

|

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS
DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD
EN IZABAL**

Estudio de tipo observacional-descriptivo realizado en los distritos de
Puerto Barrios, Navajoa y Morales en el período de febrero
a agosto del 2000.

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
EN EL ACTO DE IVESTIDURA DE

Raúl Alfredo Urbina Salazar

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, OCTUBRE 2000

INDICE

I. INTRODUCCION.....	3
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	5
III. JUSTIFICACION.....	8
IV. OBJETIVOS.....	10
V. MARCO TEORICO.....	11
1. Atención Primaria en Salud.....	11
2. Reformas Sectoriales de Salud.....	14
3. Sistema Integral de Atención en Salud.....	17
4. Evaluación de Programas.....	22
5. Cualidades de la Evaluación.....	26
6. Condición de Eficiencia.....	26
7. Evaluación de la Condición de Eficiencia.....	27
VI. MATERIAL Y METODOS.....	30
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	40
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	45
IX. CONCLUSIONES.....	50
X. RECOMENDACIONES.....	52
XI. RESUMEN.....	53
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	55
XIII. ANEXOS.....	60

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de los servicios del primer nivel de atención deben velar por una eficiente protección de la salud de las comunidades, promoviendo que las condiciones de eficiencia sean las mejores para cumplir con su objetivo.

Por lo expuesto, evaluar las condiciones de eficiencia de los puestos de salud, es positivo para sus administradores, ya que con los resultados se pueden reorientar los programas y las acciones de salud, en los aspectos, cuyos resultados sean negativos.

Los estudios de evaluación han permitido identificar las necesidades de reforzar aspectos que tienden a desarrollar las acciones de salud, lo cual permitirá actuar con mayor responsabilidad, alcanzando los objetivos determinados en cada uno de los programas que forman parte del primer nivel de atención.

Se definió las condiciones de eficiencia como: " el conjunto de requisitos o características que debe reunir un servicio para atender adecuadamente las necesidades de salud de la población", (5,10,22).

En este estudio se evaluaron diez puestos de salud y tres centros de salud pertenecientes a los distritos de Puerto Barrios, Navajoa y Morales del área de salud de Izabal, para identificar la relación existente entre los diferentes aspectos evaluados (Recurso Físico, Humano, Materiales, suministros y equipo Administración, programación, Normas y Procedimientos) y proporcionar información que permita determinar la condición que posee el servicio de salud para la adecuada prestación de la atención. Con los resultados además se

I

espera que las instituciones a cargo mejoren los programas y que se asignen los recursos suficientes para y aumentar la capacidad operativa de los servicios de salud. Para categorizar las condiciones de eficiencia en el presente estudio se utilizó una escala de ponderación de tres niveles a saber: Condición de Eficiencia Adecuado si el puntaje obtenido es de 80 a 100%; Condición de Eficiencia Intermedio si el puntaje obtenido es de 50 a 79% y Condición de Ineficiencia si el puntaje obtenido es de 1 a 49%.

Con el estudio se detectó que las condiciones de eficiencia en cuanto a los Puntos de salud de los distritos evaluados del área de salud de Izabal se encuentran en un condición intermedia de eficiencia (70.2%), en cuanto a los Centros de Salud se determinó que posee una condición de eficiencia adecuada (84.45%).

De los rubros evaluados se encontraron con deficiencia los que respectan a: Materiales, suministros y equipo y los de Administración y Programación.

EL resto de rubros evaluados se encuentra en el promedio de ponderación de 70% de adecuación.

En general el estudio demostró que las condiciones de eficiencia para la prestación del servicio son adecuadas, (70.2%) comparado con los resultados obtenidos en el estudio realizado por el Programa del Ejercicio Profesional Supervisado Rural (23), en donde en los servicios obtuvieron un puntaje de 60.3 %, aunque numéricamente ya que algunos rubros evaluados presentan deficiencias lo que hace que la prestación del servicio sea todavía deficiente.

Los resultados obtenidos se presentaron a las autoridades del área de Salud de Izabal y a los distritos evaluados, con lo que se pretende que dichos resultados

sean de utilidad para que en el futuro se logre optimizar los programas y acciones para mejorar la calidad de atención y que esta sea eficiente.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA.

Las metas propuestas para el año dos mil (19), y el ambiente externo al sector salud que se transforma con suma rapidez, indica la necesidad de reorganizar los sistemas administrativos de manera que ofrezcan una marcada flexibilidad para responder a la variedad de problemas y situaciones a resolver. De esta manera las condiciones de vida y de salud de la población de la región refleja la distribución desigual de las determinantes de la salud y de los medios para compensar dicha desigualdad. A pesar que los problemas, necesidades e ideales de salud cubren un aspecto amplio y son de magnitud creciente, los recursos sectoriales de toda índole son limitados o escasos (7).

Se puede mencionar como causa de la poca accesibilidad del Sistema de Salud a las comunidades la inclusión de la política y la exclusión social, sin olvidar la mezcla asistencial público-privado, que llegan a ser los principales riesgos en la fragmentación creciente de los sistemas de salud que generan una disminución de la capacidad de oferta. (15)

Se entiende por eficiencia a la "realización de actividades dirigidas al enfermo y a la comunidad de acuerdo a los recursos disponibles y con una calidad de atención óptima" y por condición de eficiencia al "conjunto de requisitos o características que debe reunir un servicio para atender adecuadamente las necesidades de salud de la población" (5,10,22). También resulta conveniente definir el término eficiencia de la calidad de atención la cual se refiere a la " perfección con que se trabaja, a la corrección de su funcionamiento y al costo del funcionamiento de cada uno de los componentes del servicio", (6,4).

La eficiencia de los servicios de salud de la comunidad es fundamental para que la situación de salud del país, en cuanto a atención primaria en salud, sea exitosa; por lo que se espera que los elementos proveedores de estos servicios tengan la capacidad de prestar esta atención. Sin embargo poco se ha hecho para determinar las condiciones de eficiencia de los servicios para lo cual se hace necesario evaluar continuamente los conocimientos y los recursos con los que se cuenta para brindar esta atención primaria para que su impacto sea óptimo en la salud y el bienestar de la población.

Actualmente las condiciones de salud de Guatemala no son las más adecuadas, y por si fuera poco la capacidad de respuesta del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ante problemas de salud principalmente en el área rural es limitado esto ha quedado claro en varias ocasiones, por ejemplo en la epidemia de sarampión en 1987, el cólera en 1992-93, tos ferina en 1998 y los desastres de la tormenta Mitch en 1999, además de las bajas coberturas y altas tasas de prevalencia de enfermedades respiratorias y gastrointestinales (17).

El departamento de Izabal no es la excepción ya que su sistema de salud presenta los mismos problemas que el resto del sistema de salud nacional, por lo que surge una pregunta: ¿ Los programas que se implementan dentro del primer nivel de atención serán funcionales y eficientes para la demanda del departamento?

Por lo anterior y tomando en cuenta que en el sector salud del área de Izabal la mayoría de los puestos y centros de salud son atendidos por personal auxiliar (enfermeras y/o técnicos en Salud Rural), y durante los últimos años no se han registrado cambios

|

sensibles en la plataforma de salud; es importante analizar constantemente las funciones de este personal y de los servicios de manera que se adecuen a las situaciones cambiantes de la realidad sanitaria. A la vez es conveniente realizar una evaluación para determinar los problemas que se han presentado para la prestación eficiente de la atención primaria en salud, y comparar estos problemas encontrados con los que se detectaron en el estudio realizado por el programa del Ejercicio Profesional Supervisado Rural en el año 1987 (23), en los distritos de Puerto Barrios, Navajoa y Morales durante el período de Agosto del año dos mil, todo esto encaminado a generar las bases para orientar a las autoridades de salud y que se analice la importancia de los programas que implementan y poder reforzar estas áreas débiles con el fin que se preste en el área de Izabal una atención primaria eficiente, y poder disminuir las tasas de mortalidad principalmente en la población de menores de cinco años.

III. JUSTIFICACION.

Guatemala al igual que otros países en vías de desarrollo presenta algunas deficiencias en cuanto a su sistema de salud nacional (17), por lo que es necesario fortalecer estas áreas deficientes; a la vez se deben implementar estrategias y reorganizar sectores para poder prestar el servicio a todos los habitantes de la nación con lo que se cumplirán los compromisos tanto a nivel nacional como internacional (8,19).

Es imprescindible que el sistema de salud se encuentre bien organizado para que todos los niveles dispongan del apoyo logístico para mejorar la eficiencia en la calidad de atención; para lograr esto se hace necesario que continuamente se evalúen los programas y los servicios que forman parte del primer nivel de atención, además la evaluación continua permite una mayor posibilidad de tomar decisiones acertadas con respecto al futuro benéfico de los servicios de salud, todo esto encaminado a un propósito: que se mejore el nivel de eficiencia que se atribuye a la atención.

En el departamento de Izabal no se cuenta con un estudio actualizado que evalúe la eficiencia de los servicios que prestan atención primaria en salud, y dado que el departamento ha sufrido problemas que comprometen la atención a la salud (la catástrofe del Mitch, una alta prevalencia de problemas respiratorios y gastrointestinales, etc.) Se hace necesario contar con información objetiva que permita establecer si existen las condiciones de eficiencia, porque muchos de estos problemas podrían atenuarse en la medida en que los servicios de salud adquieran mayor responsabilidad y autoridad para el planteamiento de sus actividades y del manejo del presupuesto; con el presente estudio se pretende tener un instrumento para su evaluación y a la

vez permita una revisión de la estructura de los servicios de salud y se concentre en el análisis de las condiciones de su funcionamiento; teniendo el propósito de proponer soluciones efectivas encaminadas a disminuir la magnitud del problema, en beneficio principalmente de la población infantil.

IV. OBJETIVOS

A. GENERALES.

Determinar la condición que poseen los recursos de salud de los distritos de Puerto Barrios, Navajoa y Morales, para desarrollar eficientemente las acciones de prevención, curación y rehabilitación de las poblaciones atendidas por estos servicios.

B. ESPECIFICOS.

1. Determinar las condiciones de eficiencia de la infraestructura física, recurso humano, suministros mobiliario y equipo, la administración, programación, normas y procedimientos con los que cuentan los Centros y Puestos de Salud, para brindar una atención eficiente a la población.
2. Establecer restricciones en cada aspecto evaluado que impiden proporcionar adecuados servicios de atención.
3. Comparar los puntajes obtenidos en cuanto al nivel de eficiencia de los servicios de salud del área de Izabal en el año 1987 y los obtenidos en el año 2000.

V. MARCO TEORICO

1. *ATENCION PRIMARIA EN SALUD*

Organización Mundial de la Salud en 1978 producto de la reunión en Alma-Ata definió a la atención primaria como:

"... Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, presta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país pueda soportar...., 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 entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud.... " (1,14,19).

Por lo tanto y sobre la base de lo que se ha determinado por la conferencia en 1977 de la Organización Mundial de la Salud, en donde se proclama la meta de salud para todos, lo cual es un objetivo social y está relacionado con el concepto de necesidades básicas, implica no solo la prestación de servicios sino también el establecimiento de principios y políticas con vistas al logro de un grado de salud aceptable y sufragable por los países. Por lo que la estrategia principal para poder lograr dicha meta es la Atención Primaria en Salud (14,16,19,23).

|

Dentro de esta gama de definiciones llama la atención que para ser factible la realización de dicha estrategia la comunidad y los individuos dejan de ser el centro de atención en salud; y empiezan a formar parte del sistema de salud, proporcionando fuente de trabajo para que las estrategias que forman parte del sistema de atención primaria (Salud materno infantil, PAI, control de enfermedades diarreicas, respiratorias, etc. ([2, 14, 19]), sean ejecutables al nivel de la comunidad; con lo que entramos a formar el concepto de Participación Comunitaria. Dicha participación fundamental para la ejecución de la anterior estrategia y por lo tanto no debe ser temporal sino permanente, (16,19,23). Lastimosamente en Guatemala la mayoría de los agentes de salud

No están muy familiarizados con el concepto de participación comunitaria por lo que en realidad practican manipulación de la comunidad.

De igual manera la atención primaria en salud no se puede ver como un desarrollo de servicios básicos de salud, sino que debe movilizar los recursos disponibles en cada país; a la vez de cumplir con los criterios de universalidad, equidad y continuidad para poder responder a las necesidades de la población, con el fin de que estos servicios se realicen con justicia social, (15,16), entendiéndose esto como que el servicio debe darse a todos los sectores de la población con igualdad de acceso a los mismos, a la vez debe conceder prioridades a los grupos humanos más susceptibles, (1,2,18). Por lo tanto la estrategia de atención primaria de salud tiene un aspecto intersectorial ya que la satisfacción de las necesidades y el logro de un mejor grado de salud para la comunidad basado en factores interdependientes (tales como la vivienda, el ingreso, la educación, las características culturales), escapan del control del sector salud, por lo que a dichos factores se les conocerá como

|

Condicionantes de la salud, (16), a la vez la estrategia llegaría a ser un " reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades..." (19).

Para lograr que la atención primaria en salud sea factible de ejecutar podemos hacer referencia a la conferencia de Alma-Ata para conocer las actividades que la atención primaria debe realizar para poder cumplir sus objetivos de salud para todos, dichas actividades son:

- * Educación para la Salud.
- * Promoción y suministro de alimentos y adecuada nutrición.
- * Dotación de servicios de agua.
- * Asistencia Materno infantil.
- * Inmunizaciones contra enfermedades infectocontagiosas
- * promoción y lucha contra enfermedades y traumatismos comunes.
- * Suministro de medicamentos esenciales.
- * extensión de la cobertura de los servicios de salud.
- * Organización y participación comunitaria.
- * Desarrollo de investigación y tecnología apropiada.
- * Disponibilidad y producción de insumos y equipos críticos.
- * Prevención y lucha contra enfermedades endémicas.
- * Promoción de salud mental.
- * Formación y utilización de recurso humano.
- * Financiamiento del sector.
- * Cooperación internacional.
- * Control de enfermedades diarreicas y respiratorias.

- * Erradicación de la malaria.
- * Saneamiento ambiental.
- * Control de enfermedades de transmisión sexual.
- * Salud publica veterinaria.
- * Salud dental.
- * Programa de prevención, control y rehabilitación de enfermedades crónicas.
- * Prevención de accidentes.
- * Programa de prevención y control de tuberculosis.
- * Control de enfermedades ocupacionales.

(1,14,19,22).

De todo lo anterior podemos asumir que la importancia de dicha estrategia radica en la distribución de los recursos que el estado proporciona para la realización de estas estrategias y a la vez que este recurso sea utilizado de la mejor manera por parte de los prestadores de salud. A la vez hay que pensar que la atención primaria en salud no puede ajustarse a un modelo universal, si no que dependerá de las características del desarrollo de cada comunidad nacional y local así como de las condiciones socioculturales, económicas e históricas de dichas comunidades (16).

Vale la pena mencionar lo que el Dr. Halfdan indico en la conferencia de la OPS en 1983 (15), para retomar conciencia de cómo se han dirigido las políticas de salud en los últimos años desde que se acepto el reto de SALUD PARA TODOS.

" Pese a los esfuerzos grandes grupos de población siguen sufriendo la indigencia sanitaria, sin tener acceso a una atención de salud organizada....los cinturones de población que rodean las ciudades en todas

partes constituyen un doloroso espectáculo que puede servir para recordarnos constantemente cuan lejos estamos de alcanzar los objetivos de salud para todos ".

2. Reformas sectoriales de Salud. (10).

En gran numero de países de América Latina y del Caribe los sistemas de Salud han estado en constante cambio, pero a principios de la década de los noventa el proceso de revisión tiene características de una transformación más radical. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en cumplimiento de su mandato constitucional de conducción, regulación y vigilancia de salud ha planteado la política de salud 1996-2000, esta política reexamina los objetivos y metas planteadas en los planes de Desarrollo social anteriores e incorpora los compromisos suscritos en las cumbres presidenciales, teniendo como objetivos: " 1. Ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud especialmente en el área rural y urbana marginadas, en beneficio de los grupos más vulnerables; 2. Reorientar la acción del sector salud hacia la salud preventiva y promocional; 3. Mejorar la calidad y sustentabilidad financiera de los servicios". Además de proponerse metas de: a) Readecuar la estructura de gastos en salud destinando el 65% a la atención preventiva y un 35 % a la curativa; b) Reducir la mortalidad infantil a 34 por 1000 nacidos vivos c) Reducir la mortalidad materna a 10 por 10,000 nacidos vivos; d) Aumentar a 80% la cobertura de inmunización de BCG, Polio, DPT y Sarampión en menores de cinco años; e) Eliminar el Sarampión en un 100%.

En tal virtud la Reforma de Salud de Guatemala se programa: por el alto riesgo epidemiológico, la baja calidad resolutiva y productividad de los servicios

|

de salud, la excesiva centralización de la toma de decisiones y en la administración de recursos, la escasa coordinación institucional, la poca participación comunitaria; de esta forma la Reforma conlleva el propósito político, la transformación integral del modelo de producción social de la salud, teniendo como objetivo contribuir a mejorar la salud de la población a través de cambios de carácter político, estructural y financiero de las instituciones que conforman el sector salud, con lo cual se pretende a la vez aumentar la eficiencia de dichos servicios e incrementar la equidad en el acceso a los servicios y satisfacer a los usuarios, de forma descentralizada y participativa movilizandolos recursos hacia la población económicamente postergada o en mayor riesgo.

Para lograr esto se debe tener en mente que la reforma posee:

A) FOCALIZACION: Con ello dirigir los recursos a los grupos de mayor postergación económica o mayor riesgo biológico, reorientando los servicios para garantizar su accesibilidad; el acto gerencial de administrar los recursos para entregarlos a los que no tienen y mantener las coberturas alcanzadas. Se puede interpretar como focalización redistributiva, aplicando los conceptos de equidad y eficiencia en la conducción de los servicios de apoyo.

B) CANASTA BASICA: Como instrumento de racionalización y producto de un proceso de programación local consiste en un conjunto determinado de atención en salud en áreas de fomento, prevención, curación y rehabilitación que se proveerá a todos los miembros de la comunidad de acuerdo al perfil epidemiológico de la población y sus diversos grados de riesgo, dependiendo de la disponibilidad de los recursos del país y según las preferencias sociales y opciones políticas adoptadas.

|

Constituye un elemento que optimiza la estrategia de atención primaria en salud; siendo su objetivo reducir las inequidades en el campo de salud y establecer la línea de corte entre las atenciones de salud que la sociedad se promete a proporcionar a todos los miembros y por exclusión las atenciones que presentan limitaciones de financiamiento; aparte que presenta una característica fundamental de sufrir transformaciones dependiendo de los cambios en el perfil epidemiológico, incorporación de tecnología para las intervenciones, disponibilidad de recurso financiero y cambios en la preferencia social y la evolución de los patrones culturales.

c) CAMBIOS DE LA MEZCLA PUBLICA / PRIVADA: Se refiere a la provisión de servicios de salud por agentes privados, preservando el origen público de los recursos financieros, se espera dirigir los recursos a los proveedores que muestren mayor eficiencia en la gestión a través de la adopción de esquemas que faciliten la compraventa de servicios. De tal forma el estado reducirá su papel de proveedor directo de atención en salud, siendo sustituido por las instituciones de servicio social y entidades privadas, solidaria o no gubernamentales.

D) DESCENTRALIZACION: Pretende transferir mayor poder de decisión a las autoridades locales, dotandolas de mayor autonomía de gestión, guardando siempre la articulación íntima que debe tener el sistema de salud, esto permite ajustar dinámicamente los servicios a la demanda y necesidades de la población. A la vez la descentralización constituye un estímulo a la participación social en la toma de decisiones sobre la planificación y gestión del gasto público y la necesidad de fiscalización social del uso de los recursos.

|

Para lograr lo anterior el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha establecido el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS).

3. **SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD** (SIAS) (7,10,8) .

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para operacional izar las políticas de salud planteadas en la atención primaria en salud y más recientemente las reformas del sector salud y de los acuerdos de paz ha implementado el Sistema Integral de Atención en Salud el cual está enfocado en primer lugar al 46% de la población marginada sin servicios de salud, garantizando servicio a la comunidad. Por lo que podemos definirlo como: " Organización y administración de los recursos por niveles de atención para extender la cobertura de los servicios de salud y mejorar la calidad de atención con criterios de equidad, solidaridad y universalidad en forma sostenible y eficaz ".

I.**Objetivo:** El objetivo general del SIAS es" contribuir a mejorar la salud de la población a través del diseño y la ejecución de los cambios de carácter político, institucional y financiero de las instituciones que conforman el sector salud". Y los objetivos específicos: " a)extender la cobertura de servicios de salud, focalizandolos en las poblaciones que no tienen accesibilidad; b) Incrementar la capacidad resolutive y mejorar la calidad de atención de los servicios de salud; c) Aumentar el nivel del gasto publico en salud y ampliar las fuentes de financiamiento del sector asegurado sostenibilidad y d) Integrar la red de servicios o sea el primer, segundo y tercer nivel de atención en salud ".

II. **Meta:** El SIAS tiene como meta: " Establecer antes del año 2000 servicios básicos de salud para el 100% de la población de las 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 ".

III. **Servicios básicos en salud:** Conjunto de componentes atención, promoción y educación en salud, que se interrelacionan entre sí para resolver la morbilidad más severa de la población que no ha tenido acceso a servicios de salud. De acuerdo a las políticas de salud 1,996-2,000 la atención en el primer nivel se caracteriza por:

- 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.
- C) Promover la participación de la comunidad en la planificación, organización y prestación de Servicios y en la fiscalización de la gestión y calidad de atención.
- E) Definir las actividades orientadas a la resolución de la problemática de Salud más 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 identifi-

cación de poblaciones meta, la toma de acciones oportunas y la evaluación de los procesos y el impacto de los servicios prestados.

J) Promover la participación de grupos no gubernamentales que actualmente prestan servicios de salud.

IV. **Organización** : El SIAS se organiza de la siguiente forma (ver cuadro N.1).

V. **Componentes**: Los componentes que se relacionan en el primer nivel de atención son:

A) Atención a la persona y al medio: Estos componentes son transitorios y se modifican de acuerdo con los cambios producidos en el perfil epidemiológico. Los servicios de atención a las personas se dividen en A) Básicos los que son dirigidos a la población no cubierta por los servicios de Salud y B) Servicios Ampliados que son dirigidos a las poblaciones ya cubiertas por los Servicios de Salud, conformando estas componentes cinco actividades:

CUADRO N. 1
ORGANIZACION DEL SIAS
PRIMER NIVEL DE ATENCION

JEFE DE AREA DE SALUD

JEFE DE DISTRITO DE SALUD

JURIDICCÓN

FACILITADOR
INSTITUCIONAL

MEDICO
AMBULATORIO

COMUNIDAD

COMADRONA
TRADICIONAL

FACILITADOR
COMUNITARIO

COLABORADOR
DE SECTORES

GUARDIAN DE
SALUD

SECTOR

20 FAMILIAS POR CADA
GUARDIAN DE SALUD

1. Atención a la mujer.
2. Atención infantil preescolar.
3. Atención a la demanda por emergencia y morbilidad.
4. Atención al medio.
5. Referencia y contrarreferencia de pacientes.

B) Organización: Se propone por niveles a saber:

- I. Nivel sector o atención domiciliaria: Las comunidades se dividen en sectores de aproximadamente veinte viviendas de acuerdo a accesibilidad y concentración, estando a cargo de las veinte familias un Guardián en Salud.
- II. Nivel comunidad: Formado por una o más fincas, caseríos, parajes, cantones o aldeas.
- III. Nivel jurisdicción: Equivale a un distrito de salud, administrativamente comprende tres mil doscientas viviendas y ciento sesenta sectores.
- IV. Nivel departamental: Comprende el departamento y coordina las actividades que se desarrollan en el mismo por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales prestadoras de servicios.

c) Recurso humano: Describe la conformación de los equipos Básicos en salud, se encuentra integrado por personal institucional (Facilitador Institucional, Auxiliar de Enfermería, Técnico en Salud Rural, Medico Ambulatorio, Coordinador Municipal y Coordinador Departamental); y personal comunitario (Guardián en Salud, Colaborador Voluntario de Vectores, Comadrona Tradicional Capacitada, Facilitador Comunitario).

d) Componente de apoyo técnico y administrativo: integra cinco procesos:

- A) Información: Incluye la descripción de la base de datos, indicadores y actividades que lo

conforman.

- B) *Planificación, programación y evaluación:* contribuye a que el primer nivel de atención responda a las necesidades prioritarias en salud, apoyando la movilización, orientación y ejecución de recursos institucionales, comunitarios y de otros sectores.
- C) *Vigilancia Epidemiológica:* Propone disminuir la ocurrencia de enfermedades mediante el control de los factores de riesgo biológico y ambientales.
- D) *Supervisión:* Describe los procedimientos para supervisar con el propósito de efectuar el seguimiento y control de las actividades programadas de prestación de servicios y de apoyo; orientar y ajustar la capacitación del personal involucrado y ejercer controles sobre los procesos administrativos para tomar las decisiones necesarias para corregir situaciones especiales.
- E) *Administración de recursos:* Describe los procesos y procedimientos de administración de suministros de apoyo logístico, de personal y presupuestarios.

V. Metodología para la implementación: Se efectúa mediante los siguientes pasos:

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

4. *Evaluación de programas:*

Antes de entrar a considerar el proceso de evaluación de programas y de la eficiencia en si, se debe tener claro aspectos importantes que determinarán el concepto de la necesidad de evaluaciones a los sistemas de salud. Para ello debemos tener claro el concepto de evaluación el cual indica: " la implicación de juzgar el valor o los méritos de algún fenómeno" (22), lo que conlleva a la emisión de juicios que se basan en la comparación de características observadas con un patrón de referencia. A la vez debemos tener claro el significado de un programa: " Es la respuesta organizada para eliminar o reducir uno o más problemas, donde la respuesta incluya uno o más objetivos, realización de una o más actividades y la utilización de recurso" (12,22).

Por lo tanto un programa de salud es una intervención destinada a influir en la salud de la comunidad (18).

Ahora bien podemos definir a la evaluación de programas como: " el proceso que conduce a la emisión de juicios de valor e implica necesariamente la medición de un objeto o serie de actividades, que luego se comparan con un modelo y la realización de un análisis explicativo de las diferencias y coincidencias encontradas" (2,18,22). A través de estas actividades se obtiene información sistemática y empírica acerca de las características de los servicios de salud, de esta manera aunque se hace referencia a los programas de salud no podemos olvidar que los programas forma la estructura medular de los servicios de salud, pero como veremos más adelante para poder evaluar un servicio de salud nos podemos valer de varias tácticas y técnicas para determinar las características que se evaluarán. Al final el propósito a perseguir es corregir o reorientar el trabajo, o en algunos casos contribuir a mejorar los servicios de salud, de lo cual emanarán las

|

posibilidades de tomar decisiones más acertadas con respecto a la planificación y ejecución de las actividades del servicio. (11,12)

Algunas autoridades consideran que la realización de evaluaciones de los servicios de salud es un lujo innecesario o una molestia al personal encargado de diseñar o administrar, pero realmente la evaluación pretende contribuir a la toma de decisiones con el objeto de cambiar actividades (12,18); a la vez antes de iniciar proyectos de inversión se debe hacer una evaluación para medir el grado de actualización de los recursos existentes.

Para poder realizar evaluaciones de servicios de salud en este caso con respecto a evaluar programas de los servicios, se pueden utilizar los tipos de evaluación formativos de proceso que tiene como objetivo aportar información sobre el funcionamiento y ejecución de los programas que forman o que se consideren a evaluar en ese servicio, para que los responsables tomen decisiones; otro tipo de evaluación es el acumulativo o de impacto, que examina los resultados y comprende la estimación de la extensión en la cual los programas del servicio de salud causan cambios en la población blanco y en la dirección deseada, (22).

También podemos dividir el proceso de evaluación en:

- A) de acuerdo al momento en que se realiza:
 - 1) Ex ante o prospectivo
 - 2) Ex post o de resultado o impacto
 - 3) De proceso o seguimiento.

Los dos primeros nos permiten conocer o aprender que beneficios se produjeron como consecuencia de la acción del programa o actividades del servicio y a qué costo; la tercera tiene importancia para la ejecución de

programas o actividades, apoya la toma de decisiones sobre la marcha y contribuye a llamar la atención sobre las necesidades de corregir el curso mientras el programa o las actividades se están ejecutando (12).

B) Se puede a la vez clasificar los procesos de evaluación en:

- a) **Investigación evaluativa:** es muy utilizada en la evaluación de programas piloto que preceden al lanzamiento de proyectos.
- b) **Investigación costo beneficio:** tiene utilidad sobre todo ex ante permite anticipar un juicio sistemático acerca de si vale la pena emprender un determinado programa y el costo de su eventual implementación.
- c) **Evaluación de indicadores:** permite captar el éxito o fracaso relativo al programa, es práctico para la evaluación de seguimiento. (12).

En Resumen podemos decir que la evaluación de las intervenciones realizadas en el campo de la salud promueven tres propósitos fundamentales de: 1. responsabilidad que atañe la rendición de metas a una autoridad superior pues el logro o la falta de ciertos objetivos no causa normalmente problemas éticos, pues las personas involucradas están bien identificadas y tienen un mandato claramente definido 2) Promoción de sus resultados están orientados hacia el apoyo de programas, actividades o personas. Esta constituye la función principal de la evaluación en las instituciones que buscan reducir los efectos de las restricciones propuestas, 3) de Mejoramiento esta consiste en las distintas maneras de mejorar un tratamiento, programa o labor profesional. De todo lo anterior se pueden reconocer tres niveles a saber: Nivel 1: Rendición de cuentas la cual indicará el uso de los recursos financieros. Nivel 2: Verificará la evaluación del

proceso del programa o actividad en un intento por medir cuán adecuadamente se ha ejecutado por lo tanto dos aspectos importantes: uno es el contacto efectivo con la población a la que se destina el programa o la actividad y dos el grado en que las actividades relacionadas con las metas concuerdan con los requerimientos establecidos. Nivel 3: Se ocupará de la repercusión de los programas, o sea el grado en que las actividades dan resultados de acuerdo con las metas establecidas y con cuanta eficiencia, (18). Lo ideal sería que los procesos de evaluación cumplieran con los tres niveles para poder emitir un juicio atinado, pero por cuestiones metodológicas la mayoría de las veces solo se evalúa un nivel o a lo sumo dos.

5. **Cualidades de la Evaluación.** (12)

Las cualidades que debe reunir una evaluación son:

1. **Relevancia:** Debe proveer de información necesitada por los planificadores.
2. **Significatividad:** Debe producir información nueva e importante.
3. **Confiabilidad:** Debe contener evidencia de sus resultados no se basan en procedimientos o información imprecisa.
4. **Objetividad:** Debe producir conclusiones balanceadas y no sesgadas.
5. **Oportunidad:** Debe estar en condiciones de hacer disponible sus resultados en el momento de toma de decisiones.
6. **Comunicabilidad:** Debe presentar sus resultados en forma entendible y usable.
7. **Validez:** Debe, por encima de todo, proveer de un recuento balanceado de los resultados reales y potenciales.

Además de las cualidades que debe reunir el proceso de evaluación se debe basar en otros aspectos: Adecuación de las instalaciones y los equipos, idoneidad del personal y su organización, la estructura administrativa y el funcionamiento de programas e instituciones que prestan atención (3).

6. Condición de Eficiencia.

Antes de definir condiciones de eficiencia debemos definir a la eficiencia como tal, de modo que entendemos por eficiencia a " la realización de actividades dirigidas al enfermo y a la comunidad de acuerdo a los recursos disponibles y con una calidad de atención optima" (18,22). Por lo tanto un servicio de salud eficiente es aquel que da al enfermo y a la comunidad atención de acuerdo a los recursos disponibles (6). De ahí que condiciones de eficiencia indica que " un servicio de salud puede brindar una atención acorde con los conocimientos científicos actuales, las tecnologías aceptadas y expectativas de la comunidad, de tal manera que con los recursos mínimos disponibles se puedan obtener los máximos resultados" (2,5,18,22).

De acuerdo a esta definición se hace necesario comentar que la condición de eficiencia es la condición que nos indica cuan satisfactorio es el servicio de salud de la comunidad en cuanto a llevar las estrategias que se han planteado en los programas de salud, por lo que la utilización racional del recurso es un punto clave en la atención, y habitualmente la asignación de dicho recurso se hace en función de intereses de diferentes grupos de presión o por decisiones no basadas en estudios previos, (21). A la vez hay que tomar en cuenta la discordancia y duplicación de actividades en ciertas zonas, mientras que otras quedan desatendidas (15).

|

Vale la pena llamar a cita lo indicado por el Dr. García Noval en su artículo sobre algunos conceptos de atención primaria en salud (11), se menciona:

" ... la eficiencia no radica en la formulación de los propósitos. Es necesario una definición de objetivos y metas que incluyan el conocimiento de los principales problemas a abordar y de los recursos disponibles o potenciales que servirán para enfrentarlos..., por lo que se hace necesaria una evaluación permanente de cada uno de los componentes de un programa y de este en su conjunto para corregir y reorientar el trabajo."

7. *Evaluación de la Condición de Eficiencia.*

El proceso de evaluación se inicia cuando en 1981 la Organización Mundial de la Salud propugna un modelo de evaluación para los programas de salud, dicho modelo reconoce los siguientes componentes: 1) especificación del tema de evaluación, 2) obtención del apoyo informativo, 3) evaluación de la suficiencia, 4) examen de los progresos, 5) evaluación de eficiencia eficacia y sus efectos y 6) obtención de conclusiones y formulación de propuesta de acción futura.

En cuanto a las evaluaciones de las condiciones de eficiencia estas tuvieron su origen en la década de los '60 en Argentina, así en 1962 la escuela de salud pública de Buenos Aires presento la tesis titulada "Las condiciones de eficiencia de los servicios de Neonatología"; en 1967 el Departamento de salud Materno - Infantil de dicha escuela elaboró un texto que incluiría los esquemas de evaluación para los distintos tipos de servicios materno-infantiles, a partir de entonces se ha usado en otros países con readecuaciones de acuerdo a las

|

modalidades operacionales de los servicios, así se ha utilizado en Brasil, Belice, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, y últimamente en Guatemala.

En Febrero de 1985 los programas regionales de salud Materno-Infantil y desarrollo de servicios de la OPS convoca a un grupo de trabajo con el objetivo de actualizar y adecuar el contenido de los documentos que para la fecha estaban existentes.

Entre el 16 y 24 de Mayo de 1985 se utilizaron los criterios de "condiciones de eficiencia" en cinco zonas de Costa Rica dentro del curso internacional de supervivencia infantil para Centro América organizado por la OPS/UNICEF y fundación Kellogg, de dicha investigación se realizaron ajustes y modificaciones al documento original dichas modificaciones se publicaron en el mismo año y han servido de base para realizar la mayoría de instrumentos que se utilizan actualmente.

En 1988 el Dr. Tapia Revollo confeccionó un cuestionario que hasta la fecha es el más completo y de aplicación principalmente en Centro América. (18,22). La manera en que el sistema que propone el Dr. Tapia evalúa las condiciones de eficiencia es el siguiente: El valor máximo esperado y el mínimo para cada componente programático es de 10 y 2.5 respectivamente, esto basado en que si la pregunta representa una condición indispensable o insustituible para el desarrollo de una actividad de un componente programático fundamental de la atención primaria en salud, se le asignará en valor de 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. En el caso que la pregunta este constituida por varios elementos se repartirá el puntaje

entre los diversos elementos de esa pregunta, según el peso relativo de cada elemento.

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

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

Calificación %	Condición de Eficiencia	Riesgo de Ineficiencia
80 a 100	Suficiente o alta	Baja
50 a 79	Intermedio	Intermedio
1 a 49	Baja o Insuficiente	Alto

Si la unidad asistencial estudiada en algún componente programático obtiene una calificación de 50, se dice que las condiciones de los recursos del componente en cuestión son insuficientes y por tanto, existe un alto riesgo de ineficiencia con respecto a este componente. Observándose en la matriz de resultados las calificaciones para cada una de las categorías de evaluación de este componente puede advertirse cuáles son las categorías deficientes que ameritan intervención.

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA.

1. **Tipo de estudio:** Observacional-descriptivo.
2. **Selección del objeto de estudio:** Puestos de salud que se encuentran en el área de Salud de Izabal. Para la selección de los distritos que participaron en el estudio se procedió a apuntar en papeles los nombres de los distritos que pertenecen al área de salud de Izabal para posteriormente incluirlos en una caja sellada, para evitar la subjetividad de la escogencia se pidió que una persona ajena al investigador, asesor y revisor extrajera los papeles con lo que se seleccionó los tres distritos. Así de esta manera el sujeto de estudio fué determinado, dado que algunos puestos se encuentran sumamente alejados y para llegar a ellos se debe invertir dos días como mínimo, aparte de esto no se cuenta con el recurso económico suficiente y el tiempo necesario para evaluar todos los distritos del área de salud de Izabal. No obstante la cantidad de puestos elegidos representan el 37% de los servicios de salud del área de Izabal.
3. **Marco Muestral:** Todo el personal y todos los puestos de Salud que se encuentran en los distritos de Puerto Barrios, Navajoa y Morales.
4. **Criterios de inclusión:** Puestos de Salud atendidos por personal auxiliar de salud que se encuentran contratados por el Ministerio de Salud.
5. **Criterios de exclusión:** Por el tipo de evaluación a realizar no se excluirá a ningún puesto o personal que atienda el mismo.

6. Definición de Variables:

NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN•	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Condición de Eficiencia	Conjunto de requisitos o características que debe reunir un servicio para atender adecuadamente las necesidades de salud de la población.	Relación entre los resultados de un Programa o actividad y los recursos desplegados incluyendo los humanos físicos, tecnológico de administración y suministros con que cuenta el servicio para lo cual se tomará como eficiente si obtiene un puntaje de 80 a 100%; como una condición intermedia de eficiencia si obtiene un puntaje de 50 a 79% e ineficiencia si el puntaje logrado es de 1 a 49	Numérica	Para la condición de eficiencia: 80 a 100% posee Eficiencia . 50 a 79% una condición intermedia de eficiencia. 1 a 49 % una condición de ineficiencia.
Restricción	Limitación o modificación.	Limitación en cuanto a los recursos Disponibles(físicos humanos,mobiliario,equipo,administración) para la prestación eficiente de la atención en los servicios de salud, determinándose que se encuentra sin restricción si el puntaje obtenido es de 80 a 100%, con restricción intermedia	Numérica	Restricción: 80 a 100% no hay restricción en la prestación del servicio. 50 a 79 % se posee una restricción intermedia. 1 a 49 % se posee restricción para la prestación del servicio.
NOMBRE DE	DEFINICION	DEFINICION	ESCALA DE	INSTRUMENTO

VARIABLE	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	MEDICION	DE MEDICION
☐		Se determina si el puntaje obtenido es de 50 a 79 % y con restricción en la prestación del servicio si el puntaje obtenido es de 1 a 49%.		
Mobiliario, Suministro y Equipo.	Medicamentos, materiales, equipo y mobiliario que se le proporciona a una servicio para acciones de prevención, curación y rehabilitación de la salud.	Equipo de clínica Bodega u oficina y Medicamentos que Se utiliza para la atención de pacientes, determinándose que presenta eficiencia para la prestación del servicio si obtiene un puntaje de 80 a 100 % una condición de eficiencia intermedia si obtiene un puntaje de 50 a 79 % y una condición de ineficiencia si el puntaje obtenido es de 1 a 49 %.	Numérica	Se posee una condición de eficiencia si: 80 a 100 % posee las condiciones de eficiencia adecuadas. 50 a 79 % condición intermedia de eficiencia. 1 a 49 % una condición de ineficiencia.
Normas y Procedimientos	Conjunto de reglas definidas por las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para orientar el trabajo que se debe realizar en cada nivel de atención.	Existencia en el Puesto de Salud de manuales de normas y procedimientos que las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha definido para el correcto desarrollo de los programas,	Numérica ☐	Se posee una condición de eficiencia si: 80 a 100 % una condición de eficiencia adecuada. 50 a 79 % una condición de eficiencia intermedia. 1 a 49 % ineficiencia. ☐
NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICION

□		Determinandose que el servicio posee una condición de eficiencia adecuada si obtiene un puntaje de 80 a 100 %; una condición de eficiencia intermedia si el puntaje obtenido es de 50 a 79 %; y una condición de ineficiencia si el puntaje obtenido es de 1 a 49 %.		
Planta Física	Es el área del puesto de salud en la que se realizan las actividades de asistencia por el personal de salud asignado.	Disponibilidad de infraestructura física y ambiente adecuados para el buen funcionamiento de los servicios, determinandose que poseen una condición de eficiencia adecuada si el puntaje obtenido es de 80 a 100%; una condición de eficiencia intermedia si el puntaje obtenido es de 50 a 79 %; y una condición de ineficiencia si el puntaje obtenido es de 1 a 49	Numérica	Se poseen las condiciones de eficiencia si: 80 a 100 % condiciones de eficiencia adecuadas. 50 a 79 % una condición de eficiencia intermedia. 1 a 49 % ineficiencia.
RECURSO	Personal contratado por el Ministe	Presencia de personal institucional		Se poseen las condiciones de eficien
NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICION

HUMANO □	rio de Salud Pública y Asistencia Social para brindar atención en salud.	que brinda atención en el servicio refiriéndose específicamente a EPS, auxiliar de enfermería, técnico en salud Rural que viva en la comunidad, determinándose que presenta el servicio una condición de eficiencia adecuada si el puntaje obtenido es de 80 a 100%; una condición de eficiencia intermedia si el puntaje obtenido es de 50 a 79 %; y una condición de ineficiencia si el puntaje obtenido es de 1 a 49 %.	Numérica	Encia si: 80 a 100% una condición de eficiencia adecuada. 50 a 79% una condición de eficiencia intermedia. 1 a 49 % una condición de ineficiencia.
Administración y programación de actividades.	Criterios que se definen a nivel local para optimizar la utilización de los recursos disponibles para la atención.	Uso adecuado de los recursos en función de una programación que responde a la realidad del lugar en el cual se trabaja determinándose que el servicio presenta una condición de eficiencia adecuada si el puntaje obtenido es de 80 a 100 %; una condición de eficien-	Numérica□	Se poseen las condiciones de eficiencia si: 80 a 100 % una condición de eficiencia adecuada. 50 a 79 % una condición de eficiencia intermedia. 1 a 49 % una condición de ineficiencia

		cia intermedia si el puntaje obtenido es de 50 a 79 %; y una condición de ineficiencia si el puntaje obtenido es de 1 a 49 % .		.
--	--	--	--	---

7. Ejecución de la Investigación: Se procedió a elegir tema de investigación, así como asesor y revisor para presentarles el tema de investigación para posteriormente presentar el tema de investigación a la unidad de tesis para su aprobación; aprobado el tema a investigar se elaboró el protocolo de investigación, el cual se presentó para su aprobación al asesor y revisor; luego se presentó a la unidad de tesis para su aprobación y o corrección, al ser aprobado el protocolo se realizó el trabajo de campo se la siguiente manera:

1. Se elaboró un cuestionario en base al método de evaluación de eficiencia de los servicios de salud propuesto por el Ministerio de Salud Pública (4,9,22), donde se compararon una serie de requisitos o condiciones con las que la unidad debería contar para brindar un servicio adecuado de salud, dichos componentes (requisitos), se clasificaron en categorías de: Recursos Físicos (planta física) Recurso Material, Suministros y equipo, Recurso Humano, Organización y Administración, Normas y Procedimientos. Dicho cuestionario se elaboró de acuerdo a las normas vigentes propuestas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

sobre el desarrollo de atención primaria de salud.

2. Para poder realizar esta evaluación se realizó una entrevista observacional con el personal auxiliar encargado de la atención del puesto, indicándole previamente los motivos del estudio; además se revisó junto con él los recursos con los que cuenta el servicio de salud a su cargo, conjuntamente se realizó un recorrido para observar la planta física del servicio de salud; cuando se evaluó la existencia de normas, programas o actividades planificadas se corroboró la respuesta dada por el personal con la presencia de documento escrito, así también cuando se preguntó sobre visitas realizadas a las familias de riesgo se corroboró el dato con la presencia de una ficha o documento que de fe de dicha visita, con todos estos datos se llenó las boletas elaboradas para este fin, (ver anexos).
3. Para poder valorar las preguntas se utilizó la forma de valoración siguiente: se distribuyó proporcionalmente el puntaje total para cada categoría y la ponderación de los requisitos de acuerdo a su importancia; cuando el requisito a evaluar posee varios subcomponentes se listaron inmediatamente abajo de la pregunta colocando a la par el valor correspondiente de ese subcomponente, en el caso de las preguntas relacionadas con medicamentos o equipo se colocó el valor total de la pregunta si se determina que la cantidad que se posee es adecuada para la prestación del servicio. Se debe tener en cuenta que las preguntas no admiten subjetividad, ya que son verificables por el observador, por lo que no se consideraron calificaciones intermedias; si cumple el requisito se consideró el puntaje total asignado a la pregunta, de lo contrario se calificó con cero. Para

poder asignar el valor total se sumaron todos los puntajes observacionales de cada categoría, para obtener el porcentaje de punteo se dividió el total del puntaje observacional entre el puntaje máximo y se multiplico por cien, este valor fué el valor real de punteo de ese componente programático, (categoría a evaluar) este porcentaje, da una medida de la proporción en que el servicio evaluado cuenta con recursos y otros que asegurarán que podrían ser entregados eficientemente. Asignando un valor al final la distribución de puntos será de la siguiente manera:

De 80 a 100 % = Condición de Eficiencia Adecuada.

De 50 a 79 % = Condición de Eficiencia Intermedia.

De 1 a 49 % = Condición de Ineficiencia.

4. Al concluir la etapa de trabajo de campo se procedió a realizar la tabulación y construcción de tablas y gráficas, así como la interpretación y análisis de los resultados obtenidos para realizar la construcción del informe final junto al asesor y revisor, para ser presentado a la unidad de tesis para su aprobación.

8. Aspectos éticos de la Investigación: Por ser un estudio observacional-descriptivo no se manejó información que afecte aspectos físicos, morales e intelectuales de personas, de igual manera no se afectó de manera directa o indirecta ningún grupo comunitario o institucional.

B. RECURSOS.

1. Recursos Humanos:

- A) Personal auxiliar que atiende los puestos de salud de Puerto Barrios, Navajos y Morales.

2. Recurso Material:

- A) Estructura física de los servicios de salud a estudiar.
- B) Boleta de encuestas.
- C) Utiles de escritorio.
- D) Computadora e impresora.

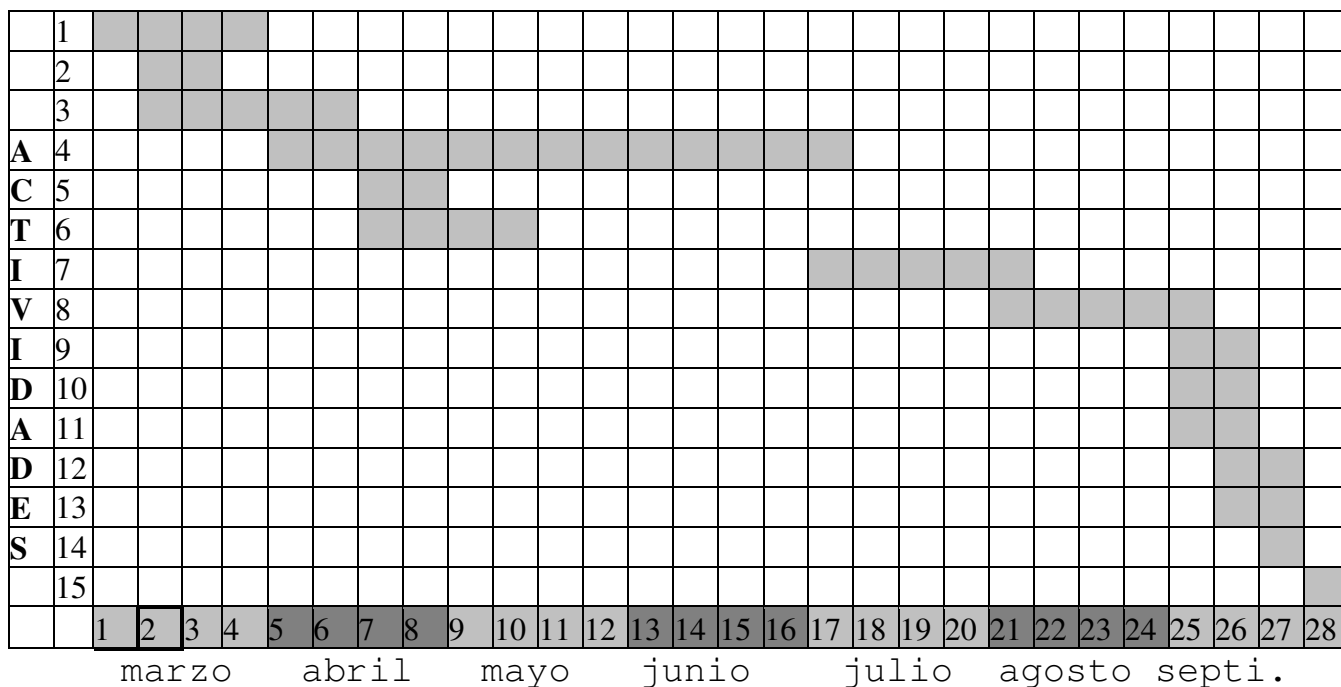
3. Recurso Económico:

- A) Aproximadamente Q2,000.00 para transporte, hospedaje alimentación, fotocopias e impresión de informe final.

4. Recurso Institucional:

- A) Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala.
- B) Biblioteca del instituto de Nutrición para Centro América y Panamá.
- C) Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud.
- D) Dirección General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- E) Jefatura de Area de Izabal.

GRAFICA DE GANTT



ACTIVIDADES:

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

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO N. 1 PORCENTAJE DE ADECUACIÓN DE LAS CONDI-

**CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS PUESTOS DE
SALUD DEL AREA DE SALUD DE IZABAL
FEBRERO- AGOSTO DEL 2000**

PUESTO DE SALUD	VIRGI NIA	PLAY ITAS	CERR ITOS □	ARAP AHOE VIEJO □	GRA N CAÑ ON	RIO NEGR O	CHA MPO NA	TENE DORE S	ENT RE RIOS	CACA O FRON TERA	TOTAL POR RUB RO X %
CATE GO RIA											
PLANTA FISICA □	92.00	48.00	60.00	76.00	75.00	31.00	89.00	96.00	70.00	80.00	71.70
RECUR- SO HU MANO	82.20	50.20	70.40	92.30	95.80	47.90	59.10	63.30	82.80	67.40	71.10 □
MATE- RIALES, SUMINIS TROS Y EQUIPO	82.00	48.70	74.70	82.70	71.70	38.40	74.30	73.90	60.80	92.60	69.90
NORMAS Y PROCE DIMIEN- TOS	62.50	65.80	82.50	55.00	72.50	39.10	76.60	76.60	76.60	94.10	70.10
ADMINIS TRA CION Y PROGRA MACION □	73.50	35.40	87.70	55.40	80.60	60.60	58.70	71.60	78.70	86.40	68.80
TOTAL	78.80	48.90	75.60	74.60	78.80	43.80	70.30	74.40	72.20	84.90	70.20

Fuente: Instrumento utilizado para la evaluación de las condiciones de eficiencia del primer nivel de atención del área de izabal, guatemala 2000.

CUADRO N. 2

PORCENTAJE DE ADECUACION DE LAS CONDI- CIONES DE EFICIENCIA DE LOS CENTROS DE SALUD DEL AREA DE SALUD DE IZABAL FEBRERO-AGOSTO DEL 2000

CENTRO DE SALUD	PUERTO BARRIOS	NAVAJOA	MORALES	TOTAL POR RUBRO X %
CATEGORIA				
I. PLANTA FISICA	97.0	93.00	56.00	82.00
II. RECURSO HUMANO	80.40	77.65	77.00	78.35
III. MATE- RIALES, SU- MINISTROS Y EQUIPO	93.40	91.90	88.27	91.19
IV. NORMAS Y PROCEDI- MIENTOS	78.60	89.70	78.67	82.32
V. ADMINIS- TRACIÓN Y PROGRAMA- CIÓN	83.87	86.40	78.70	82.99
TOTAL	86.95	87.66	78.76	84.45

Fuente: Instrumento utilizado para la evaluación de las condiciones de eficiencia del primer nivel de atención del área de Izabal, Guatemala 2000.

Categorización: 80 a 100% Condición de eficiencia adecuada.
50 a 79% Condición de eficiencia intermedia.
1 a 49% Condición de ineficiencia.

CUADRO N. 3
PORCENTAJE DE PUESTOS DE SALUD DE ACUERDO
CALIFICACION OBTENIDA DE CONDICIONES DE
EFICIENCIA. AREA DE SALUD IZABAL
FEBRERO-AGOSTO 2000

CRITERIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DE 80 A 100	1	10
DE 59 A 79	7	70
DE 1 A 49	2	20
TOTAL	10	100

Fuente: Instrumento utilizado para la evaluación de las Condiciones de Eficiencia de los Puestos de Salud del primer nivel de Atención del área de Izabal, Guatemala 2000.

CUADRO N. 4

**PORCENTAJE DE CENTROS DE SALUD DE ACUERDO
CALIFICACION OBTENIDA DE CONDICIONES DE
EFICIENCIA. AREA DE SALUD IZABAL
FEBRERO-AGOSTO 2000**

CRITERIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DE 80 A 100	4	66.66
DE 59 A 79	1	33.33
DE 1 A 49	0	0
TOTAL	3	100

Fuente: Instrumento utilizado para la evaluación de las Condiciones de Eficiencia de los Puestos de Salud del primer nivel de Atención del área de Izabal, Guatemala 2000.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

|

Se evaluó el 100% de los puestos y centros de salud habilitados actualmente (10 puestos de salud y 3 centros de salud en total)¹, correspondientes a los distritos de Puerto Barrios, Navajoa y Morales.

Los puestos de salud catalogados en condiciones de eficiencia adecuada fué únicamente el puesto de salud de Cacao Frontera; le siguen en orden decreciente los puestos de Virginia, Gran Cañon, Cerritos, Arapahoe Viejo, Tenedores y Champona, todos estos considerados dentro de una condición de eficiencia intermedia según la categorización operacional establecida en este estudio. La causa de que sólo un puesto de salud reúna las condiciones para ser calificado como eficiente radica en que dicho puesto cuenta con gran apoyo por parte de la comunidad, lo que ayuda a suplir las deficiencias que los demás puestos presentan; estas son principalmente la carencia de personal capacitado para dirigir y administrar los servicios de salud así como el apoyo en cuanto a suministros que pueden proporcionar pues los que brinda el Ministerio de Salud Pública son insuficientes para la demanda de los servicios de salud, además, este puesto presenta una ventaja adicional que es la cercanía del puesto a la zona urbana del departamento, lo que hace que la jefatura del área, del distrito y el hospital regional estén al alcance de las comunidades que atiende dicho puesto, lo que proporciona un apoyo para demandar suministros cuando es necesario y para refirir casos lo más pronto posible, y resolver así sus problemas de salud, a la vez de que al estar cerca estos otros

¹ En total en los tres distritos evaluados hay 12 puestos de salud, pero en primer lugar el puesto de 2 Mojanales se encuentra en fase de reparación por lo cual no fue posible evaluarlo; en segundo lugar el puesto de salud de Chachagualilla en el momento de la realización del trabajo de campo no se pudo acceder al mismo por razones de incomunicación de la comunidad, por lo que no se evaluó, debido a la inseguridad que se presentaba para llegar al puesto.

|

servicios la afluencia de personas disminuye lo que ocasiona que el poco recurso disponible sea adecuado y suficiente para la atención.

Los puestos considerados como ineficientes para este estudio fueron los de Playitas y Río Negro. Estos puestos obtuvieron puntajes ineficientes en la mayoría de rubros evaluados, por lo que se hace necesario tomar nota al respecto ya que la mayoría de las comunidades del área de influencia de los puestos en mención no posee otro lugar cercano para que sea satisfecha su necesidad de salud. Un factor que propicia ineficiencia al servicio de salud lo representa la poca participación comunitaria en la ejecución de los programas planificados o en la planificación de actividades tendientes a mejorar las condiciones de salud, ya que dentro de los cambios realizados en el sector salud la participación comunitaria es esencial y fundamental para que las actividades planificadas y programadas por los servicios se lleven a cabo, (8,19), por lo que si la participación comunitaria no proporciona el soporte necesario en estos aspectos, no se podrán prestar con eficiencia los servicios de salud. A la vez otro fenómeno que se observó que interviene en la ineficiencia de los servicios mencionados es la creciente migración de personas a estas comunidades a causa de la catástrofe del huracán Mitch en el departamento esto acarrea una sobrepoblación que debe ser atendida por dichos servicios, haciendo más carente el poco recurso a que se le destina, lo cual debe ser tomado en cuenta por las jefaturas de distrito y área para proporcionar las estrategias adecuadas para poder solucionar estos problemas.

El 100% (3) de los centros de salud se ubicó en la ponderación de intervalo de 80 a 90% lo que se considera dentro de la escala de evaluación como una condición de eficiencia adecuada, lo que es debido a que los centros de salud en la actualidad han sido o se encuentran en

|

fase de reconstrucción y readecuación los que proporciona la infraestructura adecuada para la realización de su trabajo, además el personal es dirigido por gente capacitada en la organización y administración, lo que hace que a pesar de ser mínimo el personal se proporcione un ambiente adecuado para que se realice de una forma eficiente la prestación del servicio.

Hay que destacar que en términos individuales los puestos de salud evaluados presentan restricciones o limitaciones en algunos aspectos, como la cantidad de personal que labora en los servicios ya que no son suficientes para la demanda; otro aspecto lo constituye la falta de programación de actividades que se deben ejecutar, se pudo observar esto en la mayoría de los puestos evaluados. A pesar de ello y de las limitantes encontradas la mayoría de los puestos de salud evaluados presentan una condición de eficiencia intermedia. Lo positivo para la comunidad es que en la medida de lo posible y con los recursos disponibles los servicios de salud logran satisfacer las necesidades de salud de las comunidades a su cargo.

En conjunto los puestos de salud de los tres distritos evaluados, alcanzaron un porcentaje de adecuación de 70.2 % comparado con el porcentaje obtenido en 1987, el cual fue de 60.3 % (23). Debido a esto la diferencia en cuanto a la condición de eficiencia no es significativa (confianza de 0.95), lo anterior refleja que si bien es cierto numéricamente sí ha cambiado, estadísticamente no, a lo largo de catorce años, esto significa que no se han realizado actividades o esfuerzos destinados a mejorar las condiciones de eficiencia de la atención en salud, quizás debido a la falta de interés que las autoridades a cargo de evaluar los servicios de salud han tenido, una causa de esta falta de interés lo constituiría la intromisión de la política en la planificación de evaluaciones a los servicios de salud,

lo que ocasiona que se omitan estos datos que demuestran lo mal que está nuestro sistema de salud por el riesgo de cuestionamientos y pérdida de credibilidad política, además evidencia la poca capacidad de nuestro sistema de salud en la correcta utilización de los recursos disponibles para que se de en el país una adecuada y eficiente atención en salud. Todo lo resumimos en el hecho que el área de Izabal, pese a los problemas que ha presentado en cuanto a salud se refiere, no cuenta con la administración de recursos adecuada para brindar una eficiente atención en salud, haciendo al área vulnerable a catástrofes de salud (epidemias, brotes etc).

Las principales restricciones o limitantes en los puestos de salud se presentan en las siguientes categorías: Materiales, suministros y equipo y en lo referente a administración y programación. En cuanto a los centros de salud no se detectaron limitantes en ningún rubro o categorías. Se puede deber esto a que los rubros que presentan limitaciones o restricciones en los puestos de salud son los rubros que se han determinado como influyentes en la buena o mala prestación de servicios, ahora bien los centros de salud no presentan limitantes o restricciones por el hecho de que en la actualidad presentan las condiciones adecuadas para funcionar con eficiencia, lo que nos debería llevar al hecho de cuestionar: Porqué los puestos de salud no presentan las mismas condiciones para el adecuado funcionamiento que los centros, Posiblemente la respuesta sería que hay una falta de comunicación entre los jefes de distrito y el personal a cargo de la atención en los puestos de salud para encontrar la medidas más propicias para mejorar las condiciones de eficiencia o hay un desinterés por parte de la jefatura de distrito para mejorar los Puestos de salud.

En términos generales, las limitaciones existentes en cada uno de los rubros o categorías evaluadas fueron

|

similares en todos los puestos de salud, de acuerdo con el instrumento utilizado. Hay que tomar en cuenta que para una mejor apreciación de la condición de eficiencia la evaluación y el análisis debe de hacerse individualmente, ya que algunos puestos de salud presentan peculiaridades inherentes que hacen que la prestación del servicio sea o no adecuada. Debo hacer el llamado a que en lo que respecta al rubro de administración la deficiencia se centra más en la falta de capacitación del personal que se deja encargado de las labores del puesto (auxiliares de enfermería o técnicos en Salud Rural), los cuales carecen de un conocimiento sobre administración de servicios, el único conocimiento que poseen es el empírico aprendido a base de los años de manejar el servicio.

IX. CONCLUSIONES

1. Las condiciones de eficiencia de los puestos de salud de los distritos de Puerto Barrios, Navajoa y Morales se puede calificar como una condición de eficiencia intermedio, según la categorización operacional definida en el estudio. Y los centros de salud se califican como adecuados.
2. Las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no ha prestado atención a las deficiencias que se presentan en los servicios del primer nivel de atención, pese a los problemas de salud que se han presentado en el departamento de Izabal.
3. Las limitaciones para poder prestar eficientemente los servicios se encuentran en los rubros de Materiales, Suministros, Equipo, Administración y Programación.
4. El personal de enfermería que se encarga de los puestos de salud no cuenta con la suficiente capacitación adecuada para administrar y dirigir el servicio de salud.
5. La categorización alcanzada en este estudio y la alcanzada en el estudio de 1987 no evidencia en términos generales cambios en la condición de eficiencia de los puestos de salud del área de Izabal.

X. RECOMENDACIONES

1. Incrementar los recursos materiales, de suministro, equipo, administrativos y de programación a los puestos de salud del área de Izabal, para su buen funcionamiento, por parte de organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales.
2. Proporcionar por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, todos los recursos que son obligatorios en los centros de salud de acuerdo a la logística, para solventar las deficiencias en cuanto: Recurso material, suministro, equipo, administración y programación identificado en el presente estudio.
3. Buscar mecanismos que permitan resolver las limitaciones identificadas, a través de este estudio haciendo énfasis en aquellos puestos que han sido catalogados como ineficientes.
4. Sistematizar las actividades de supervisión y control de los puestos de salud por parte del director de distrito o de área.
5. Capacitar en lo relacionado a administración de servicios de salud al personal encargado del puesto de salud, para que la atención y la ejecución de programas sean adecuados.
6. Realizar, evaluaciones periódicas en los puestos de salud donde se detectó condiciones de eficiencia inadecuadas para así poder mejorar la atención del paciente.

XI. RESUMEN

Se evaluaron las condiciones de eficiencia de los puestos de salud que pertenecen a los distritos de Puerto Barrios, Navajoa y Morales (área de salud de Izabal), se tomó además como referencia para comparación los resultados obtenidos en la evaluación que se realizó en el año de 1987 por el programa del Ejercicio Profesional Supervisado Rural (23), para poder comparar ambos resultados se utilizó el mismo instrumento de recolección de datos y una metodología similar.

En el estudio actual se determinó que las condiciones de eficiencia de los servicios del primer nivel de atención evaluados se catalogan como intermedios (70.2 % de porcentaje de adecuación), en comparación con la categoría que se clasificaron en 1987, la cual fue de una condición regular de eficiencia (60.3%); en un lapso de catorce años no ha sido sustancial la mejoría en la condición de eficiencia (una mejoría numérica del 10%), persistiendo deficiencias en ambos estudios en lo referente a materiales, suministros y equipo, en el actual estudio se suma además deficiencia en cuanto a la administración y programación; por lo que se ha determinado que en términos generales no se ha hecho nada al respecto para tratar de suplir las deficiencias que se presentan en los servicios de salud pese a quedar clara la fragilidad de nuestro sistema de salud.

El único puesto de salud que se catalogo como adecuado en cuanto a las condiciones de eficiencia fue el puesto de Cacao Frontera (84.9%); la gran mayoría de puestos evaluados se encuentran en el intervalo de 70 a 80 % de adecuación por lo que se les cataloga como una condición intermedia de eficiencia en la prestación del servicio, los únicos puestos de salud que se catalogaron como ineficientes son el puesto de Playitas (48.9%) y el de Río Negro (43.8%). En cuanto a los Centros de salud en

|

el presente estudio se determinó que presentan una condición de eficiencia adecuada.

Por lo expuesto es recomendable implementar la asignación de recursos materiales, suministros a los puestos de salud, teniendo prioridad con los puestos catalogados como ineficientes, así como buscar los mecanismos que permitan resolver las limitaciones encontradas en el presente estudio, estos mecanismos deben involucrar tanto a instituciones gubernamentales como no gubernamentales, con el fin de lograr una mayor condición de eficiencia en la prestación del servicio. Punto importante a tomar en cuenta es implementar la sistematización de las actividades de supervisión y control de los puestos de salud, así como también promover estudios de características similares al presente con un intervalo de tiempo no menor de dos años con el objetivo de identificar los cambios en las condiciones de eficiencia.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Castañeda S. Atención primaria en Salud. Documento mimeografiado, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Fase III. 1996. 3p.
2. Cojon W.O. Evaluación de las condiciones para la prestación eficiente de Servicios en el primer nivel de atención. Tesis (Medico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Medicas. Guatemala, Agosto. 1998. 50p.
3. Donaberdain A. Evaluación de la calidad de atención médica. En: Investigación sobre servicios de salud: una antología. Washington: 1992. 1200p (OPS publicación científica, 534).
4. Gobierno de Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/INCAP/Area de Salud Sur. Evaluación de las condiciones de Eficiencia de los servicios de salud MaternoInfantil de los centros y Puestos de salud del área de Salud Guatemala Sur. Guatemala, Septiembre 1986.20p.

5. Gobierno de El Salvador, Ministerio de Salud Pública de El Salvador/ INCAP/OMS-OPS/UNICEF. Evaluación de las condiciones de eficiencia en los Servicios Materno Infantil de El Salvador. El Salvador. San Salvador. 1989. 63p Anexos.
6. Gobierno de Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/INCAP/OPS. Guía Metodológica para la evaluación y mejoramiento de la calidad de las actividades de los servicios de salud dentro del Programa de Control de Enfermedades diarreicas. Guatemala. 1993.
7. Gobierno de Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema Integral de Atención en Salud - SIAS - Lineamientos para el Primer nivel de atención. Guatemala, Noviembre. 1997. 31p.
8. Gobierno de Guatemala, Acuerdos entre el Gobierno de Guatemala y la URNG. Guatemala Octubre 1996. 124p.
9. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá/ Departamento de pediatría Hospital Roosevelt. Estudio de evaluación de condiciones de eficiencia de la unidad de Rehidratación Oral del departamento de Pediatría del

Hospital Roosevelt. Guatemala, 1987. 16p.

10. Lara G.C. Actitudes del personal de salud frente al Sistema Integral de Atención de Salud. Tesis (Medico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Agosto 1998. 65p.
11. Noval J.G. Algunos criterios sobre atención primaria en salud. CISC 1997; 2(1): 3-4.
12. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de programas de salud y toma de decisiones. Washington: 1992.
13. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del progreso. Washington: 1978. 76p.
14. Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria en salud: principios y métodos. Compilado por Kroeger A. y Rhima. Serie Paltext para ejecutores de Programas de Salud N. 10. México D.F. OPS. 1987. 642p.
15. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria en la transformación del sistema de

servicios de salud. Washington: 1985. 137p.

16. Organización Panamericana de la Salud. Análisis gerencial de los servicios de salud Discusión técnica de la XXI conferencia sanitaria Panamericana. Washington: 1983. (OPS publicación científica, 449).
17. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. edición 1998. Washington; 1998. 1 V. (OPS publicación Científica, 569).
18. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de los Servicios Materno Infantil. Washington: 1989. 543p.
19. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre la atención primaria de salud ALMA-ATA. Ginebra. 1978.
20. Schmelkes C. Manual para la presentación de anteproyectos e informes de investigación (tesis). México. Harla, 1988.

21. Sovilla B. Paganini J. M. Sonia A. Y Gianantonio C. A. Calidad y eficiencia de la atención médica. Estudio comparativo de recursos y resultados de atención pediátrica entre hospitales de distinta complejidad. En: Investigación sobre Servicios de Salud: una Antología. Washington: 1992. 1200p. (OPS publicación científica, 534).
22. Tapia R.G. Instrumentación para evaluar el proceso de aplicación de la estrategia de atención primaria en servicios de salud Periféricos y comunidades. Tesis (Magíster Científicae en alimentación y nutrición en Salud), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Medicas, INCAP, Centro de estudios Superiores en Nutrición y Ciencias de los Alimentos. Curso de postgrado en alimentación y nutrición en salud. Guatemala, 1988. 364p. Anexos.
23. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural. Evaluación de las condiciones de eficiencia de los puestos de salud del Ministerio de Salud pública y Asistencia Social de Guatemala. Informe final. Guatemala 1987. 32p. Anexos.

24. Villalobos L.B. Salud y Sociedad un enfoque para Centroamérica. 2ed. San José, Costa Rica ICAP, 1992.

XIII. ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**BOLETA DE RECOLECCION DE
DATOS**

**CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS
SERVICIOS**

**DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN
SALUD**

**DE LOS DISTRITOS DE PUERTO BARRIOS
NAVAJOA Y MORALES**

INFORMACION GENERAL

1. IDENTIFICACION DEL SERVICIO.

Puesto de Salud: _____
Distrito: _____
Area: _____

2. AREA DE INFLUENCIA.

Area geográfica que cubre el Servicio: _____ Kms.
Población aproximada que cubre el servicio _____ Habs.

3. CARACTERISTICAS DE ACCESIBILIDAD DEL SERVICIO.

Geográficas:

Distancia aproximada desde el hogar de las familias más distantes al
Puesto de Salud: _____ Kms.
Tiempo aproximado que demoran las familias más distantes para llegar
al Puesto _____ hrs.
Medio de movilización que utilizan las familias para acudir al Puesto de
Salud, en orden de prioridad.

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Funcionales:

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

Culturales:

Existe dificultad en la comunicación entre el usuario y el proveedor del servicio, por diferencia de idiomas.

Idioma o dialecto hablado en mayor porcentaje por la población.

4. INFORMACION PARA REGISTRO DEL ESTUDIO.

Nombre del entrevistador:_____

Nombre del entrevistado:_____

Cargo:_____ Fecha

de la Entrevista:_____

Sello del Puesto de Salud:

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

**CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS
DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD
DE LOS DISTRITOS DE PUERTO BARRIOS
NAVAJOA Y MORALES**

1. PLANTA FISICA (100pts)

El edificio del Puesto de Salud dispone de:

1. Ambiente (sala de espera con espacio suficiente para la demanda).....(7)
 2. Espacio para la recepción y registro de pacientes.....(5)
 3. Area de preconsulta (para medir, pesar, tomar temperatura, etc).....(7)
 4. Ambiente separado para procedimiento (vacunas, curaciones, hipoder -
mia, TRO, etc.).....(6)
 5. Consultorio con privacidad para la atención de pacientes.....(9)
 - Iluminación natural suficiente para las actividades diurnas.....(6)
- 6.

7. Servicio continuo de energía eléctrica, al menos durante las horas hábiles.....(7)
8. Servicio de agua potable durante las horas hábiles.....(8)
- * El agua que surte al servicio es acarreada de pozo.....(4)
 - * El agua es proporcionada por tubería.....(4)
9. Lavamanos funcional para el personal del Puesto.....(7) 10. Servicio Sanitario.....(14)
- * Existe servicio sanitario para el personal.....(3.5)
 - * Es adecuado el servicio para la utilización del personal del Puesto.....(3.5)
 - * Existe servicio sanitario para el paciente.....(3.5)
 - * Es adecuado el servicio para la utilización del los pacientes.....(3.5)
11. Espacio para archivar fichas clínicas.....(5)
12. bodega (para leche y otros implementos) funcional en cuanto a espacio, humedad y ventilación.....(3)
13. Área para impartir educación en salud (charlas y demostraciones)...(5)
14. Paredes y pisos que faciliten su limpieza.....(4)
15. Local para postconsulta.....(3)
16. Existe un local para el almacenamiento de medicamentos y otros suministros.....(4)

SUB TOTAL.....

2. RECURSO HUMANO

(169pts)

1. Auxiliar de enfermería.....(10)
2. La auxiliar de enfermería reside en.....(10)
- La cabecera departamental.....(2)
 - En la comunidad.....(8)
3. La enfermera ha realizado estudios de auxiliar de nueve meses.....(15)
- Solo ha recibido adiestramiento en servicio.....(10)
4. La auxiliar en los dos últimos años ha asistido a cursos o seminarios relacionados 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.....(15)

7. El técnico en Salud reside en la comunidad.....(10)
8. Hay comadrona tradicional registrada y con seguimiento periódico por el puesto.....(12)
 - Solamente registrada pero sin seguimiento.....(5)
9. Hay guardianes en salud registrados y con seguimiento periódico por el puesto.....(12)
 - Solamente registrado pero sin seguimiento.....(5)
10. Cuenta con guardianes en salud en todas las comunidades del área de influencia(14)
 - Solo algunas comunidades cuentan con guardianes.....(7)
11. Los guardianes en salud han recibido cursos de capacitación con una duración no menor de seis semanas.....(10)
12. Los guardianes en salud y/o comadronas reciben por lo menos una vez al año cursos de readiestramiento.....(11)
13. Se cuenta con estudiante en Ejercicio Profesional Supervisado del último año de estudios de la Facultad de Ciencias Médicas de cualquier Universidad de Guatemala.....(15)
14. El EPS vive en la comunidad.....(10)
 - Vive en otra comunidad distinta.....(5)
15. Se cuenta con Facilitador Comunitario a cargo de las comunidades del área de influencia.....(5)

SUB TOTAL.....

3. MOBILIARIO Y EQUIPO

(273 PTS)

1. Hay estufa y autoclave para esterilizar.....(6)
 - Solo hay estufa.....(2)
 - Solo hay autoclave.....(2)
2. Especulos vaginales de diferentes tamaños para la demanda.....(4)
3. Material suficiente para exámen de papanicolau (Laminillas, spray, pa-peletas, frascos de formol).....(4)
4. Materiales para gota gruesa en número suficiente para la demanda.....(4)
5. Material para la toma de baciloscopia de esputo suficientes para la demanda.....(4)
6. Muebles para archivo de historias clínicas.....(3)
7. Muebles o estanterías para colocar medicamentos.....(4)
8. Muebles para sala de espera (sillas o bancas en número suficiente para

- la demanda).....(5)
- Sillas o bancas en número insuficiente.....(2)
- 9.Consultorio de atención de pacientes con camilla de exámen (incluyendo ginecológicas), con colchoneta y grada.....(6)
- Camilla de exámen sin grada o colchoneta.....(3)
- 10.Consultorio de atención de pacientes con escritorio o mesa y dos sillas.....(6)
- Escritorio o mesa y una silla.....(3)
- 11.Ambiente de curaciones con camilla y carro de curaciones(5)
- Solo camilla o carro de curaciones.....(3)
- 12.Balde con pedal para descartar gasas, curaciones, algodón, etc.....(4)
- 13.Guantes de curaciones o procedimientos en buen estado y en número suficiente para la demanda.....(5)
- Guantes en número insuficiente o en mal estado.....(2)
- 14.Jeringas de diversos tamaños en cantidad suficiente para atender la demanda.....(5)
- Sólo jeringas de algunos tamaños o en número insuficiente...(2)
- 15.Agujas hipodérmicas para la administración intramuscular, intravenosa y subcutánea de medicamentos.....(5)
- Sólo algunos tamaños y números.....(2)
- 16.Equipo de sutura para cirugía menor así como hilos de sutura en cantidad de números adecuados para la demanda.....(6)
- Sólo algunos números y en cantidad insuficiente.....(2)
 - Sólo equipo de cirugía menor incompleto.....(2)
- 17.Baja lenguas esterilizables o descartables en cantidad adecuada para satisfacer la demanda.....(3)
- 18.Cuenta con bandeja de aluminio, riñones, frascos para gasa, algodón estéril, cajas de acero inoxidable.....(4)
- Sólo cuenta con algunos de estos equipos.....(3)
- 19.Cuenta con balanza para adultos con altímetro.....(5)
- 20.Cuenta con balanza para niños y/o lactantes.....(5)
- 21.Cuenta con infantómetro con escala en cms. con numeración legible.(5)
- 22.Cuenta con cinta métrica inextensible en buen estado.....(3)
- 23.Cuenta con estetoscopio biauricular en buen estado.....(5)
- 24.Cuenta con estetoscopio para auscultar fcoo fetal en buen estado....(5)
- 25.Cuenta con esfignomanómetro en buen estado (para adulto y niño)....(5)
- Sólo esfignomanómetro para adulto o niño.....(4)
- 26.Cuenta con termómetros orales y rectales en cantidad suficiente para la demanda.....(5)
- Sólo de un tipo o cantidad insuficiente.....(3)
- 27.Cuenta con lámpara de pie (cuello de ganso).....(4)

28. Cuenta con refrigerador con termómetro y hoja para control de temperatura.....(7)
 - Sólo refrigerador.....(5)
29. Termos tipo King Silley con batería para transporte de vacunas.....(6)
 - Sólo termos sin batería.....(3)
30. Hay facilidad para trasladar enfermos (ambulacia, pago de taxis).....(6)
31. Se dispone de fichas clínicas, carnets, Sigsas, recetarios, solicitud de laboratorios, formularios de referencia y contrareferencia, formularios para recolectar el trabajo de campo, formularios para solicitud de suministros.....(12)
 - Sólo se dispone de algunos de estos materiales.....(6)
32. Se dispone de materiales y útiles de escritorio.....(6)
33. Se dispone de materiales de limpieza (trapeadores, escobas, jabón detergente).....(5)
34. Se dispone de sabanas, frascadas, gabachas, toallas.....(5)
35. Se dispone de leche, cereales, aceite, etc. según programa de complementación alimenticia en cantidad suficiente.....(7)
36. El suministro de combustible es suficiente para las necesidades del servicio.....(6)
37. Se cuenta con suministro de algodón, alcohol, gasas, vendas, y otros (materiales para planificación familiar).....(6)
 - Sólo algunos de estos suministros.....(3)
38. Se cuenta con vacunas del programa ampliado de inmunización en cantidad suficiente para la demanda.....(7)
39. Se dispone de sales de rehidratación oral (fórmula OMS/UNICEF), en cantidad suficiente.....(7)
 - Se dispone de las sales en cantidad insuficiente.....(4)
40. Se dispone de medicamentos.....(23)
 - Acetaminofen..... (1)
 - Penicilina Procaína.....(1)
 - Penicilina Benzatínica..... (1)
 - Ampicilina.....(1)
 - Amoxicilina.....(1)
 - Trimetropin-Sulfametoxazol.....(1)
 - Eritromicina.....(1)
 - Ambroxol.....(1)
 - Bromexina.....(1)
 - Guayacolato de glicerilo.....(1)
 - Salbutamol.....(1)
 - Hierro oral.....(1)
 - Vitamina A.....(1)

- Acido fólico.....(1)
- Antihistamínicos (Clorfenidramina, dramamina, loratadina, difenidramina).....(1)
- Antiespasmódicos (Buscapina, sertal).....(1)
- Analgesicos-antiinflamatorios (Aspirina, tramal morfina, demerol, dipirona, piroxicam, neome-lubrina, diclofenaco).....(1)
- Antipalúdicos (cloroquina, primaquina).....(1)
- Antituberculosos (INH, etambutol, estreptomina, rifampicina).....(1)
- Antiparasitarios (pirantelo, mebendazole, albendazole, piperacina, niclosamida, yodoquinol).....(1)
- Antiácidos.....(1)
- Antibióticos oculares.....(1)
- Cremas dermatológicas.....(1)
- 41. Se dispone de anticonceptivos.....(8)
 - Preservativos en suficiente cantidad.....(2)
 - Pastillas y/o inyecciones.....(2)
 - Espermicidas (crema, espumas, jaleas).....(2)
 - Diafragmas.....(2)
- 42. La cantidad de medicamentos es adecuada para la demanda.....(10)
- 43. El suministro de los medicamentos se lleva a cabo cada tres meses.(6)
- 44. Se cuenta con equipo para atender emergencias (sondas, angiocath, pericraneales, venoseth, ambú de adulto y/o pediátrico, perilla de succión, equipo de parto, medicamentos para tratar paros cardiorespiratorios, soluciones intravenosas, etc.).....(6)
 - Sólo con algo del equipo mencionado.....(4)
- 45. Se dispone de material educativo como.....(15)
 - pizarrón.....(3)
 - rotafolio.....(3)
 - folletos.....(3)
 - franelógrafo.....(3)
 - afiches.....(3)

SUB TOTAL.....

4. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

(120 PTS)

1. Se dispone del manual de normas y guías de atención proporcionado por el Ministerio de Salud Pública.....(12)
2. Se dispone de normas escritas de programación que incluyen metas, coberturas, actividades de los programas.....(11)
 - Control prenatal y puerperio.....(1)
 - Control de IRAS.....(1)
 - Control de diarreas y cólera.....(1)
 - Control de paludismo.....(1)
 - Inmunizaciones.....(1)
 - Tuberculosis.....(1)
 - Planificación familiar.....(1)
 - Enfermedades de transmisión sexual.....(1)
 - Control de rabia.....(1)
 - Cadena de frío.....(1)
3. Se dispone de normas para el envío de muestras (Sangre, heces, orina, gota gruesa, esputo).....(8)
4. Se dispone de normas para el transporte de biológicos (vacunas).....(7)
5. Se encuentran las vacunas ordenadas e identificadas en el refrigerador.....(7)
6. Existen normas para la referencia y contrareferencia de pacientes a otros niveles de atención.....(7)
7. Se realiza registro diario de actividades.....(7)
8. Se registra la atención prestada a pacientes en fichas clínicas.....(7)
9. Se elaboran informes estadísticos mensuales.....(8)
10. Se reportan semanalmente la presencia de enfermedades de notificación obligatoria a la jefatura de distrito.....(6)
11. Se entrega a cada niño un carnet que contenga la información de peso, talla, gráfico de crecimiento, cuadro de vacunas y otros datos básicos.....(6)
12. Se realizan exámenes odontológicos básicos (examen de la boca) y se refieren los casos al odontólogo.....(7)
13. Se realizan visitas domiciliarias a pacientes de alto riesgo.....(8)
14. Se dispone de normas que indiquen como llenar correctamente los formularios que se tienen a disposición.....(7)
15. Se posee normas que indiquen como se deben recolectar los datos su

- procesamiento y análisis de las actividades de campo ejecutadas.....(7)
16. Recibe el puesto de salud información regularmente de los índices
endémicos del área.....(5)

SUB TOTAL.....

5. ADMINISTRACION Y PROGRAMACION (155PTS)

1. Está definida el área geográfica de la población asignada al puesto
de salud.....(8)
2. Se cuenta con censo actualizado de vivienda 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 planificación y programación escrita con metas cuantificables
de las actividades del puesto para el presente año.....(8)
6. Se dispone de un sistema de archivo para fichas clínicas y familiares.(5)
7. El presupuesto autorizado es suficiente para el desarrollo de las acti-
vidades del puesto.....(8)
8. Conoce el personal los procedimientos del uso del presupuesto.....(5)
9. Se realizan evaluaciones de los programas por lo menos cada tres
meses.....(8)
10. Se realizan reuniones de coordinación en la jefatura de distrito (con
la presencia de todo el personal técnico del distrito), por lo menos una
vez cada tres meses.....(9)
11. Se realizan actividades de coordinación entre el personal del puesto
de salud, para tratar aspectos administrativos-técnicos por lo menos
cada tres meses.....(7)
12. Se realizan reuniones de coordinación entre el personal del puesto
de salud y autoridades o grupos comunales periódicamente para
impulsar programas de salud.....(7)
13. Funciona el sistema de referencia y contrareferencia.....(6)
 - Entre puesto de salud y centro.....(3)
 - Entre voluntario y puesto de salud.....(3)
14. Recibe el personal del puesto de salud supervisión programada de
médico o enfermera del distrito por lo menos cada dos meses.....(8)
15. Recibe el personal del puesto informe escrito y recomendaciones de
la supervisión.....(6)
16. El personal del puesto realiza supervisión a los guardianes en salud

- y a las comadronas por lo menos cada dos meses.....(7)
- 17.Realiza el personal del puesto actividades programadas con grupos de la comunidad.....(7)
- 18.Existen acuerdos internos con autoridades del hospital que faciliten la internación de casos referidos por el puesto de salud.....(6)
- 19.Coordina el puesto de salud actividades con el personal de la (s) escuela (s).....(6)
- 20.El personal de salud del puesto realiza estimaciones de los cálculos para sus solicitudes de suministros de acuerdo a datos derivados de la población objetivo.....(5)
- 21.Realiza el servicio de salud el control de inventario de medicamentos al menos cada tres meses.....(5)
- 22.Se analiza y evalúa periódicamente las estadísticas de cobertura para monitorizar el progreso de los programas.....(5)
- 23.Se menciona en los planes del presente año cómo se evaluarán los programas desarrollados por el puesto.....(4)

SUB TOTAL.....

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD EN IZABAL

Estudio observacional-descriptivo realizado en los distritos de Puerto Barrios

Navajoa y Morales en el período de febrero a agosto del 2000

TESIS

Presentado a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

RAUL ALFREDO URBINA SALAZAR

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, septiembre del 2000