

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



***CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCION EN LOS PROGRAMAS DE
CONTROL PRENATAL, ATENCION DEL PARTO Y PUERPERIO. CAMOTAN,
JOCOTAN. DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA.
JUNIO- SEPTIEMBRE 2004.***

INFORME FINAL PRESENTADO
POR
Br. Esli Armando Calderón Juárez
Cané 9217250
Br. José Francisco Villanueva Cárdenas.
Carné 9210796

Guatemala octubre de 2004.

CONTENIDO:

	Página
1. Resumen.	1
2. Análisis del Problema	2
3. Justificación del estudio	3
4. Revisión Teórica y de Referencia	11
5. Hipótesis y Objetivos	12
6. Diseño del Estudio	12
6.1 Tipo de Estudio	12
6.2 Unidad de Análisis	12
6.3 Población y muestra	14
6.4 Definición y Operacionalización de Variables	15
6.5 Descripción de Técnicas y Procedimientos e Instrumento a Utilizar	15
6.6 Aspectos Éticos de la Investigación	16
6.7 Alcances y Limitaciones de la Investigación	17
6.8 Plan de Análisis y Tratamiento Estadístico de los Datos	18
6.9 Recursos a Utilizar	19
6.10 Cronograma de Actividades	20
7. Presentación de Resultados	24
7.1 Presentación y análisis de Camotán	27
7.2 Presentación y análisis de Jocotán.	28
8. Conclusiones	29
9. Recomendaciones	
10. Referencias Bibliográficas	30
11. Anexos	35
11.1 Instrumento de Investigación	36
	37

RESUMEN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el año de 1997 implementó las normas de atención para los programas de Control Prenatal, Atención del Parto y Puerperio que en esencia sirven de base para guiar la conducta del personal y reforzar sus conocimientos para entregar servicios de calidad a la población, y de esta manera influir en la reducción de la mortalidad materna, como uno de los problemas prioritarios a enfrentar, por lo que en el presente estudio nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cual es el grado de cumplimiento de las normas de atención por parte del personal de salud para los programas de Control Prenatal, Atención del Parto y Puerperio en las mujeres en edad fértil de los municipios de Camotán y Jocotán?

Por lo que nos propusimos realizar el siguiente estudio. Descriptivo, Prospectivo que se realizo en el año 2004, en el que el personal de salud fue evaluado en base a cumplimiento de las normas de atención en salud de los programas de Control Prenatal, Atención del Parto y Puerperio por parte de las usuarias (mujeres en edad fértil) de Camotán y Jocotán, Chiquimula. Y de esta manera establecer el grado de cumplimiento de la norma por parte del equipo básico de salud, si las usuarias conocen las actividades normadas y si reciben todos los servicios que establece la norma.

Obteniendo que la norma se cumple en un 62.5 % y 69% en el municipio de Camotán y Jocotán respectivamente por parte del equipo básico de salud es decir que tiene una mala aplicación, y regular aplicación de la norma según indicador establecido para la misma y que de estos el personal comunitario a excepción de la comadrona son los que menos la cumplen.

Otro dato importante es que solamente el 9% de las usuarias de Camotán desconocen las actividades normadas, pero el 29% reciben todos los servicios que establece la norma, lo que nos refleja que el equipo básico de salud realiza las actividades del SIAS, pero con una mala aplicación de la norma. Mientras que en el Jocotán el 8% son las que desconocen las normas, y el 54 reciben los servicios que consideran de manera regular; por lo que se deduce aun sigue siendo un objetivo inalcanzado la ampliación de cobertura de los servicios básicos de salud con calidad y énfasis en la mujer. (8)

Pareciera ser que aun no se a creado un espacio de interrelación entre los servicios de salud y los grupos poblacionales, que histórico sociales son de alto riesgo biológico y social por su pobreza, ruralidad y etnicidad.

2. Definición y Análisis del Problema

Sin lugar a dudas, la salud en Guatemala dista aun mucho de lo que debiera ser, pero lo que se a denominado La Reforma del sector salud en Guatemala, que incluye los componentes de reestructuración del Ministerio de Salud Publica y Asistencia social, Extensión de Cobertura con servicios Básicos de Salud y mejoramiento de la gestión hospitalaria con énfasis en la respuesta social organizada esta orientada a mejorar la calidad de los servicios de salud de Guatemala.

Para enfocar la definición y análisis del problema a investigar es muy importante partir del propósito político de *La Reforma del sector salud en Guatemala* la cual promueve la transformación integral del modelo de producción social de la salud, en donde si bien es necesario mejorar la eficiencia y la equidad en la prestación de los servicios de salud, sobre todo se dará énfasis en lograr la respuesta social organizada para que las intervenciones sectoriales y de la comunidad afecten las causas fundamentales de la enfermedad y no se limiten exclusivamente a la reparación de los daños a la salud. Es decir la promoción en la población Guatemalteca por parte de equipos técnicos de que los individuos y las familias son responsables de su propia salud. (6,15)

Esta reforma del sector salud fue impulsada bajo los lineamientos del banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM) desde los años 1986, y una de las más claras expresiones de este proceso es el programa de extensión de cobertura del Primer Nivel de Atención. La reforma busca reducir la intervención estatal, utilizando como una de sus estrategias la racionalidad del gasto y la oferta de “paquetes básicos de servicios (15).

La extensión de cobertura/Sistema integral de Atención en Salud EC/SIAS se basa en la oferta de un paquete mínimo de servicios y un modelo de gestión con bajo financiamiento publico, la contratación de Administradoras y Prestadoras de Servicios de Salud y principalmente de la participación de un masivo voluntariado comunitario.

La extensión de Cobertura de los servicios básicos de Salud con calidad y sostenibilidad corresponde a la política numero cinco del Plan Nacional de Salud 2000-2004, en cual dentro de sus programas específicos incluye la atención materna, por ser un grupo prioritario por su vulnerabilidad y alta mortalidad materna, entendida como las muertes de mujeres por causas

relacionadas con el embarazo, parto y posparto que además es un indicador del nivel de desarrollo de los países y del acceso de los servicios de salud.

Con base a lo anteriormente citado, se debe establecer si realmente la EC/SIAS está siendo la piedra angular para alcanzar el objetivo de favorecer el acceso de la población a los servicios de salud, extendiendo la cobertura del sistema y promoviendo la responsabilidad familiar y de las comunidades en la provisión de los servicios.

Se sabe que en Guatemala fallecen cerca de 2 mujeres cada día, en las que se ha establecido que más de la mitad se debe a procesos prevenibles, de los cuales ocurren en el periodo reproductivo de la mujer. (2,3,12). La reducción de la mortalidad materna es un indicador sensible del compromiso social con el desarrollo humano. Es por ello que los Acuerdos de Paz lo han incluido como una de las metas sociales del estado; dicha meta era la reducción de la mortalidad materna en un 50% para el año 2000, tomando como base las 92 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos ocurridas en el año 1995. Esta meta no fue alcanzada y el compromiso fue recalendarizado para el 2004. (5, 6)

Por ser el Equipo básico de Salud del SIAS un ente operativo en el primer nivel de atención, para la implementación de las actividades encaminadas a colaborar en la ejecución de los proyectos necesarios para llegar a la meta planteada. Se hace necesario que se evalúe la aplicación de la norma que sirve de guía, ya que a la presente fecha luego de 7 años de ser implementado el programa extensión de cobertura SIAS no se ha realizado una adecuada valoración del cumplimiento de las normas de los programas de Atención Prenatal, del Parto y Puerperio en el Primer Nivel de Atención, que en última instancia fortalecería las intervenciones necesarias para el cumplimiento de tan importante meta a alcanzar.

3. Justificación

A nivel mundial, se sabe que de las muertes ocurridas a las mujeres durante su época reproductiva (15-49 años), alrededor del 80% son el resultado de complicaciones surgidas durante el embarazo, parto y puerperio. Para el año 1996 la Organización Mundial de La Salud y el UNICEF estimaban la magnitud del problema en cerca de 600,000 defunciones maternas, la mayoría de las cuales se producían en países en desarrollo, tal el caso de Guatemala. (5, 14)

La razón de Mortalidad materna en toda la Republica para el año 2000 fue de 153 muertes maternas por 100,000, muy por encima de lo que se tenía como meta en los Acuerdos de Paz, que era reducir a la mitad, la mortalidad materna tomando como base las registradas en 1995 por el Instituto Nacional de Estadística que ascendió a 92/100,000 nacidos vivos. (5)

En la declaración de Alma Ata se afirmó que la atención primaria de salud constituye una parte esencial del desarrollo social y económico de los países. Guatemala ha ensayado la implementación de una serie de estrategias de atención primaria de salud (primer nivel de atención), siendo la última y más reciente, el Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS- con el cual pretende operacionalizar toda la estrategia de atención.

Dado que las medidas requeridas para garantizar una maternidad sin riesgos se pueden iniciar a aplicar por medio de la atención primaria de salud independientemente del nivel de desarrollo económico del país (7). Se Establecieron las Normas de Atención, un instrumento importante que sirve para guiar las conductas del Equipo básico de Salud (conformado en la parte institucional por el Medico o enfermera ambulatorio y el Facilitador Institucional, y por la parte comunitaria el Vigilante de Salud, el Facilitador Comunitario y la comadrona Tradicional). Por lo que la aplicación de las normas constituye el eje de los procesos de desarrollo del Trabajo del Ministerio de Salud, pero hasta la fecha no se sabe si realmente el Equipo Básico de Salud EC/SIAS esta cumpliendo con las normas de atención para los programas de Control Prenatal, Atención del Parto y Puerperio en los habitantes de Jocotán y Camotán

Además de que uno de los propósitos del ministerio de salud publica y asistencia social, según el código de salud decreto 90-97 es favorecer el acceso de la población en general y en forma prioritaria y obligatoria a la de mayor postergación en su desarrollo social y económico a los

servicios públicos de salud, los cuales deben de ser prestados con eficiencia, eficacia y buena calidad. (5)

Hasta la presente fecha no se a realizado un estudio constante y periódico que busque evaluar objetivamente si la normativa dada por parte del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social por medio del Sistema Integral de Atención en Salud en 1997 esta siendo cumplida por su personal ejecutor (Equipo Básico de Salud = Comadrona, Vigilante de Salud, Facilitador Comunitario, Facilitador Institucional Medico Ambulatorio). (10)

Se tiene la seguridad que el presente estudio es muy importante y amerita ser investigado, porque ello permitirá la producción de nuevos aportes de forma científica en los aspectos de salud y desarrollo para la mujer en este periodo tan vulnerable, y contribuir de este modo con las metas que buscaban alcanzar la creación de estas estrategias y programas de salud (EC/SIAS).

Actualmente se modifíco este intervalo de 10 a 49 años

4. Revisión Teórica y de Referencia

4.1 DEFINICIONES

4.1.1 Administradoras de Servicios de Salud (ASS)

Organizaciones con personalidad jurídica que cuentan con una estructura administrativa y contable apropiada para administrar los fondos transferidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), para apoyar las actividades de prestación de Servicios Básicos de Salud (SBS) por parte de Grupos Organizados y Distritos Municipales de Salud. (6)

4.1.2 Prestadoras de Servicios de Salud (PSS)

Organizaciones con personalidad jurídica que tengan la capacidad técnica y experiencia para prestar los Servicios Básicos de Salud de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) que además es necesario además que tengan estructura Administrativa y Contable que se requiere para administrar los fondos transferidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (6)

4.1.3 Equipo Básico de Salud (EBS)

Grupo de personas seleccionadas para proveer los Servicios Básicos de Salud, que se constituye por personas seleccionadas de la comunidad (Vigilante de Salud, Comadrona Tradicional, Facilitador Comunitario) y la participación de personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social o de los Prestadores o Administradoras de Servicios de Salud (Facilitador Institucional, Médico Ambulatorio). (6)

4.1.4 Servicios Básicos de Salud (SBS)

Conjunto de servicios que el personal de salud, institucional y voluntario, brinda a las personas y al ambiente, en forma permanente y con participación de la comunidad para mejorar la situación de salud. Los servicios básicos incluyen: Atención Integral a la Mujer, Atención Infantil y Preescolar, Atención a la demanda por urgencias y morbilidad, Atención al ambiente. Con acciones de educación en salud, oferta de medicamentos esenciales y acercamiento con la

medicina tradicional que se brindan en el primer nivel de atención en la vivienda, centro comunitario, puesto de salud, clínicas municipales, privadas o de ONGs. (6)

4.1.5 Atención Prenatal

Es la atención que se da a la mujer embarazada con el propósito de hacer una detección y prevención temprana de problemas durante el embarazo, dar tratamiento apropiado y referir las complicaciones oportunamente con el objetivo de disminuir la muerte materna y peri natal.

Las embarazadas asisten al centro comunitario, puesto o centro de salud o son visitadas por la comadrona para recibir atención prenatal. Toda mujer embarazada debe ser examinada por lo menos una vez al mes por la comadrona, referirla al centro comunitario en los primeros tres meses y ultimo mes de embarazo. La educación sobre la salud es parte de este proceso, la comadrona debe explicar a las madres como reportarles señales de complicaciones. (4)

4.1.6 Atención del Parto

Comprende Asistencia de la mujer embarazada durante los periodos de dilatación, expulsión y alumbramiento. (4)

4.1.7 Atención del Puerperio

Atención a la mujer en las primeras 72 horas post-parto y durante los 40 días siguientes. (4)

4.1.8 Muerte Materna:

La Muerte de una mujer mientras esta embarazada, durante el parto o los siguientes 42 días a la terminación del embarazo, relacionada o agravada por el embarazo y su atención pero no por causas incidentales o accidentales.

4.2 Antecedentes.

Considerando la necesidad urgente de tomar decisiones por parte de los gobiernos y de la comunidad internacional para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, con el auspicio de la Organización Mundial de La Salud (OMS) y de el Fondo de la Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), en el año de 1978 se celebró en la República de Alma Ata, ex República Soviética, la conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud.

En la conferencia de Alma Ata se emitieron declaraciones muy importantes, entre las cuales sobresalen las siguientes: Que los gobiernos tienen la obligación de cuidar de la salud de sus pueblos, Obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Que todos los pueblos del mundo deben alcanzar en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Y que la atención primaria de salud constituye una parte esencial del desarrollo social y económico, y consiste en la asistencia sanitaria esencial basada en tecnologías y métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

Asimismo podemos mencionar que según el Plan de Acción de Desarrollo Social (1992-7 y 8), los servicios que prestaba el ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cubrían únicamente el 25% de la población, el IGSS el 15% y el sector privado el 14%.

Según las cifras anteriores, para el año de 1992 la cobertura total de la población se podía estimar en un 54%, pero la población no cubierta era la de mayor riesgo biológico y social, como por ejemplo: La gente más pobre del país, viviendo en las áreas más rurales, con alto contenido étnico y siendo las más afectadas por la guerra.

Ante el hecho de no poder contar con un modelo de atención que respondiera adecuadamente a las demandas de salud insatisfechas, a partir del año 1986, las autoridades de los gobiernos de turno, empezaron a desarrollar investigaciones y a plantear en firme la reforma del sector salud. Dichos esfuerzos se pueden visualizar en varios documentos, como

por ejemplo: El Análisis del Sector Salud (AID, 1987) y el denominado Estudio Básico del sector salud (1992).

Sin embargo es importante mencionar que hasta 1992 se carecía de un estudio global y sectorial completo, motivo por el cual con la cooperación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), surgió la iniciativa del gobierno de Guatemala a través del Ministerio de Salud y el marco del proyecto GU-0023, para establecer el Estudio Básico del Sector Salud.(2)

Más adelante se realizaron otros trabajos que reiteran que no obstante el número de instituciones que prestan servicios de salud, se estima que un 50% de la población a nivel nacional carece de atención de salud y un 20 a 30% recibe atención inadecuada.

4.3 MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS

Para brindar atención a la población, la organización de los servicios establece tres niveles de complejidad, debidamente coordinados entre ellos, con recursos acordes según el nivel de atención:

a. Primer Nivel de atención.

Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud, a través de acciones contempladas en el conjunto de servicios básicos de salud en puestos de salud y centros de convergencia. Los servicios podrán ser prestados por grupos organizados de la comunidad y ONG mediante la suscripción de convenios con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

b. Segundo nivel de atención.

Es el conjunto de servicios ampliados en Centros de salud tipo A, centros de Salud tipo B y maternidades cantónales; Hospitales distritales con 4 especialidades básicas, laboratorio, rayos X y emergencia dirigidos a solucionar problemas referidos por el primer nivel de atención y que por demanda espontánea y por urgencia acudan a estos establecimientos.

c. Tercer nivel de atención.

Conjunto de servicios de la alta complejidad brindados en hospitales especializados y regionales, dirigidos a solucionar los problemas de salud de las personas referidas por establecimientos de niveles de menor resolución o que acudan por demanda espontánea o por urgencia, (9,15)

4.4 SITUACION ACTUAL DE LA SALUD EN EL PAIS

En la región Centro Americana se considera que los ministerios de Salud continúan siendo unos deficientes proveedores de servicios de Salud en término de calidad, cobertura, accesibilidad y eficiencia, y Guatemala no escapa a este señalamiento (12)

La situación de salud de Guatemala es en general precaria y se caracteriza por el predominio de las carencias nutricionales y las enfermedades infecciosas, que actúan en forma sinérgica y afectan principalmente a los menores de cinco años.

La incapacidad para satisfacer el derecho básico de la alimentación que sufren grandes núcleos de la población y la malnutrición resultante de la pobreza y la inaccesibilidad a recursos educativos, sanitarios y tecnológicos que estos afrontan, condicionan altas tasas de mortalidad materna e infantil, y baja productividad en el adulto, limitando de este modo su capacidad para hacer frente a los desafíos del desarrollo. (6)

4.5 POBLACION SUCEPTIBLE

Las acciones de salud como medidas sociales de gobierno, deben enfocarse primordialmente a la población con alto riesgo biológico y social que vive en áreas con los indicadores sociales mas críticos así como los niños menores de 5 años, las **mujeres lactantes y embarazadas por ser los segmentos demográficos mas susceptibles**, viviendo de grupos postergados principalmente en las periferias de la Ciudad y entre la población rural dispersa con alto grado de pobreza, postergación, ruralidad, etnicidad. (3, 4,12 ,14)

4.6 INDICADORES DE SALUD

En Guatemala resulta difícil hablar de indicadores sanitarios, debido al sub registro y a las debilidades de los sistemas de información institucional del país. Independientemente de esto,

se tipifica por ser uno de los países del continente Americano que tiene los peores indicadores de salud y desigualdad social.

Para establecer un punto de partida, se asume como línea basal la encuesta nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999 y la Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000. Estimada como referencia confiable presentada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en forma conjunta con el Ministerio de Salud, la Agencia de Desarrollo Internacional (USAID), El Fondo de Las Naciones Unidas para población (FNUAP), El Fondo de Las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) y el Programa de encuestas de demografía y salud (DHS). (12,5)

4.2.1. EL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

El MSPAS cuenta con la fortaleza institucional que le permite ejercer, eficientemente su papel rector del sector salud. Ha aumentado el gasto publico en saluden beneficio del as poblaciones mas postergadas y mejorando la eficiencia y transparencia de la gestión presupuestaria. El MSPAS coordina actividades con otras instituciones del sector lo que ha permitido aumentar la Cobertura los servicios de salud y mejorar la calidad de vida de la población de menores recursos, desarrollando proyectos coordinados con otros sectores sociales y económicos y evaluar el impacto sanitario de las políticas impulsadas por otros sectores.

En el plano de la prestación de servicio de salud, el sector público ha orientado los recursos presupuestarios a la población de mayor riesgo biológico y social y a los servicios de mayor beneficio poblacional. Ha facilitado la participación de la comunidad, organizaciones no gubernamentales e iniciativa privada en la provisión de los servicios públicamente financiados descentralizado la administración presupuestaria de los servicios de salud y se encuentra operando un sistema de información que permite la fiscalización social de la gestión publica y el monitoreo del rendimiento y productividad de las unidades proveedoras de servicio.

4.2.2 PROPÓSITO Y OBJETIVOS GENERALES

La reforma del sector Salud en Guatemala tiene como propósito político, la transformación integral del modelo de producción social de la salud, en donde si bien es necesario mejorar la eficiencia y la equidad en la prestación de los servicios de salud, sobre todo se dará énfasis en lograr la respuesta social organizada para que las intervenciones sectoriales y de la comunidad afecten las causas fundamentales de la enfermedad y no se limiten exclusivamente a la reparación de los daños causados a la salud.

Reforma, 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, para lograr los objetivos específicos de:

Extender la cobertura de servicios de salud, focalizándose en las poblaciones que no tienen ningún tipo de accesibilidad, incrementar la capacidad resolutoria y mejorar la calidad de atención de los servicios de salud que actualmente brindan las instituciones del Sector Salud a la población.

Aumentar el nivel del gasto público en salud y ampliar las fuentes de financiamiento del Sector Salud, asegurando sus sustentabilidad.

Reorientar la asignación de los recursos públicos en salud con criterio de equidad y eficiencia para atender las necesidades de la población.

Generar una respuesta social organizada para la movilización y fiscalización de los recursos públicos, mediante una amplia participación social y comunitaria.

4.7 ELEMENTOS ORGANIZACIONALES

La organización del ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se fundamenta en el código de salud y comprende dos niveles:

Nivel Central.

Lo Constituye el nivel político, el Despacho Ministerial y la instancia técnico Normativa que engloba a La Dirección General de Regulación, Vigilancia y control de la salud, Dirección General de Recursos Humanos, Gerencia General Administrativo-Financiera y la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud que es la que se encarga de la parte técnico normativa: Dirección y conducción de las acciones de salud; formulación y evaluación de políticas, estrategias, planes y programas de salud y Normar, controlar, vigilar y supervisar la prestación de los servicios de salud.

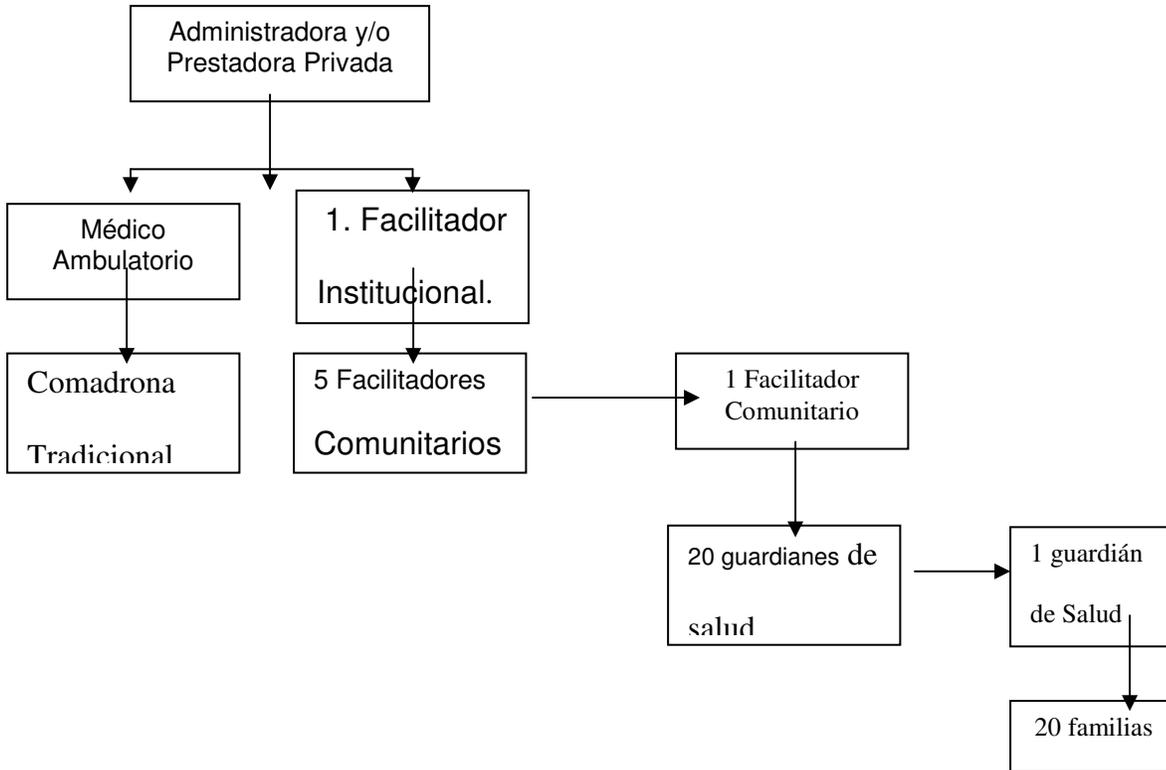
Nivel Ejecutor

Esta constituido por las Direcciones Departamentales de salud, Coordinaciones municipales y direcciones de establecimientos públicos de salud. Es el responsable de la prestación de servicios de salud, sobre la base de niveles de atención de acuerdo al grado de complejidad de los servicios y la capacidad de resolución de los mismos (3,11).

Por mandato reglamentario, la dirección de área de salud debe consolidarse como instancia de coordinación intermedia, siendo el nivel gerencial que dirige, coordina y articula la red de servicios de salud en un área geográfico-poblacional determinada.

El Distrito de Salud constituye el nivel gerencial que coordina y articula la red de servicios de salud bajo su jurisdicción y en el contexto del Sistema Integral de Atención en Salud. Interpreta y ejecuta directrices, orientaciones estratégicas y programáticas del área de Salud, mediante un proceso de programación local de los servicios que brindan los establecimientos del primer y segundo nivel de atención en salud.

Con la finalidad de ampliar la cobertura de servicios de salud a la población del área rural, el modelo fue planteado para cubrir jurisdicciones de 10,000 habitantes para las cuales se estableció la siguiente estructura:



Se debe entender por Administradora de Servicios de Salud (ASS) a las organizaciones con responsabilidad jurídica que cuenten con una estructura administrativa y contable para la rendición de informes financieros. Las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) son aquellas organizaciones con personería jurídica que tiene la capacidad técnica para prestar los servicios básicos de salud. (11), ver 3.1

El equipo básico de Salud se conforma por:

Personal institucional:

Facilitador institucional (enfermero o técnico en salud rural).

Médico Ambulatorio.

Personal Comunitario:

Facilitado Comunitario (Líder comunitario).

Guardián en salud (entiéndase Vigilante de Salud (VS.) o Promotor en Salud).

Comadrona Tradicional.

4.7.1 NORMAS DE ATENCIÓN PRENATAL PARA EL EQUIPO BASICO DE SALUD.

Comadrona Tradicional:

1. Capta tempranamente a las embarazadas de la comunidad
2. Realiza control prenatal a toda embarazada que le demanda atención
3. Refiere a toda embarazada al Centro Comunitario para su primer y último
4. control de embarazo
5. Identifica y refiere a embarazadas con complicaciones a médico ambulatorio,
6. Centro de salud u hospital
7. Distribuye sulfato ferroso 1 tableta diaria y ácido fólico 1 tableta diaria a toda
8. Embarazada.

Guardián de Salud:

1. Registra las embarazadas con control prenatal e informa al facilitador comunitario
2. Apoya a la comadrona en la promoción de salud de la embarazada y referencia al servicio de salud en caso de complicaciones
3. Realiza seguimiento a nivel del hogar a mujeres embarazadas con complicaciones
4. Refiere al Centro Comunitario a mujeres embarazadas con morbilidad general
5. Da seguimiento a embarazadas contrarrequeridas del Centro de Salud u Hospital

Facilitador Comunitario:

1. Promueve la atención prenatal institucional/y por comadrona tradicional
2. Coordina con la organización comunitaria para la referencia oportuna de embarazadas con complicaciones

Facilitador Institucional:

1. Identifica y convoca a comadronas tradicionales para capacitación en centro comunitario
2. Capacita y supervisa al facilitador comunitario

Médico Ambulatorio:

1. Atiende a la mujer embarazada en su primer y último control
2. Identifica y maneja embarazadas con complicaciones en base a protocolos de atención
3. Da consejería en relación al lugar de atención del parto
4. Realiza análisis reflexivo conjuntamente con la comadrona sobre complicaciones que presentan las embarazadas que acuden al Centro Comunitario.
5. Da seguimiento a embarazadas referidas al centro de salud u hospital.

4.7.2 NORMAS DE ATENCIÓN DEL PARTO PARA EL EQUIPO BASICO DE SALUD

Comadrona Tradicional

1. Atiende el parto normal en el hogar
2. Identifica a toda mujer en trabajo de parto con complicaciones
3. Orienta a la madre sobre higiene, alimentación, y lactancia materna exclusiva y control puerperal en el centro comunitario

Guardián de Salud

1. Apoya en el traslado de toda mujer con parto complicado
2. Da seguimiento a la respuesta de referencia de toda mujer o recién nacido

Facilitador Comunitario

1. Apoya en el traslado de toda mujer con parto complicado
2. Da seguimiento a la respuesta de referencia de toda mujer o recién nacido

Facilitador Institucional:

1. Atiende el parto normal en caso necesario
2. Refiere los partos complicados al centro de salud u hospital
3. Supervisa el proceso de referencia y respuesta

Medico Ambulatorio

1. Atiende el parto en caso necesario.
2. Refiere al hospital a toda madre con complicaciones
3. Hace análisis reflexivo con la comadrona sobre:
 - Referencia de parto con complicaciones y
 - Limitaciones o vivencias durante la atención del parto

4.7.3 NORMAS DE ATENCIÓN DEL PUERPERIO PARA EL EQUIPO BASICO DE SALUD

Comadrona Tradicional

1. Evalúa a la madre en las primeras 72 horas post-parto y durante los 40 días siguientes
2. Refiere al centro comunitario durante los 40 post-parto a toda madre para vacunación de Toxoide tetánico y evaluación posparto
3. Expende sulfato ferroso 1 tableta una vez a la semana durante 6 meses después del parto
4. Refiere al hospital a toda puérpera con complicaciones

Guardián de Salud

1. Da seguimiento a la referencia y respuesta hospitalaria
2. Controla vacunación de madre puérpera

Facilitador Comunitario

1. Da seguimiento a la referencia y respuesta hospitalaria
2. Controla vacunación de madre puérpera

Facilitador Institucional

1. Completa vacunación de la madre
2. Orienta sobre alimentación y orientación familiar
3. Atiende, estabiliza, y refiere al hospital a toda puérpera con complicaciones

Medico Ambulatorio

1. Atiende a toda madre en puerperio
2. Atiende, estabiliza, y refiere al hospital a toda puérpera con complicaciones
3. Discute con las comadronas los casos de complicaciones puerperales con fines de capacitación.(4,7)

4.8 DESCRIPCION DEL AREA DE CAMOTAN

4.8.1 SIGNIFICADO DEL NOMBRE DEL LUGAR

Camotán significa “lugar donde se producen los camotes en abundancia” que tiene su origen en las voces mexicanas Náhuatl Camotl =camote y Tlan = abundancia. (1)

4.8.2 TERRITORIO

El municipio de Camotán tiene una altitud de 471 metros sobre el nivel del mar, una extensión territorial de 232 Km². Colinda al norte con el municipio de la Unión, Zacapa, al este con la Republica de Honduras, al sur con el municipio de Esquipulas y al oeste con el municipio de Jocotán.(1)

4.8.3 TOPOGRAFÍA

El municipio cuenta con un terreno con características irregulares, conformado por múltiples planicie, rodeada de colinas y cerros. Es atravesado en toda su extensión por el río Jupilingo, que es el principal fuente hidrográfica, de la cual dependen múltiples quebradas entre ellas: Quebrada de Agua Caliente, Torojá, Sarmi, Shalagua, Lantiquin, Agua Fría, Naranja, Filincas.

Existen ocho cerros en todo el territorio, y una fuente de aguas termales ubicada en la aldea de Brasil. (1)

4.8.4 VÍAS DE ACCESO Y COMUNICACIÓN

La principal vía de acceso al municipio la constituye la carretera asfaltada, que lo comunica con el municipio vecino de Jocotán, Copan Ruinas Honduras y Chiquimula.

Las vías de comunicación son limitadas, habiendo red telefónica únicamente en el casco urbano, y un proveedor de telefonía móvil.

El centro de Salud cuenta con circuito de radio cerrado, que comunica con el resto de área de salud de Chiquimula. (1)

4.8.5 ASPECTOS DEL SUELO Y CULTIVO

El suelo es altamente fértil y entre sus principales cultivos están: Maíz, Frijol, Chile, Tabaco, Café y Maicillo. (1)

4.8.6. ACTIVIDAD ARTESANAL:

Existe actividad artesanal importante: elaboración de canastas escobas, petates, productos fabricados de tule y carrizo, artesanías elaboradas con barro como ollas, cántaros y cómales. Las comidas típicas de la región incluyen los “shepes”, “sispaques”, “montucas”, caldo de gallina criolla”, “atol shuco”, “atol de tres cocimientos”, “tamales de masa de maíz”, y una bebida elaborada en jarra de barro a partir de caña de azúcar, maíz, nance y piña fermentada. (1)

4.8.7. ORGANIZACIÓN POLITICO-ADMINISTRATIVA

Camotán esta formado por la cabecera, 29 aldeas y 77 caseríos, el total de habitantes en el 2003 fue de 37,523 habitantes (1)

Indicadores Básicos de Situación de Salud:

Demografía	Camotán	Jocotán.
Población Total para el año 2003	37,523	43,789
Población emigrante	6,352	4,379
Total de Nacimientos 2002.	1,786	1,698
Total de Nacimientos 2003	1,697	2,051
Tasa de natalidad	45.23	46.84
Crecimiento Vegetativo	4.52	4.32
Tasa de Fecundidad	¿?	143.27

Prestación de servicios de Salud	Población cubierta 2003	
	Camotán	Jocotán
Institucional del Ministerio de salud*	16,756	18,707
Extensión de cobertura (PSS, ASS)	20,767	25,162

* Incluye la población atendida por todos los servicios de salud.

Atención del Parto, Camotán

No.	Atención Recibida	Frecuencia	%
1	Médica	145	8.5
2	Comadrona	622	36.6
3	Empírica	710	41.8
4	Ninguna	220	12.9

(Memoria de Servicios de Salud, Camotán, 2003. MSPAS, Jefatura de Area de Salud Chiquimula).

Atención del Parto, Jocotán

No.	Atención Recibida	Frecuencia	%
1	Médica	77	3.75
2	Comadrona	854	41.64
3	Ninguna	1,120	54.61

* Porcentaje del total de casos-

(Memoria de Servicios de Salud, Jocotán, 2003. MSPAS, Jefatura de Area de Salud de Chiquimula).

4.9.1 Monografía del Municipio de Jocotán.

Jocotán, es uno de los once municipios del departamento de Chiquimula; localizado a 198 kilómetros de la ciudad de Guatemala, y a 28 Kms. de la cabecera departamental.

Localizado en una zona montañosa a una altura de 457 metros sobre el nivel del mar, el clima del municipio como el del resto de la región es calido, el medio de producción principal es la agricultura no tecnificada y de subsistencia, encontrándose entre sus cultivos el maíz, en escasa proporción fríjol, café y caña de azúcar además se realiza trabajos poco remunerados en jarcia (Tejidos de material vegetal, tales como lazos, redes bolsas, petates, escobas, hamacas).

La mano de obra se reduce a la familia, y el destino de la producción es el autoconsumo.

Respecto de la tierra , desde hace mas de 30 años la FAO menciona que dado que la tierra en esta región no era favorable para la agricultura, dada su topografía y clase de suelos era imposible que esta región sobreviviera de su agricultura, aun utilizando al máximo las pocas tierras favorables para esta que era menos del 5% del municipio.

Por lo anterior no es de extrañar el fenómeno de la migración este presente pues durante algunas épocas del año migran a trabajar a zonas cafetales como Esquipulas, Honduras y algunas zonas de Peten y Izabal. Con la caída de los precios del café en el último quinquenio se dio la voz de alarma de la situación que vive la mayor parte de los pobladores del área rural de estas regiones.

Cuenta con una población total de 43,789 habitantes, según para el año 2003 según la Jefatura de área; Jocotán tiene 32 aldeas, 10 de los cuales son fronterizos con Honduras.

5. Hipótesis y Objetivos.

5.1 Hipótesis Nula

“El equipo básico de Salud realiza una regular (del 66 al 78%) aplicación de la norma de atención en los programas de: Control prenatal, Atención del parto y Puerperio dentro del Sistema Integral de Atención en Salud, Extensión de Cobertura”

5.2 Objetivos

5.2.1 General:

Evaluar el grado de cumplimiento de la normas de atención a la mujer, del programa de extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud –EC/SIAS- atención prenatal, del parto y puerperio, por parte del equipo básico de salud en los municipios de Camotán y Jocotán del departamento de Chiquimula; a través de una entrevista dirigida a recoger la opinión de población femenina usuaria del servicio.

5.2.2 Específicos:

Verificar:

1. Si cada miembro del equipo básico de salud, Comadrona Tradicional, Vigilante de Salud, Facilitador comunitario, Facilitador Institucional, Medico Ambulatorio cumple su función establecida en la norma para que la atención llegue a las mujeres en edad fértil del municipio de Camotán y Jocotán respectivamente.
2. Si las mujeres en edad fértil del municipio de Jocotán conocen las actividades de Atención a la mujer que establece el Programa de Extensión de Cobertura.
3. Si las usuarias del Programa reciben todos los servicios que establece la norma.

6. Diseño del Estudio

6.1 Tipo de Estudio.

Evaluativo, Prospectivo.

6.2 Unidad de Análisis.

Cada una de las Normas de Atención a la mujer del Sistema Integral de Atención en Salud, Extensión de Cobertura, en los Programas, Control prenatal, Atención del parto y Puerperio.

6.3 Población y Muestra.

El municipio de Camotán se encuentra dividido en tres jurisdicciones y el de Jocotán en cuatro, para la prestación de servicios básicos de salud, por lo que se procedió a tomar una de cada municipio al azar, siendo estas la número dos y cuatro respectivamente de la cual, se tomó a la población femenina comprendida entre los 15 a los 49 años (mujeres en edad fértil), correspondiente a 2,582 y 2,758 mujeres en cada municipio según el último censo del año 2003. Se tomó una muestra con un índice de confianza del 95% y coeficiente de error del 5% aplicando la siguiente fórmula para seleccionar la muestra de una población conocida:

$$n = \frac{N * P (1 - P)}{(N - 1) (EE / Z) ^ 2 + P (1 - P)}$$

Donde:

n: Tamaño deseado de la muestra.

N: Tamaño estimado de la población.

p: Proporción de la población objeto de estudio, que se estima tiene una característica determinada. Como no se dispone de estimación usamos el 50% (0.5).

EE: Coeficiente de error deseado. (0.05)

Z: Desviación en relación a una distribución normal estándar.

1.96 que corresponde a un nivel de confianza de 95

Al sustituir los valores en la formula tenemos:

$$n = \frac{2,758 \times 0.5 (1-0.5)}{(2,758 -1) (0.05/1.96)^2 + 0.5(1-0.5)}$$

n = 334 y 337 Mujeres en edad Fértil para entrevistar en los municipios de Camotán y Jocotán respectivamente.

Las mujeres entrevistadas fueron tomadas de forma proporcional a la población correspondiente a cada una de las 15 aldeas, que cubre la jurisdicción seleccionada. Dicha distribución fue de la siguiente manera:

Jurisdicción 2, Camotán

No.	Comunidad	Población M.E.F.	% de la muestra	Muestra
1	Cajón del Río	252	9.8	33
2	Dos quebradas	152	5.9	20
3	Marimba	165	6.4	21
4	Limón Timoté	271	10.5	35
5	Peña Blanca	123	4.8	16
6	Muyurcó	229	8.9	30
7	Nearar Cumbre	168	6.5	22
8	Nearar Petentá	95	3.7	12
9	Nearar Pitahaya	135	5.2	17
10	Pashapa	240	9.3	31
11	Rodeo	215	8.3	28
12	Tular	174	6.7	23
13	Talco Tisipe	81	3.1	10
14	Tierra Blanca Tisipe	74	2.9	10
15	Plan Tisipe	98	3.8	13
16	Cañón Tisipe	110	4.3	14
TOTALES		2582	100	334

Jurisdicción 4. Jocotán

No.	Comunidad	Población M.E.F.	% de la muestra	Muestra
1	Candelero	94	3	11
2	Potrero	154	6	19
3	Conacaste	87	3	11
4	Orégano	132	5	16
5	Tipache	119	5	15
6	Canapara Abajo	220	8	27
7	Canapara Arriba	101	4	12
8	Guaraquiche	192	7	23
9	Piedra Parada	109	4	14
10	Matazano	503	18	62
11	Ingenio Guaraquiche	107	4	13
12	Naranjo	218	8	27
13	Tontoles	290	10	35
14	Guayabillas	110	4	13
15	Tierra Blanca	322	12	39
TOTALES		2,758	100	337

M.E.F. Mujeres en Edad Fértil (de 15 a 49 años).

Fuente: Censo Poblacional SiGSA 13 y 14. 2003

6.3.1 Criterios de Inclusión

- a. Mujer comprendida entre las edades de 15 a 49 años
- b. Vecino residente de la comunidad del área geográfica de la jurisdicción.
- c. Haber tenido por lo menos una gestación entre los años 1998 hasta la fecha presente.

6.3.2 Criterios de Exclusión

- a. Mujer que llene los criterios de inclusión pero que tenga menos de un año de vivir en el área de influencia de la jurisdicción.

6.4 Variables a evaluar.

Grado de cumplimiento de las Normas del Programa de Atención Prenatal, Atención del Parto y Puerperio del Sistema Integral de Atención en Salud /Extensión de Cobertura.

DEFINICION DE VARIABLES

Variables a evaluar	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medida	Instrumento de Medición
Grado de Cumplimiento de las Normas de Atención.	Resulta de de las Acciones y del efecto de Cumplir como se debe realizar el Control Prenatal, atención del Parto y Puerperio.	Normas de atención Prenatal, Atención de Parto y Puerperio del programa SIAS/EC que establece el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desconozco si se realiza 2. No se realiza. 3. Se realiza parcialmente 4. Sí se realiza 	Ver cuadro siguiente de plan de análisis 5.8 con los indicadores de los valores

6.5 Descripción Detallada de la Técnica y Procedimiento e instrumento a utilizar

La recopilación de datos se hará por medio de un trabajo de campo mediante una entrevista dirigida con una boleta que consta de 38 preguntas, cada interrogante hace referencia a cada una de las normas de atención a la mujer en el periodo prenatal, del parto u puerperio que debe cumplir el equipo básico de salud (Comadrona, vigilante de salud, facilitador comunitario, facilitador institucional, medico) del programa de extensión de cobertura EC/SIAS. Utilizando como instrumento una boleta de recolección de datos de 38 preguntas que se acomodaran al contexto de la entrevistada.

Para cada pregunta se estableció un índice de cuatro posibles respuestas, en el cual la persona sometida al estudio deberá seleccionar solamente una para tomarla como válida, que representará el grado de cumplimiento de la norma cuestionada. Siendo el índice el siguiente: (ver anexo 11)

Instrumentos de recolección y medición de variables.

Cuestionario. (Ver anexo 11)

6.6 Aspecto Ético de la Investigación

Se siguió las siguientes normas durante la realización del cuestionario:

- a1. Se respetó la confidencialidad de la entrevista.
- a2. Se evitó influir en las respuestas de las preguntas.
- a3. Se obtuvo el consentimiento de las personas entrevistadas.
- a4. Se les explicó a los sujetos incluidos en el Estudio que la presente Investigación no puede modificar el programa extensión de cobertura.

6.7 Alcances y Limitaciones de la Investigación:

El objeto de la presente investigación es únicamente registrar y analizar la opinión del entrevistado sobre el cumplimiento de la norma de atención a la mujer en el período prenatal, atención del parto y puerperio del programa extensión de cobertura SIAS. Escapa del objetivo de la presente investigación aspectos administrativos, gerenciales y operativos del mismo.

6.8 Plan de análisis.

Del cuestionario de la pregunta No. 1 a la 11 corresponden a la actividad de la comadrona, de la pregunta No. 12 a la 17 corresponden a la actividad del vigilante de salud, de la No. 18 a la No.21 corresponden a la actividad del facilitador comunitario, de la No. 22 a la 29 corresponden a la actividad del facilitador institucional y de la No. 30 a la 38 corresponden a la actividad del médico ambulatorio.

Por no contar con estándares previos y con la finalidad de hacer lo más objetivamente posible la información recabada, se construyó un índice, que permita ponderar cada una de las preguntas, de acuerdo a la idoneidad del cumplimiento de la norma. Este índice consiste en darle a cada pregunta un valor mínimo de un punto, y como valor máximo 4 puntos, este valor dependerá de la selección hecha por cada una de las 4 posibles respuestas con que cuenta cada pregunta. Al finalizar la entrevista se realizara la sumatoria de cada una de las 38 preguntas y se utilizara el cuadro siguiente:

Punteo (Sumatoria)	Porcentaje (%)	Calificación
Menor o Igual 76	Menos del 51	Muy Mala Aplicación de la Norma
De 77 a 95	Del 51 al 63	Mala Aplicación de la Norma
De 96 a 117	Del 64 al 76	Regular Aplicación de la Norma
De 118 a 135	Del 77 al 89	Buena Aplicación de la Norma
De 136 a 152	Del 90 al 100	Muy Buena Aplicación de la Norma

Cada una de las boletas de recolección de datos podrá dar como punteo máximo 152 puntos, equivalentes al 100%, lo que representa el ideal de la aplicación de la norma por cada uno de los integrantes del equipo básico de salud. Mediante el sistema electrónico se

procedió a consolidar cada una de las 337 entrevistas y a calificarlas con el índice anteriormente señalado.

Posteriormente se hizo la síntesis y análisis de los resultados. Los resultados evaluaron el cumplimiento de las actividades normadas por parte de cada uno de los integrantes del equipo básico de salud (Comadrona Tradicional, Vigilante de salud, facilitador comunitario, Facilitador Institucional y Medico Ambulatorio).

6.9 RECURSOS A UTILIZAR.

Humanos

- 1 Médico investigador.
- 1 Supervisor / investigador.
- 1 Médico Revisor
- 1 Médico Asesor

Físicos

- 1 Jurisdicción. .
- Vehículo.
- Motocicleta.
- Computadora.
- Impresora
- Reproducción bibliográfica

Económicos

▪ Tiraje de Encuesta	Q 300.00
▪ Gasolina	Q 2000.00
▪ Material de escritorio	Q 500.00
▪ Bibliografía	Q 150.00
▪ Viáticos	<u>Q 2000.00</u>
 Total	 Q 4,950.00

7. Presentación de Resultados

7. 1 Presentación y Análisis de Resultados de Camotán

CUADRO 1

APLICACION DE LA NORMA

Valoración general de la aplicación de la norma de Atención a la Mujer del programa de Extensión de Cobertura – SIAS, sobre Control Prenatal, Atención del Parto y Puerperio por parte del Equipo Básico de Salud, en el municipio de Camotán, Chiquimula, año 2004.

PUNTEO IDEAL	PUNTEO REAL	PORCENTAJE IDEAL	PORCENTAJE REAL	*CALIFICACION
152	95	100%	62.5%	MALA APLICACIÓN

*Ver indicador en 5.8 plan de análisis pagina 30.

Fuente: Boleta de recolección de datos Junio-Septiembre 2004

ANALISIS

Representa el grado de cumplimiento de la norma, en base a la opinión de las mujeres en edad fértil del municipio de Camotán, en dicho cuadro se compara la nota y porcentaje ideal con la nota y porcentaje real, obteniendo de 152 puntos ideales 95 puntos reales que representan un 62.5 %, estos datos se clasifican como **mala aplicación de la norma** según indicador creado específicamente para éste estudio y refleja que las actividades de Extensión de Cobertura – SIAS se realizan pero no se cumplen las normas en los programas de Control Prenatal, Atención del Parto y Puerperio

CUADRO 2

APLICACIÓN DE LA NORMA POR EQUIPO BASICO DE SALUD

Valoración comparativa de la aplicación de la norma de Atención a la Mujer del programa de Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud –EC/SIAS, sobre Control Prenatal, Atención del Parto y Puerperio por parte de cada miembro del Equipo Básico de Salud, en el municipio de Camotán, Chiquimula, año 2004.

No.	Equipo Básico de Salud	Peso Porcentual De Preguntas	Porcentaje Real Alcanzado	Aplicación de la Norma	*CALIFICACION
1	Comadrona Tradicional	29 %	19 %	68%	Regular
2	Vigilante de salud	16 %	8.5 %	50%	Muy Mala
3	Facilitador Comunitario	10 %	4.5 %	44%	Muy Mala
4	Facilitador Institucional	21 %	13 %	65%	Regular
5	Medico Ambulatorio	24 %	17 %	70%	Regular
TOTAL		100%	62 %		

*Ver indicador en 5.8 plan de análisis.

Fuente: Boleta de recolección de datos Junio-Septiembre 2004

ANALISIS

Representa el grado de cumplimiento de la norma por cada integrante del equipo básico de salud a partir de la opinión de las mujeres en edad fértil, en base a la entrevista dirigida. Por lo que se refiere al peso porcentual de las preguntas que corresponde a cada integrante del equipo básico de salud, en donde se obtiene el porcentaje real para los mismos y de esta manera nos permite obtener el grado de aplicación de la norma por cada uno, representado en porcentajes.

Vemos entonces que la comadrona (68%) y el médico ambulatorio (70%) tienen una regular aplicación de la norma (del 64% al 77%) según el indicador, posiblemente esta similitud de puntos entre comadrona y medico se deba al trabajo de contrarreferencia que vincula a ambos actores y por que la comadrona tradicionalmente es un personaje con papel histórico en atención a la mujer en la comunidad, mas el papel que juega el medico en la atención a la mujer dentro del SIAS es muy importante.

Los vigilantes de salud (50%) y facilitador comunitario (44%), tienen una muy mala aplicación de la norma (igual o menor se 50%), en donde es posible que el vigilante de salud que es una persona voluntaria y el facilitador comunitario una persona parcialmente remunerada por sus actividades tradicionalmente no sean vistos por las usuarias como agentes involucrados en atención a la mujer en los programas de Control Prenatal, Atención del Parto y Puerperio y sean relacionados en actividades como inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo, atención al medio, etc.

Además de la relación anterior existen otros factores que afectan a estas personas en el cumplimiento de la norma entre los cuales se podrían mencionar el poco estímulo y falta de acompañamiento por parte de las autoridades de salud como encuentros, visitas, entrevistas. Capacitación, Supervisión, Evaluación y Seguimiento sobre las actividades normadas. Mal pagados (estipendio 50 quetzales para vigilante de salud y 500 quetzales para facilitador comunitario), esto se contrasta con prolongado tiempo de voluntariado y sobrecarga de trabajo, además el desplazamiento de un facilitador comunitario a 2 o 3

comunidades a su cargo hace que este trabajo no sea percibido por las usuarias y es un agente poco conocido.

En lo que respecta al Facilitador Institucional (65%) tiene una regular aplicación de la norma (del 64% al 77%) que generalmente se le vincula con las actividades que realiza el médico ambulatorio como un complementario, tiene la ventaja de ser agente institucional, por lo tanto, con salario estipulado para él y, la relación con las usuarias es también más directa, pero aún así no es lo esperado por la cantidad de programas que debe ejecutar, la población grande que debe de cubrir (mas de 12,000 personas) con los servicios básicos de salud por lo que hace una labor muy desgastante.

CUADRO 3

CONOCIMIENTO DE LA NORMA

Porcentaje general sobre el conocimiento de las usuarias sobre las normas de atención a la mujer en Control Prenatal, Atención del Parto y Puerperio en el municipio de Camotán, Chiquimula, año 2004.

Desconoce la Norma	Conoce la Norma
9 %	91 %

Fuente: Boleta de recolección de datos Junio-Sept. 2004

ANALISIS.

Se puede analizar que de 334 entrevistas dirigidas realizadas sobre actividades concretas establecidas en las normas el 9% de respuestas se desconoce dichas actividades, mientras que el resto (91%), refirió que no se cumplen, se cumplen parcialmente y si se cumplen. En otro sentido este cuadro nos refleja que la mayoría (91%) de mujeres en edad fértil han conocido o estado en contacto alguna vez los servicios que ofrece el programa de extensión de cobertura SIAS.

CUADRO 4.

RECIBEN SERVICIOS

Porcentaje general sobre si las usuarias reciben los servicios que establece las normas de atención a la mujer en Control Prenatal, Atención del Parto y Puerperio en el municipio de Camotán, Chiquimula, año 2004.

Si reciben los servicios del Programa	No reciben los servicios del Programa
29%	71 %

Fuente: Boleta de recolección de datos Junio-Septiembre 2004

ANÁLISIS

En el cuadro se puede reflejar que de todas las mujeres que participaron en el estudio el 29% de ellas reciben todos los servicios que establece la norma y esto contrasta que a pesar de conocer las normas, pocas se ven cubiertas con dichos servicios por parte del equipo básico de salud. Lo que se percibe es que mayoritariamente las mujeres participan en el programa pero pocas reciben las actividades normadas, por que el equipo básico de salud no cumple con sus funciones.

7. 2 Presentación y Análisis de Resultados de Jocotán

CUADRO 1

APLICACION DE LA NORMA

Valoración general de la aplicación de la norma de Atención a la Mujer del programa de Extensión de Cobertura – SIAS, sobre Control Prenatal, Atención del Parto y Puerperio por parte del Equipo Básico de Salud, en el municipio de Jocotán, Chiquimula, año 2004.

PUNTEO IDEAL	PUNTEO REAL	PORCENTAJE IDEAL	PORCENTAJE REAL	*CALIFICACION
152	105	100%	68%	REGULAR APLICACIÓN

(*Ver cuadro de plan de análisis 5.8. pagina 33)

Fuente: Boleta de recolección de datos Junio-Septiembre 2004

El cuadro, nos muestra que el grado de cumplimiento de las normas de atención a la mujer por parte del equipo básico de Salud esta calificado como *regular* con un 68%, en otras palabras se logro una calificación de 105 puntos de un total de 152 posible, que representa el pleno cumplimiento de cada una de las normas por cada uno de los miembros de dicho equipo.

Este Cuadro nos invita a pensar que llegar a la meta de una disminución en la mortalidad materna en Guatemala, seguirá siendo por muchos años una meta que no alcancemos. Por lo que nos veremos obligados como en otras ocasiones de postergar su logro.

CUADRO 2

APLICACIÓN DE LA NORMA POR EQUIPO BASICO DE SALUD

Valoración comparativa de la aplicación de la norma de Atención a la Mujer del programa de Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud –EC/SIAS, sobre Control Prenatal, Atención del Parto y Puerperio por parte de cada miembro del Equipo Básico de Salud, en el municipio de Jocotán, Chiquimula, año 2004.

No.	Equipo Básico de Salud	Peso Porcentual de Preguntas	Porcentaje Real Alcanzado	Aplicación de la Norma	*CALIFICACION
1	Comadrona Tradicional	29 %	19 %	66%	Regular
2	Vigilante de salud	16 %	11%	66%	Regular
3	Facilitador Comunitario	10 %	7%	66%	Regular
4	Facilitador Institucional	21 %	14 %	69%	Regular
5	Medico Ambulatorio	24 %	18 %	77%	Buena
TOTAL		100%	69 %		

Fuente: Boleta de recolección de datos Junio-Septiembre 2004

ANALISIS

El estudio establece que las actividades de la comadrona son ejecutadas, en un 66% de lo que dicta la norma, el Vigilante de Salud con (66%), y el Facilitador Institucional con 69%; esto los cataloga con una calificación de regular aplicación de la norma.

Estos resultados deficientes nos motivan buscar una explicación a este fenómeno que bien podría ser en el caso de las comadronas, que debido a que en su mayoría se han formado en una forma empírica por un largo periodo de tiempo, algunas de ellas por más de 4 décadas les resulta difícil dejar de lado aunque sea en pequeña medida sus prácticas tradicionales para luego irse incorporando a las demandas de un programa de salud, de reciente inicio según ellas mencionan.

Además se debe considerar que las normas de atención solicitan, visitas en el periodo puerperal por ejemplo, que no logran cumplirse tal vez por el hecho del difícil acceso para llegar a las parturientas, y que estas últimas ya no la reciben de buen agrado luego del parto pues consideran que las visitas solo buscan interferir en su papel de madre.

No debemos olvidar que la avanzada edad de la mayoría de mujeres que se dedican a ser comadronas dentro de la comunidad ya no les permite movilizarse hacia la vivienda de las mujeres embarazadas, con trabajo de parto o en periodo puerperal que lo solicitan con la frecuencia que establece la norma.

En lo que se refiere a los Guardianes de Salud, son muchas las causas por las cuales su trabajo tiene deficiencias y no dan cumplimiento a las actividades que las normas de atención le confieren; entre ellas está la poca motivación que de las personas de la comunidad tienen por hacer trabajo comunitario que conlleve al beneficio colectivo, también podemos mencionar que muchos de ellos deciden recibir las capacitaciones solamente por el pago del estipendio que asciende a cincuenta quetzales y no por el simple hecho de aprender y transmitir el mensaje a su comunidad.

El trabajo del guardián de salud también se ve afectado en ocasiones por deficiencias por parte del capacitador, entiéndase facilitador comunitario y facilitador institucional al no darles a conocer las normas de atención a la mujer e ignorar la coordinación que como equipo deben mantener.

El Trabajo del Facilitador Comunitario también recibe un 66% en cuanto a la aplicación de las normas con un 66%. Entre las primeras causas de esta puntuación encontramos que por no ser residente de la comunidad las personas no se sienten identificadas con ella, además de desconocer tanto al facilitador como a la comunidad el papel que este debe desempeñar.

El facilitador institucional, y el medico con 68% y 77% respectivamente, reprendan los miembros del equipo básico de salud con el mejor desempeño en la aplicación de las normas de atención a la mujer, esto sin duda se debe en gran medida a que son cargos asalariados, lo que conlleva un mayor compromiso; situación muy distinta con el restante 98% del equipo, conformado por comadronas tradicionales y vigilantes de salud que tienen un status de voluntarios.

CUADRO 3

CONOCIMIENTO DE LA NORMA

Porcentaje general sobre el conocimiento de las usuarias sobre las normas de atención a la mujer en Control Prenatal, Atención del Parto y Puerperio en el municipio de Jocotán, Chiquimula, año 2004.

Desconoce la Norma	Conoce la Norma
7.6%	92.3%

Fuente: Boleta de recolección de datos Junio-Septiembre 2004

El cuadro nos evidencia que el 92% de la población entrevistada, conoce las normativas de atención a la mujer, por lo que están en condiciones de demandar su cumplimiento, cuando este lo consideren deficiente, pues se le estaría negando ser beneficiadas por un servicio de salud (SIAS/EC) creado, para servir a una población postergada y que no había tenido hasta su implementación en 1997 cobertura sanitaria.

Resaltemos el hecho de después de 7 años de implementación del SIAS/EC en esta área, que a laborado en forma ininterrumpida aun hay personas que dicen desconocer las actividades orientadas a la atención de la mujer, por lo que no saben si son beneficiadas por estos programas, o por lo menos no se sienten participes de los beneficios de los mismos.

CUADRO 4

RECIBEN SERVICIOS

Porcentaje general sobre si las usuarias reciben los servicios que establece las normas de atención a la mujer en Control Prenatal, Atención del Parto y Puerperio en el municipio de Jocotán, Chiquimula, año 2004.

Si reciben los servicios del Programa	No reciben los servicios del Programa
54.2%	45.7%

Fuente: Boleta de recolección de datos Junio-Septiembre 2004

Este cuadro, al mencionar que solamente el 54% de las mujeres entrevistadas, consideran recibir todos los servicios que establece la norma de atención a la mujer, muestra una enorme insatisfacción por parte de los usuarias, que debería de ser investigado, pues podría ser la causa de que el Equipo básico no logre cumplir sus metas y tenga un desempeño deficiente, o que consideren que no necesitan de este servicio de Salud, por lo que no buscan sus beneficios.

8. Conclusiones

1. Cada uno de los miembros del equipo evidencia que tiene un déficit en la implementación de las normas de atención a la mujer, que si bien explicar esta situación escapa a los objetivos de esta investigación, es necesario intentar entender el porqué, ya que esto podría representar, no solo sub aprovechamiento del recurso humano disponible, si no lo peor es el riesgo de que continúen las mujeres sin siquiera un servicio de salud que consideren de buena calidad.
2. Las mujeres del municipio de Camotán consideran que se les ofrece una mala atención de la Mujer, mientras que en Jocotán consideran que hay una regular aplicación de las normas orientadas a ellas, durante el periodo del embarazo, parto y puerperio por parte del equipo básico de salud, por lo que debería de ser mejorado
3. El 9% y 8% respectivamente de las usuarias de los municipios de Camotán y Jocotán a 8 años de haberse establecido el Programa de Extensión de Cobertura – SIAS- en forma ininterrumpida, desconoce las actividades establecidas para el Control Prenatal, Atención de parto y Puerperio, por parte del Equipo Básico de Salud.
4. Las usuarias a pesar de que la mayoría menciono conocer las norma, 91 y 92%, solamente el 29 y 54% refirieron recibir todos los servicios establecido en el Programa Extensión de Cobertura en los municipios de Camotán y Jocotán.
5. Cada miembro del equipo básico de salud, según la opinión de las entrevistadas ejerce sus actividades orientadas al cumplimiento de las normas de atención prenatal del parto y puerperio en forma sub optima, siendo obligatorio el mejoramiento de cada uno de los integrantes de dicho equipo, pues la mejora de solo parte, por ejemplo capacitación a médicos, facilitadores Institucionales y comunitarios, solo representan el 2% de este equipo por lo seguramente seguiría siendo deficiente; pues no hay un mecanismo de motivación para el 98% restante de los miembros del equipo, como sucede con los asalariados (médicos, facilitadores).

9. Recomendaciones.

1. Sabiendo la importancia que tiene el control prenatal, atención del parto y puerperio, se debería velar por cada uno de los entes rectores (Ministerio de Salud, a Nivel Distrital y Departamental) supervise que los servicios de salud sean más accesibles, especialmente en el área rural.
2. Se recomienda incrementar a nivel nacional por cualquier medio la información necesaria para fomentar la asistencia de la mujer al control prenatal, desde un punto de vista que sea razonable y comprensible a la población rural.
3. Que se incrementen los esfuerzos encaminados a mejorar el nivel educativo de la población rural, ya que se han evidenciado un mejor uso de los servicios de salud en la población con mejor grado de educación escolar.
4. Que se investigue específicamente el porque de la sub aplicación de las normas de salud, para crear programas mas eficientes de capacitación y supervisión de los mismos.
5. Que los facilitadores comunitarios, los cuales son líderes y enlaces comunitarios, en la medida de su eficiencia sean estimulados por lo menos económicamente para evitar la posible desmotivación y desgaste que se percibe.
6. Aumentar el personal del equipo básico, pero además reducir la cantidad de personal voluntario, mejorar las capacitaciones siendo acompañadas de seguimiento y evaluación constante

10. Referencias Bibliográficas.

1. Asociación Participa. Diagnóstico Municipal, Departamento de Chiquimula. Guatemala. 2003, publicación II, Chiquimula. pp. 16-61.
2. Atención Primaria en Salud. Principios y Métodos. México. Pax.1992. 639 pp.
3. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Código de Salud. Decreto 90-97. MSPAS 1999,pp.1-11.
4. -----. Las Normas de Atención. Sistema Integral de Atención en Salud. Guatemala, MSPAS 1997. pp. 1, 12-18.
5. -----. Línea Basal de Mortalidad Materna._Guatemala, 2000. 96pp.
6. -----. Lineamientos Estratégicos, Políticos y Programáticos para la Reforma del Sector Salud en Guatemala. Guatemala. MSPAS. 1999. pp. 7.
7. -----. Manual de referencia para aplicación de las normas de atención, Control prenatal, Atención del parto y recién nacido. Sistema Integral de Atención en Salud, Guatemala, MSPAS. 1997. pp. 1-26
8. -----. Plan Nacional de Salud 2000-2004. Guatemala. MSPAS.2000.pp5-9
9. -----. Proceso de modernización de Los Servicios de Salud. Septiembre, 2002. pp.2-3
10. -----. Servicios básicos de salud primer nivel de atención. Sistema Integral de Atención en Salud. Guatemala 1998.
11. Instancia Nacional de Salud. El Sistema de Salud de Guatemala Proyecto CAPUBPRIV, La instancia, Guatemala 2002. pp.1-4.
12. Instituto Centro Americano de Salud. ICAS. Reformas del sector salud en Centro Americana. Serie de Informes Técnicos sobre la Salud en Centroamérica ICAS -01. Costa Rica Marzo 1999. pp. 6
13. Instituto Nacional de Estadística -INE-. Censos Nacionales XI de Población y VI de Habitación 2002. Guatemala. 2003.
14. Organización Mundial de La Salud- Fondo de Las Naciones Unidas Para La Infancia. Reducción de la Mortalidad Materna. Ginebra. 1999. pp.3

15. Sandiford, Meter. Martínez, Javier, La Salud en Centro América, Las Reformas del Sector Salud en Centro América. ICAS-01. Costa Rica, ICAS. 1995. pp. 1-17.

11. Anexos

Boleta de recolección de datos

Anexo 11.1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
TESIS PREGRADO

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN “ EVALUACION DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCION A LA MUJER DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD – SIAS/EC-, PROGRAMAS CONTROL PRENATAL, ATENCION DEL PARTO Y PUERPERIO ”

RESPONSABLE DE LA ENCUESTA: JOSE VILLANUEVA

ALDEA _____ MUNICIPIO _____ DEL
DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA.

FECHA ____/____/____.

La presente encuesta es de carácter confidencial. Sírvase marcar con una X una de las alternativas que considere oportuna o correcta. Anticipadamente, muchas gracias por su participación.

ACTIVIDADES DEL EQUIPO BASICO DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS DEL SIAS:

1. DESCONOZCO SI SE REALIZA.
2. NO SE REALIZA.
3. SE REALIZA PARCIALMENTE.
4. Si SE REALIZA.

COMADRONA:

1. Capta tempranamente a las embarazadas de la comunidad

1	2	3	4
---	---	---	---

2. Realiza control prenatal a toda embarazada que le demanda atención.

1	2	3	4
---	---	---	---

3. Refiere al embarazada al centro comunitario para su primer y ultimo control del su embarazo.

1	2	3	4
---	---	---	---

4. Atiende el parto normal en el hogar?

1	2	3	4
---	---	---	---

5. Identifica a toda mujer en trabajo de parto con complicaciones?

1	2	3	4
---	---	---	---

6. Orienta a la madre sobre higiene alimentación y control puerperal en el centro comunitario?

1	2	3	4
---	---	---	---

7. Evalúa a la madre en los primeros 3 días después del parto, y durante los 40 días siguientes:

1	2	3	4
---	---	---	---

8. Refiere al centro comunitario durante los 40 días post parto a toda madre a su evaluación post parto?

1	2	3	4
---	---	---	---

9. Expende Fumarato Ferroso durante 6 meses después del parto?

1	2	3	4
---	---	---	---

10. Refiere al hospital a toda puérpera con complicaciones?

1	2	3	4
---	---	---	---

11. Orienta y promueve sobre la salud reproductiva y la existencia de métodos naturales, hormonales y de barrera, etc.

1	2	3	4
---	---	---	---

VIGILANTE DE SALUD (GUARDIAN DE SALUD, PROMOTOR DE SALUD)

12. Apoya a la comadrona en la promoción de salud de la embarazada y referencia al servicio de salud en caso de complicaciones?.

1	2	3	4
---	---	---	---

13. Realiza seguimiento a nivel del hogar a mujeres embarazadas con complicaciones?.

1	2	3	4
---	---	---	---

14. Refiere al centro comunitario a mujeres embarazadas con morbilidad general?.

1	2	3	4
---	---	---	---

15. Da seguimiento a las embarazadas contrarreferidas del centro de salud u hospital?.

1	2	3	4
---	---	---	---

16. Apoya en el traslado de toda mujer con parto complicado?

1	2	3	4
---	---	---	---

17. Controla la vacunación de la madre puérpera?.

1	2	3	4
---	---	---	---

FACILITADOR COMUNITARIO.

18. Promueve la atención prenatal en el centro comunitario y por comadrona tradicional?.

1	2	3	4
---	---	---	---

19.Coordina con guardia de salud y comadrona la referencia oportuna de la embarazo con complicaciones? .

1	2	3	4
---	---	---	---

20. Apoya en el traslado de toda mujer con parto complicado?.

1	2	3	4
---	---	---	---

21.Controla la vacunación de la madre puérpera?

1	2	3	4
---	---	---	---

FACILITADOR INSTITUCIONAL.

22. Invita a comadronas tradicionales para capacitación en centro comunitario?

1	2	3	4
---	---	---	---

23. Capacita y supervisa al facilitador comunitario?

1	2	3	4
---	---	---	---

24. Atiende parto normal en caso necesario?

1	2	3	4
---	---	---	---

25. Refiere a toda mujer con complicaciones de parto al centro de salud u hospital?

1	2	3	4
---	---	---	---

26. Supervisa el proceso de referencia y respuesta?

1	2	3	4
---	---	---	---

27. Completa la vacunación de la madre?

1	2	3	4
---	---	---	---

28. Orienta sobre la alimentación de la madre?

1	2	3	4
---	---	---	---

29. Atiende, estabiliza y refiere a toda púérpera con complicaciones?

MEDICO AMBULATORIO

30. Atiende a la mujer embarazada en su primer y ultimo control?

1	2	3	4
---	---	---	---

31. Identifica y maneja embarazadas con complicaciones?

1	2	3	4
---	---	---	---

32. Da consejería en relación al lugar de atención del parto?

1	2	3	4
---	---	---	---

33. Analiza conjuntamente con las comadronas sobre complicaciones que presentan las embarazadas que acuden al centro comunitario?.

1	2	3	4
---	---	---	---

34. Da seguimiento a embarazadas referidas al centro de salud u hospital?.

1	2	3	4
---	---	---	---

35. Atiende el parto en caso necesario?

1	2	3	4
---	---	---	---

36. Refiere al hospital a toda madre con complicaciones?

1	2	3	4
---	---	---	---

37. Analiza con la comadrona sobre referencia de parto con complicaciones?

1	2	3	4
---	---	---	---

38. Analiza con la comadrona sobre las limitaciones o vivencias durante la atención del parto?

1	2	3	4
---	---	---	---

PRINCIPIOS GENERALES PARA LA PRECISION Y CALIDAD DE LA INFORMACION DEL ESTUDIO:

Yo _____ . Participo voluntariamente, libre de toda coacción, y expreso mi consentimiento a participar en el presente estudio, sabiendo de antemano que la identidad y la privacidad de los participantes será debidamente protegida. Y para garantizar la veracidad de la entrevista colocare la huella digital y/o firma para que pueda ser corroborada en cualquier momento.

--

Firma: _____ .

