	100	88.33
RECURSOS MATERIALES	72	94.6	94	86.87
RECURSOS HUMANOS	81.2	35.6	46.2	54.33
NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	74.6	72.3	58.4	68.43
ADMINISTRACIÓN Y PROGRAMACIÓN	80.7	76.1	43.8	66.87
SUMINISTROS	76	71	69	72.00
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	85.3	100	50	78.43
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	67	52	49	56.00
PROMEDIO	76.85	73.58	63.80	71.41

FUENTE: INSTRUMENTO UTILIZADO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS PUESTOS DE SALUD DEL ÁREA NOR-ESTE DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

GRAFICA No 6
PORCENTAJE PROMEDIO DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA EN CADA PUESTO DE SALUD DEL DISTRITO DE SAN ANDRÉS
ITZAPA DEL ÁREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE DEL 2,000.



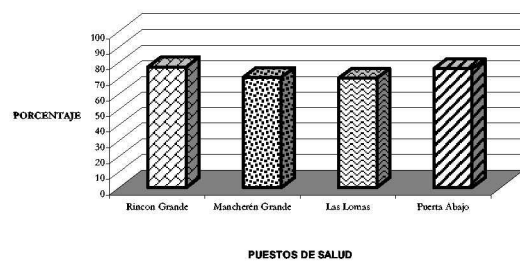
CUADRO No 7

PORCENTAJE POR RUBRO DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA EN CADA PUESTO DE SALUD DEL DISTRITO DE ZARAGOZA DEL ÁREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE DEL 2,000.

PUESTOS DE SALUD CATEGORIAS	RINCÓN GRANDE	MANCHERÉN GRANDE	LAS LOMAS	PUERTA ABAJO	} PROMEDIO
PLANTA FÍSICA	73	87	93	82	83.75
RECURSOS MATERIALES	88	82.6	91.3	74.6	84.13
RECURSOS HUMANOS	87.5	21.8	29.3	63.7	50.58
NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	71.5	75.3	80	80	76.70
ADMINISTRACIÓN Y PROGRAMACIÓN	78.4	79.2	78.4	79.2	78.80
SUMINISTROS	74	85	72	84	78.75
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	77.6	80.77	66.9	74.6	74.97
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	67	52	47	69	58.75
PROMEDIO	77.13	70.46	69.74	75.89	73.31

FUENTE: INSTRUMENTO UTILIZADO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS PUESTOS DE SALUD DEL ÁREA NOR-ESTE DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

GRAFICA No 7
PORCENTAJE PROMEDIO DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA EN CADA PUESTO DE SALUD DEL DISTRITO DE ZARAGOZA DEL ÁREA DE SALUD DE CHIMATENANGO,
DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE DEL 2000.

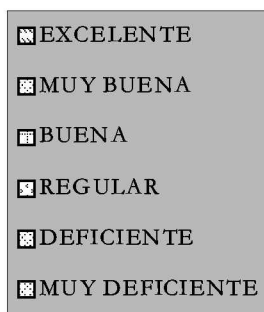
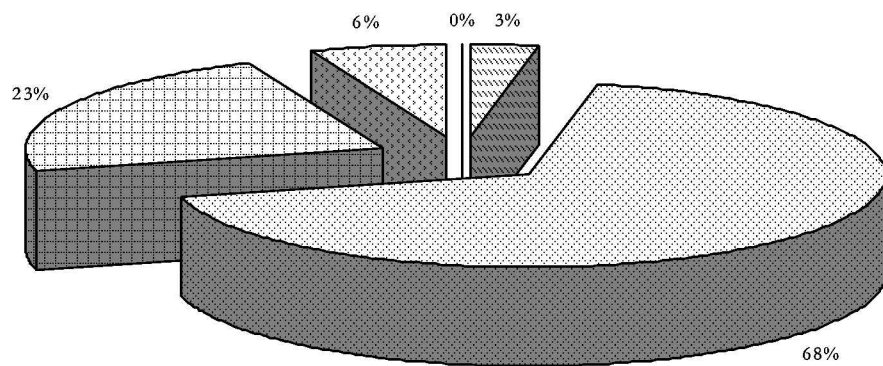


CUADRO No 8
CATEGORIZACIÓN DE LOS PUESTOS DE SALUD OBTENIDA Y EXPRESADA
EN PORCENTAJE DE ACUERDO A LA CALIFICACIÓN OBTENIDA DE
CONDICIONES DE EFICIENCIA DEL ÁREA NOR-ESTE DEL DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE
DEL 2,000

CRITERIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	1	3
MUY BUENA	21	68
BUENA	7	23
REGULAR	2	6
DEFICIENTE	0	0
MUY DEFICIENTE	0	0
TOTAL	31	100

FUENTE :INSTRUMENTO UTILIZADO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS PUESTOS DE SALUD DEL ÁREA NOR-ESTE DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

GRAFICA No 8
PROMEDIO DE CATEGORIZACIÓN DE CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS PUESTOS DE SALUD DEL
ÁREA NOR-ESTE DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y
SEPTIEMBRE DEL 2,000.



VIII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para la presentación y análisis, los resultados se presentan en cuadros los cuales expresan el promedio de los porcentajes de punteo de los puestos de salud por Distritos del Área Nor-Este de Chimaltenango; para mayor especificidad se analizó cuadro por separado. Los porcentajes de adecuación por categoría evaluada se interpretan de acuerdo a la escala de ponderación establecida en Excelente, Muy Buena, Buena, Regular, Deficiente y Muy Deficiente.

Cuadro No 1: se presentan los porcentajes de adecuación obtenidos en las diferentes categorías de todos los distritos de salud evaluados del Área Nor-Este de Chimaltenango. Para una mejor comprensión y análisis más específico en los siguientes cuadros se presentan los porcentajes de adecuación de cada uno de los puestos de salud de los diferentes distritos presentados en éste cuadro.

Cuadro No2: se evalúan las condiciones de eficiencia del Distrito de San Martín Jilotepeque, encontrándose que la mayoría de los puestos de salud son catalogados con condiciones de eficiencia Muy Buena. En los puestos de salud de Los Jometes las condiciones de eficiencia son catalogadas como Buenas (76.26), ya que presenta mayores limitaciones en los rubros de Recursos Materiales, Recursos Humanos, Normas y Procedimientos, Administración y Programación y Suministro en comparación con los demás puestos de salud.

En conjunto el Distrito es catalogado en condiciones de eficiencia Muy Buena (83.72). Sin embargo algunos puestos de salud de éste distrito (Sacalá Las Lomas y Los Jometes) presentan deficiencias en los rubros de Recursos Humanos catalogado como Muy Deficientes en ambos puestos de salud, debido a que dichos puestos de salud no cuentan con Técnico en Salud Rural, EPSR y/o Promotor de Salud y también hay 1 enfermera para más de 2,000 habitantes, y esto impide que en promedio la ponderación del Distrito sea mayor en éste rubro; es importante hacer notar que las deficiencias en éste rubro no son en todos los puestos de salud del Distrito. Le siguen en orden decreciente Administración y Programación y

Normas y Procedimientos clasificados como Buenas (79.65,76.69 respectivamente), Suministros Educación Para la Salud, Planta Física, Participación Comunitaria y Recurso Material clasificados como Excelentes (84.88, 93.33, 92.75, 90.25, 90.05, respectivamente).

Cuadro No 3: se evalúa el Distrito de San Juan Comalapa, en donde la mayoría de los puestos de salud las condiciones de eficiencia son catalogadas como Muy Buenas(83.27), únicamente el puesto de salud de Xiquín Sanaí es catalogado como Bueno (75.53).

Podemos ver que el rubro con menos porcentaje de adecuación es el de Recursos Humanos catalogado como Bueno (70.94).

Cuadro No 4: se evalúa el Distrito de San José Poaquil en donde las condiciones de eficiencia de todos los puesto de salud son catalogadas como Muy Buenas (83.59).

El rubro con menos porcentaje de adecuación es el de Recursos Humanos, catalogado como Regular (67.65). En este rubro el puesto de salud más afectado es el de La Garrucha ya que es catalogado como Muy Deficiente (41.8%) debido a que a pesar que cuentan con enfermera no cuentan con TSR, Promotores de Salud ni EPSR, los demás puestos de salud en dicho rubro fueron clasificados como Regulares, Buenos y Muy Buenos.

Cuadro No 5: se evalua el Distrito de Chimaltenango, en donde las condiciones de eficiencia de los puestos de salud de el Tejar son Excelentes (95.80) ya que el mismo está próximo a convertirse en Centro de Salud.

Los puestos de Salud de San Jacinto y Tonajuyú se clasifican como Muy Buenos (80.50, 85.60 respectivamente). En promedio el Distrito es catalogado como Muy Bueno (87.31). Aquí también podemos ver que el rubro con menos porcentaje de adecuación es el de Recursos Humanos, sin embargo es calificado como Bueno.

Cuadro No 6: se evalúa el distrito de San Andrés Itzapa, en donde podemos ver que los puestos de salud de Chimachoy y Parramos se clasifican como Buenos, el puesto de salud de San José Parrojas se clasifica como Regular y en conjunto el Distrito es catalogado como Bueno. Sin embargo podemos ver que los rubros catalogados como deficientes son Recursos Humanos y Participación Comunitaria, siendo los puestos de salud más afectados en dichos rubros los de Parrámos y San José Parrojas ya que no cuentan con EPSR, TSR y los que cuentan con Promotores de Salud no han recibido capacitación o no hay en todas las comunidades, asimismo hay poca participación por parte de la comunidad en las actividades que realizan los puestos de salud.

Cuadro No 7: se evalúa el Distrito de Zaragoza en donde la mayor parte de los puestos de salud se categoriza como Bueno(73.31) y únicamente el puesto de salud de Las Lomas se categoriza como Regular (69.74).

Aquí podemos ver también que uno de los rubros categorizados como Deficientes (50.58) de manera general es el de Recurso Humano, siendo los puestos de salud más afectados : Mancherén Grande y Las Lomas. Otro rubro categorizado como Deficiente es el de Participación Comunitaria (58.75) siendo más afectados también los puestos de Mancherén Grande y Las Lomas.

Cuadro No 8: se evidencia que se evaluaron la totalidad de los puestos de salud del Área Nor-Este del departamento de Chimaltenango(31 puestos de salud=100%) y que las condiciones de eficiencia a nivel general de dicha área se categorizar como Muy Buenas.

En términos generales el rubro con más limitaciones es el de Recurso Humano categorizandose en algunos puestos de salud como Muy Deficiente, debido a que en algunos puestos de salud la enfermera no reside en la localidad y/o cubre una población mayor de 2,000 habitantes, no se cuenta con EPSR, Promotores de Salud

ni TSR. Sin embargo la formación y el desempeño laboral del recurso humano es muy buena, ya que sí reciben frecuentemente capacitación y así mismo son supervisados por lo menos cada tres meses.

Como se menciono anteriormente es importante hacer notar que las deficiencias en éste rubro fueron en algunos puestos de salud y no en la mayoría de ellos y esto no afecta de manera directa la ponderación de los demás rubros.

Las categorías con mayor porcentaje de adecuación son Recurso Material y Planta Física debido a que la mayor parte de puestos de salud cuentan con los requisitos necesarios en cuanto a construcción del puesto, en algunos puestos de salud tienen limitaciones en lo que se refiere a servicio sanitario público; todos los puestos de salud cuentan con agua y luz en horas hábiles.

La categoría de Normas y Procedimientos fue clasificada como Buena, por lo que podemos decir que la prestación de servicios de los puestos de salud sí se apega a normas y procedimientos definidos en el primer nivel de atención.

Podemos concluir que las condiciones de eficiencia del Área Nor-Este de Chimaltenango son muy buenas.

IX. CONCLUSIONES

1. Las condiciones de eficiencia de los puestos de salud del área Nor-Este del departamento de Chimaltenango, se clasifican en su mayor porcentaje como Muy Buenas.
2. El puesto de Salud que se clasifica como Excelente es el de El Tejar perteneciente al Distrito de Salud de Chimaltenango.
3. Las condiciones de Planta Física se encuentran dentro de una condición Excelente, siendo el mayor puntaje el Distrito de Salud de San José Poaquil.
4. El Recurso Material y Suministro con que cuenta el área Nor-Este de Chimaltenango, se encuentran en condición Muy Buena viéndose igualdad en todos los seis Distritos de Salud.
5. El área Nor-Este de Chimaltenango, cuenta con limitaciones a nivel de Recurso Humano ya que su calificación es Regular, viéndose más afectados los Distritos de Salud de Zaragoza y San Andrés Itzapa. Dichas limitaciones son en cuanto a falta de personal, ya que la formación y el desempeño laboral del mismo son muy buenas.
6. El área de salud Nor-Este del departamento de Chimaltenango, se categoriza como Buena, en la escala de ponderación en cuanto al funcionamiento del servicio basado en Normas y Procedimientos, Administración y Programación y Participación Comunitaria.
7. La Educación en Salud se encuentra categorizada como Muy Buena, siendo el mayor puntaje para el Distrito de Salud de Chimaltenango y el de menor puntaje el del Distrito de Salud de Zaragoza.
8. El funcionamiento del servicio de los puestos de salud del Área Nor-Este de Chimaltenango sí se apega a normas y procedimientos definidos en el primer nivel de atención.

X. RECOMENDACIONES

1. Mejorar las categoría de los puestos de salud que se encuentran limitadas para su continuo desarrollo.
2. Resolver a nivel de Área y Distrito de Salud el Recurso Humano que la categoría más limitada y la prioridad para el mejoramiento de las condiciones de eficiencia de los puestos de salud.
3. Promover la participación de la comunidad en el mejoramiento de la atención con el apoyo de las entidades gubernamentales y no gubernamentales de cada distrito.
4. Evaluar constantemente las condiciones de eficiencia por parte del Distrito de Salud, para evitar desde aquí el descenso de las mismas.

XI. RESUMEN

Se estudiaron las condiciones de eficiencia en los puestos de salud el Área Nor-Este del departamento de Chimaltenango, con una totalidad de 31 puestos, repartidos en los Distritos de Salud de San Martín Jilotepeque, San Juan Comalapa, San José Poaquil, Chimaltenango, San Andrés Itzapa y Zaragoza. Se visitaron los 31 puestos de salud y se hizo una evaluación de cada uno utilizando el instrumento predefinido para la evaluación de las condiciones de eficiencia y teniendo como referencia estudios previos acerca del tema.

El estudio revela que las condiciones de eficiencia han mejorado ya que anteriormente en la evaluación realizada por el Programa EPSR se clasificaron como Malas, el estudio las clasifica actualmente como Muy Buenas. Dentro de las categorías que limitan funcionamiento de los puestos de salud es el Recurso Humano, categorizándose como Regular y viéndose más afectados los puestos de salud de menor accesibilidad como lo son Las Lomas Sacala, Los Jometes, Las Escobas pertenecientes al Distrito de Salud de San Martín Jilotepeque; Mancherén Grande, Las Lomas del Distrito de Zaragoza; Parrámos de San Andrés Itzapa y La Garrucha de San José Poaquil.

La Administración y Programación, Normas y Procedimientos y Participación Comunitaria son categorizadas como Buenas, éstas aun no son completamente eficientes y se ven también afectadas por la falta de Recurso Humano ya que se pone mayor énfasis en programas de vacunación, atención de emergencias, llenado de papelería que impiden que una sola persona en el puesto de salud logre ser completamente eficiente.

Dentro del estudio se establece que el puesto de salud del El tejear perteneciente al Distrito de Salud de Chimaltenango se clasifica como Excelente ya que se pone mayor énfasis en el equipamiento del mismo, mayor recurso humano debido a la demanda y por lo mismo planeado categorizarlo como Centro de Salud.

En cuanto a Recurso Material, Suministro y Educación Para la Salud sé categorizar como Muy Buena eficiencia a nivel general.

Los puestos de salud con promedio Regular que es la calificación más baja en el Área Nor-Este de Chimaltenango son los puestos de Las Lomas del Distrito de Salud de Zaragoza y San José Parrojas perteneciente al Distrito de Salud de San Andrés Itzapa. El 68% de los puestos de salud se categorizaron como Muy Buenos, el 23% como Buenos, el 6% como Regular y el 3% como Excelente.

Por lo anterior se hace ver que para que las condiciones de eficiencia de los puestos de salud se mantengan en continuo desarrollo es necesario mejorar las categorías que se encuentran limitadas dándole prioridad al Recurso Humano que es el más afectado del estudio así mismo buscar mecanismos que ayuden a resolver éstos problemas y detectar a tiempo las categorías en las que están fallando en el funcionamiento de los servicios de salud.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud, OPS, CBS, APROFAM, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Alma Ata, 10 años después. Avances. Guatemala, 1,990.
2. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Maryland, E.U.A. 1,991.
3. Cojon T., Walfre O. Evaluación de las condiciones para la prestación eficiente de servicios en el primer nivel de atención. Tesis. (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1,998.
4. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación para el Planteamiento de Programas de Educación para la Salud. Serie Paltex #18. Washington, D.C., 1,990.
5. Chang, N. Evaluación de Servicios de Salud, Bases para un Modelo. Tesis. (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1,998.
6. Tapia R., Gustavo L. Instrumentación para evaluar el proceso de aplicación de la estrategia de atención primaria en servicios de salud periféricos y comunidad. Tesis. (Magíster Scientifcae en Alimentación y Nutrición en Salud). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. INCAP, CESNA. Guatemala, 1988.
7. Organización Panamericana de la Salud. Salud para todos en el año 2000. Estrategias. Washington, D.C.,U.S.A., 1,980.
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas y Guías de Atención en Centros de Salud. Guatemala, 1,979.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. U.R.S.S., Ginebra, 1,978; OMS, 1,981.
10. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Evaluación de las Condiciones de Eficiencia Materno-Infantil de los Centros y Puestos de Salud del Área de Guatemala Sur. Guatemala, 1,986.

11. Dirección General de Servicios de Salud. Red de Establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unida Informática. Guatemala, 1,995.
12. Kythy, J. Diagnóstico Situacional en Sistemas de Atención Médica. Salud Publica de México. México, 1,986.
13. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Programa de EPSR. Evaluación de las Condiciones de Eficiencia de los Puestos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Informe Final. Guatemala, 1,987.
14. Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, USAID. El Suministro de Medicamentos. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud. Guatemala, 1,982.
15. Organización Mundial de la Salud, OPS. La Administración Estratégica. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington, U.S.A., 1,995.
16. Gamboa V., Imelda X. Evaluación de las Condiciones de Eficiencia de los Servicios del Primer Nivel de Atención en Salud de Sololá, para la Vigilancia, Prevención y Control del Cólera. Tesis. (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1,999.
17. Ical C., Rogelio. Evaluación de las Condiciones de Eficiencia del Nivel Operativo en Salud. Tesis. (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1,993.
18. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, OMS. Condiciones de La Salud en las Américas. Publicación Científica 524. Guatemala, 1,990.
19. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Términos empleados en la Serie "Salud para Todos". Ginebra, 1,984.
20. Organización Mundial de la Salud, OPS. Evaluación para el Cambio. Washington, D.C., 1,993.

21. Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene Tropical en la Universidad de Heidelberg. Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos. 2da edición. México, D.F., 1,992.
22. Pangam S., Hector H. Evaluación de las Condiciones de Eficiencia de los Servicios del Nivel Operativo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en la Vigilancia, Prevención y Control del Cólera. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1,993.
23. Organización Panamericana de la Salud. Estudio Básico del Sector Salud. Publicación Científica y Teórica #50. Guatemala, 1,991.
24. Barillas Edgar. Elementos para la Reforma del Sector Salud. Guatemala, 1,995.
25. Organización Panamericana de la Salud, OMS. El Proceso de Transformación de la Salud en Guatemala. Guatemala, 1,996.

XIII. ANEXOS

INSTRUMENTO PARA EVALUAR

"CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN EFICIENTE DE LOS SERVICIOS EN LOS PUESTOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA"

INFORMACION GENERAL

1.- IDENTIFICACION DEL SERVICIO: _____

Puesto de Salud: _____

Distrito: _____

Área:

2.- AREA DE INFLUENCIA:

A. Área geográfica que cubre el servicio: _____ Kms².

B. Población aproximada que cubre el servicio: _____ habitantes.

3.- CARACTERISTICAS DE ACCESIBILIDAD AL SERVICIO:

3.1. Geográficas:

a) Distancia aproximada desde el hogar de las familias más distantes al Puesto de Salud: _____ Kms².

b) Tiempo aproximado que demoran las familias más distantes para llegar al Puesto: _____ horas _____ minutos.

c) Medio de movilización que utilizan las familias para acudir al Puesto de Salud, en orden de prioridad:

3.2 Funcionales:

a) El horario de atención de pacientes, es compatible y suficiente para la demanda:

.

Porque: _____

3.3. Culturales:

- a) Existe dificultad en la comunicación entre el usuario y el proveedor del servicio, por diferencia de idioma o lengua:

- b) Lengua o dialecto hablado en mayor porcentaje por la población:

4.- INFORMACION PARA REGISTRO DEL ESTUDIO:

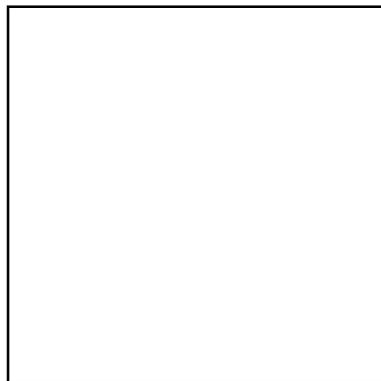
- a) Nombre del investigador:

- b) Nombre del entrevistado:

- Cargo:

- c) Fecha de la entrevista:

- d) Sello del Puesto de Salud:



INSTRUMENTO PARA LA "EVALUACION DE LAS CONDICIONES PARA LA EFICIENCIA EN LOS PUESTOS DE SALUD DE CHIMALTENANGO. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA"

I PLANTA FISICA.....		100 PUNTOS
El Edificio del Puesto de Salud dispone de		
1)	Ambiente (Sala de espera con espacio suficiente para la demanda	(7)
2)	Espacio para recepción y registro de pacientes	(5)
3)	Área de preconsulta (para pesar, medir, tomar temperatura, etc.)	(7)
4)	Ambiente separado para procedimientos (vacunas, curaciones, hipodermia, etc.)	(6)
5)	Consultorio con privacidad para la atención de pacientes	(9)
6)	Espacio para archivo de historias clínicas.....	(5)
7)	Lavamanos funcional para el personal del puesto	(7)
8)	Servicio sanitario en buenas condiciones para el personal	(7)
9)	Servicio sanitario en buenas condiciones para el público.....	(7)
10)	Iluminación natural suficiente para las actividades diurnas.....	(6)
11)	Servicio de agua potable durante las horas hábiles	(8)
12)	Servicio continuo de energía eléctrica, al menos durante las horas hábiles.....	(7)
13)	Bodega (para leche y otros implementos) funcional en cuanto a espacio, humedad y ventilación	(6)
14)	Área para impartir educación para la salud (charlas y demostraciones)	(7)
15)	Paredes y piso de material que facilite su limpieza.....	(6)
II RECURSOS MATERIALES		150 PUNTOS
1)	Estufa y autoclave para esterilización.....	(6)
	- solo estufa o autoclave.....	(2)
2)	Espéculos vaginales en número suficiente para la demanda.....	(4)
3)	Materiales suficientes para examen de Papanicolau (papeletas, laminillas, spray o frascos con formol)	(4)
4)	Materiales para la toma de gota gruesa en número suficiente para la demanda	

		(4)
5)	Materiales para la toma de muestra de baciloscopia de esputo en número suficiente.....	(4)
6)	Muebles para archivo de historias clínicas.....	(3)
7)	Mueble o estantería para colocar medicamentos.....	(4)
8)	Balde con pedal para desechar gasas, curaciones, algodón, etc.	(4)
9)	Guantes para curaciones o procedimientos en buen estado y en número suficiente para la demanda.	(5)
	-Guantes en número insuficiente o en mal estado	(2)
10)	Jeringas de diversos tamaños en cantidad suficiente para atender la demanda.	(5)
	-Sólo algunos tamaños o cantidad insuficiente.....	(2)
11)	Agujas hipodérmicas para administrar medicamentos por vía intramuscular, endovenosa y subcutánea en cantidad suficiente para la demanda.....	(5)
	-Sólo algunas agujas o en mal estado.....	(2)
12)	Equipo de sutura compuesto por mango y hojas de bisturí, porta-agujas, agujas de sutura semicircular (diferentes tamaños), tijera curva, recta o ambas, pinza con dientes y sin dientes, hilos absorbibles y no absorbibles en diferentes números	(6)
	Equipo de Sutura incompleto.....	(3)
13)	Baja lenguas desechables en cantidad suficiente para la demanda.....	(3)
14)	Cuenta con bandejas de aluminio, frascos para gasa y algodón estéril, cajas de acero inoxidable, riñones	(4)
	-Solo cuenta con algunos de estos instrumentos	(3)
15)	Sala de espera con bancas o sillas en número suficiente para la demanda.....	(5)
	-Bancas o sillas en número insuficiente.....	(3)
16)	Consultorio de atención de pacientes con camilla de examen (incluyendo ginecológicos) con colchoneta y grada.....	(6)
	-Camilla de examen sin colchoneta o grada.....	(3)
17)	Consultorio de atención de pacientes con escritorio o mesa y dos sillas.....	(6)
	-Escritorio o mesa y una silla	(3)
18)	Ambiente para curaciones con camilla y carro de curaciones.....	(5)
	-Solo camilla o carro de curaciones	(3)
19)	Balanza para adulto con altímetro.....	(5)
20)	Balanza para lactantes.....	(5)
21)	Infantómetro	(5)

22)	Cinta métrica inextensible (en buen estado).....	(3)
23)	Estetoscopio biauricular.....	(5)
24)	Estetoscopio de auscultación fetal (fetoscopio).....	(5)
25)	Esfigmomanómetro (en buen estado).....	(5)
26)	Termómetros orales y rectales.....	(5)
	-Sólo un tipo de termómetro o insuficientes para la demanda	(2)
27)	Lámpara de pie (cuello de ganso)	(4)
28)	Refrigerador con termómetro y hoja de control de temperatura	(7)
	-Solo refrigerador	(5)
29)	Termos tipo King Seeley con baterías para el transporte de vacunas.....	(6)
	-Solo termos sin baterías.....	(3)
30)	Hay facilidades de vehículos o transporte para tareas de campo.....	(6)
31)	Hay facilidades para traslado de enfermos (ambulancias, pago de taxis, etc.) .	(6)

SUB TOTAL

III RECURSOS HUMANOS..... 160 PUNTOS

1)	Auxiliar de enfermería responsable del puesto.....	(10)
2)	La auxiliar de enfermería reside en la capital.....	(10)
3)	La enfermera ha realizado estudios de Auxiliar de 9 meses	(15)
	-Solo ha recibido adiestramiento en servicio.....	(10)
4)	La auxiliar en los dos últimos años ha asistido a curso o seminario relacionado con los programas de salud que se ejecutan en el puesto	(10)
5)	Existe al menos un Auxiliar de Enfermería por cada 2,000 habitantes.....	(10)
6)	Hay Técnico en Salud Rural (T.S.R.).....	(15)
7)	El T.S.R. reside en la localidad.....	(15)
8)	Hay comadronas tradicionales registradas y con seguimiento periódico en el puesto.....	(12)
	.Hay comadronas pero sin seguimiento	(5)
9)	Hay Promotores de Salud registrados y con seguimiento periódico en el Puesto de Salud.....	(12)
	-Hay Promotores pero sin seguimiento.....	(5)
10)	Se cuenta con Promotores de Salud en todas las comunidades del área de influencia del Puesto de Salud.....	(14)
11)	Los promotores han recibido curso de capacitación con una duración no menor de seis semanas.....	(10)
12)	Los promotores reciben curso de readiestramiento por lo menos una vez al año	(12)

- 13) Se cuenta con estudiante en Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) del último año de estudios de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala..... (15)

IV NORMAS Y PROCEDIMIENTOS..... 130 PUNTOS

- 1) Se dispone del Manual de Normas y Guías de Atención en Puestos de Salud (del año 1979 o más reciente)..... (12)
- 2) Se dispone de Normas escritas de Programación que incluyan Metas, Coberturas, Actividades de los Programas..... (10)
- Monitores del crecimiento físico y desarrollo (control del niño sano). (1)
- Control prenatal y puerperas (1)
- Inmunizaciones..... (1)
- Control de enfermedades diarreicas (1)
- Control de enfermedades respiratorias (1)
- Educación para la Salud..... (1)
- Saneamiento Básico Ambiental..... (1)
- Malaria (1)
- Tuberculosis (1)
- Planificación Familiar (1)
- 3) Se dispone de Normas escritas del Programa de Complementación Alimentaria (entrega de alimentos) a grupos vulnerables (materno-infantil) ... (8)
- 4) Se dispone de Normas para envío de muestras (sangre, orina, gota gruesa, esputo, etc.)..... (7)
- 5) Se dispone de Normas escritas para el transporte, conservación y manejo de biológicos (vacunas)..... (8)
- 6) Se encuentran las vacunas ordenadas e identificadas dentro del refrigerador .. (7)
- 7) Se dispone de Normas escritas para la referencia de pacientes a otros niveles de atención (Centro de Salud, Hospital) (7)
- 8) Existen Normas escritas para la referencia y contrarreferencia de pacientes de y hacia el nivel comunitario (7)
- 9) Se realiza registro diario de actividades..... (7)
- 10) Se registra la atención prestada a los pacientes en la Ficha Clínica correspondiente..... (7)
- 11) En cada consulta a la embarazada, se mide y registra..... (7)
- Peso (1)
- Presión arterial (1)
- Altura uterina..... (1)

- Frecuencia cardíaca fetal..... (1)
- Presentación fetal (1)
- Edad de embarazo (1)
- Educación a la embarazada (1)
- 12) En cada consulta de niño menor de 5 años, se mide y registra en la ficha clínica correspondiente (7)
 - Peso (graficada en la curva de referencia)..... (1)
 - Talla (graficada en la curva de referencia)..... (1)
 - Perímetro cefálico (1)
 - Temperatura (1)
 - Diagnóstico del estado nutricional..... (1)
 - Esquema de inmunizaciones (1)
 - Educación a la madre (1)
- 13) Se elaboran informes estadísticos mensuales..... (8)
- 14) Se reporta semanalmente la presencia de enfermedades de notificación obligatoria a la Jefatura de Área y/o División de Vigilancia Epidemiológica .. (7)
- 15) Se entrega a cada niño un Carné que contenga casillas para anotar edad, peso, talla, gráfica de crecimiento, cuadro de vacunación y otros datos básicos..... (6)
- 16) Se realizan exámenes odontológicos básicos (examen de boca y dientes) y se refieren los casos al odontólogo del área (7)
- 17) Se realizan visitas domiciliarias a pacientes de alto riesgo..... (8)

SUB TOTAL

V ADMINISTRACION Y PROGRAMACION..... 130 PUNTOS

- 1) Está definida el área geográfica y la población asignada al Puesto de Salud ... (8)
- 2) Se cuenta con un censo actualizado de viviendas y familias (8)
- 3) Se dispone de un mapa o croquis actualizado del área de influencia..... (7)
- 4) Existe un diagnóstico actualizado de la situación de salud..... (10)
- 5) Existe programación escrita con metas cuantificables de las actividades del Puesto..... (8)
- 6) Se dispone de un sistema para archivo de fichas clínicas o familiares (5)
- 7) El presupuesto autorizado es suficiente para el desarrollo de las actividades del Puesto (8)

- 8) El trámite de documentos del presupuesto a otros niveles se efectúa sin contratiempos..... (6)
- 9) Conoce el personal los procedimientos de uso del presupuesto..... (5)
- 10) Se realizan evaluaciones del cumplimiento de lo programado por lo menos cada tres meses..... (8)
- 11) Se realizan actividades de coordinación entre el personal del Puesto de Salud, para tratar aspectos técnicos-administrativos, por lo menos cada mes (7)
- 12) Se realizan reuniones de coordinación en la Jefatura del Distrito (con la presencia de todo el personal técnico del distrito), por lo menos una vez cada tres meses (9)
- 13) Se realizan reuniones de coordinación entre el personal del Puesto y autoridades o grupos comunales, periódicamente, para impulsar los programas de salud (7)
- 14) Funciona el sistema de referencia y contrarreferencia entre: (6)
 - Puestos de Salud y Centros de Salud (3)
 - Personal voluntario de salud y Puesto de Salud (3)
- 15) Recibe el personal del Puesto de Salud, supervisión programada del médico y enfermera del distrito, por lo menos cada dos meses (8)
- 16) Recibe el personal del Puesto, informe escrito y recomendaciones de la supervisión..... (6)
- 17) El personal del Puesto, realiza supervisión a Promotores en Salud y Comadronas por lo menos cada dos meses..... (7)
- 18) Realiza el personal del Puesto, actividades programadas con grupos de la comunidad (7)

SUB TOTAL

VI SUMINISTROS..... 100 PUNTOS

- 1) Se cuenta con los siguientes medicamentos (17)
 - Analgésicos-Antipiréticos (Ej. Ácido Acetil Salicílico-Adulto, Infantil; Acetaminofen) (1)
 - Antibióticos (Ej. Hostacilina, Ampicilina, Eritromicina, Sulfas, Cloranfenicol) (1)
 - Antihistamínicos (1)
 - Antiespasmódicos (1)
 - Broncodilatadores (1)
 - Antitusígenos (1)
 - Antibiótico ocular (1)
 - Antiparasitarios..... (1)

	-Antiamebianos	(1)
	-Antiséptico de uso externo.....	(1)
	-Cremas dermatológicas.....	(1)
	-Antiácidos	(1)
	-Antipalúdicos.....	(1)
	-Tuberculostáticos	(1)
	-Polivitamínicos	(1)
	-Hierro Oral (tabletas, suspensión).....	(1)
	-Anestésicos.....	(1)
2)	La cantidad de medicamentos es suficiente para la demanda	(10)
3)	El suministro de los medicamentos se lleva a cabo cada tres meses	(6)
4)	El suministro de combustible es suficiente para las necesidades del servicio ..	(6)
5)	Se cuenta con otros suministros (alcohol, gasa, vendas y algodón).....	(6)
	-Solo se cuenta con algunos de ellos	(3)
6)	Se cuenta con las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en cantidad suficiente para la demanda	(7)
7)	Dispone de sales de rehidratación oral (Fórmula UNICEF/OMS) en cantidad suficiente según la demanda esperada	(7)
	-Se dispone de estas sales pero en cantidad insuficiente	(4)
8)	Dispone de leche, cereales, aceite etc., según programa de complementación alimentaria en cantidad suficiente.....	(7)
9)	Dispone de Fichas Clínicas y Carné de Identificación (control) de pacientes ..	(6)
10)	Dispone de formularios para Registro Diario de Actividades (Forma 4-A), informe mensual de actividades, recetarios, solicitud de exámenes, etc.	(6)
	-Se dispone solo de algunos de estos materiales.....	
11)	Dispone de materiales y útiles de escritorio (lápiz, papel, engrapadora, sello, etc.)	(6)
12)	Dispone de material de limpieza (escoba, limpiadores, jabón, detergente, etc.)	(5)
13)	Se dispone de recursos para el mantenimiento funcional del Puesto de Salud.	(6)
14)	Se dispone de ropa de cama (sábanas, frazadas), gabachas, toallas.....	(5)

VII EDUCACION PARA LA SALUD..... 130 PUNTOS

- 1) Existe un programa para la educación y promoción de la salud, dirigido a las madres y padres de familia (22)
- 2) El personal del Puesto ha recibido capacitación sobre técnicas y métodos educativos para facilitar la actividad de Educación para la Salud..... (20)
- 3) Se realizan actividades de educación en cada consulta y/o visita domiciliar.... (19)
- 4) Realiza el personal del Puesto, actividades de Educación para la Salud, a grupos comunales (escolares, maestros, madres de familia, etc.) fuera del establecimiento (20)
- 5) Se dispone de material educativo, como..... (15)
 - pizarrón (3)
 - Rotafolios..... (3)
 - Folletos..... (3)
 - Franelógrafo (3)
 - Afiches (3)
- 6) Se enseña a las madres, temas como (27)
 - Control de crecimiento y desarrollo (entender la gráfica de crecimiento (2)
 - Lactancia materna (2)
 - Alimentación y nutrición del niño (2)
 - Prevención de Enfermedades Diarreicas (2)
 - Diagnóstico de Deshidratación y prevención de la misma con líquidos y soluciones orales (2)
 - Importancia de las vacunas (2)
 - Higiene personal (2)
 - Cuidados e higiene bucal (2)
 - Saneamiento básico (2)
- 7) Se enseña y orienta a toda mujer en edad reproductiva que consulta al puesto, aspectos como (16)
 - Cuidado y auto examen de mamas (4)
 - Importancia del control precoz del embarazo (4)
 - Prevención de enfermedades de transmisión sexual (4)
 - Importancia del examen Papanicolau, anualmente..... (4)

SUB TOTAL

VIII PARTICIPACION COMUNITARIA 100 PUNTOS

- 1) Se realizan actividades de salud conjuntamente con otros sectores gubernamentales y/o privadas existentes en la comunidad (magisterio, iglesia, etc.).....

- (22)
- 2) Se cuenta con el apoyo de las principales autoridades gubernamentales del lugar, para el desarrollo de actividades de salud..... (15)
- 3) Existe en la comunidad un Comité de Salud (o similar) que responda a las actividades propuestas por el personal de salud (18)
- 4) Se tienen identificadas las organizaciones cívico-culturales de la comunidad. (14)
- 5) Participan dichas organizaciones en las actividades de educación para la salud..... (16)
- 6) Se han identificado y contactado a los agentes de salud de la medicina tradicional (Ej. curanderos) (15)

SUB TOTAL

CUADRO RESUMEN DE EVALUACION

	CATEGORIAS	PUNTAJE NORMADO	PUNTAJE OBTENIDO	% DE ADECUACION
I	PLANTA FISICA	100		
II	RECURSOS MATERIALES	150		
III	RECURSOS HUMANOS	160		
IV	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	130		
V	ADMINISTRACION Y PROGRAMACION	130		
VI	SUMINISTROS	100		
VII	EDUCACION PARA LA SALUD	130		
VIII	PARTICIPACION COMUNITARIA	100		
	T O T A L.....	1000		