

T 199
W 84.
A 4.73
2002

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA (UNAN-
MANAGUA)
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIO DE LA SALUD (CIES)

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR
AL GRADO DE
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA



**EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN
SALUD, UNIDAD DE SALUD DE MONCAGUA, SAN MIGUEL,
ENERO- ABRIL 2001.**

**POR
Dra. Gilma Olivia Alvarenga Salazar.**



Asesores:

Dr. Julio Piura

Licda María Angela Elías Marroquín.

Abril 2002
ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
I. OBJETIVOS	
a. General	8
b. Específicos	8
II. MARCO DE REFERENCIA	
a. APS como modelo de atención	9
b. Modelo de atención en salud	17
c. Modelo de atención del Sistema Básico integral en salud	20
d. Principios del modelo de atención	24
e. Marco conceptual para una evaluación del Modelo de Atención	28
III. DISEÑO METODOLOGICO	
a. Tipo de estudio	31
b. Objeto de estudio	34
c. Sujetos de investigación	34
d. Fuentes de información	34
e. Componentes	35
f. Etapas del estudio	37
IV. RESULTADOS	
a. Integralidad de la atención	41
b. Eficacia de la atención	44
c. Continuidad de la atención	48
d. Calidez de la atención	51

V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
VI.	CONCLUSIONES	61
VII.	RECOMENDACIONES	63
VIII.	BIBLIOGRAFÍA	65
IX.	ANEXOS:	
	1. Guía de revisión documental sobre la aplicación de los principios	
	2. Guía de observación sobre la aplicación de los principios	
	3. Cuestionario para medir la satisfacción de usuarios	
	4. Distribución de recurso humano SIBASI Nueva Guadalupe	
	5. Relevamiento de equipo SIBASI Nueva Guadalupe	
	6. Glosario	
	7. Siglas	

RESUMEN

El modelo de atención en salud del Sistema básico de salud Integral (SIBASI), del MSPAS está fundamentado en cuatro principios que deben ser aplicados en los procesos de atención en salud: integral, continúa, eficaz en sus procedimientos y con calidez hacia el usuario.

La aplicación de dichos principios de atención en la Unidad de Salud de Moncagua, que pertenece al SIBASI de Nueva Guadalupe, Departamento de San Miguel, se analizan a través de una investigación evaluativa de tipo formativa, realizada entre los meses de enero y abril del 2001, además se estudia la satisfacción de los y las usuarias, utilizando para ello las técnicas de entrevista, observación directa y revisión documental.

Los resultados mas relevantes encontrados fueron: a) Falta de integralidad en la atención en el contexto de la participación comunitaria, b) No existencia de trabajo intersectorial hacia los determinantes de la salud, que contribuyan a prevenir el riesgo de enfermar, c) Un desarrollo limitado de la continuidad de la atención, ya que no existe seguimiento de los usuarios en los diferentes ámbitos en que se moviliza, d) Una deficiente eficacia aunque este es un criterio que se debe profundizar en su estudio y e) Buena satisfacción del usuario sobre la atención en salud que recibe, lo que indica calidez y confianza en el servicio.

INTRODUCCIÓN.

En El Salvador actualmente no existe un verdadero Sistema Nacional de Salud, sino sectores coordinados que hacen actividades de salud como son: El público, el privado y el Seguro Social.

En la década de los años ochenta se inicia una serie de esfuerzos para diseñar una propuesta de reforma en salud, sustentadas en hallazgos de investigaciones, como los análisis del sector salud (ANSAL), realizados con la cooperación internacional en 1994, donde se señalan que el sistema de salud en El Salvador, presentaba una serie de deficiencias, entre las que se encuentran: Inequidades, bajas coberturas, maltrato al paciente, atención orientada a la curación y con calidad deficiente y poco acceso, para la población rural y de escasos recursos.

Como respuesta a la situación mencionada se ha diseñado varias propuestas de reforma en salud y en diciembre del 2000, el Concejo de Reforma entregó una propuesta final que ha pretendido recoger e incluir elementos de las cinco propuestas presentadas por diferentes sectores de la sociedad civil y del gobierno mismo, así como de la empresa privada (Colegio Médico, STISS, CONASA, MESA 13, FUSADES).

Paralelamente el MSPAS, ha venido realizando desde 1995 cambios coherentes con las políticas de gobierno y encaminadas hacia su modernización ; así en 1995 desaparecen las Regiones de Salud y aparecen las Departamentales de Salud, luego nace una forma de organización de los servicios de salud, denominada Sistema Sanitario (SISA), basada en una estrategia de Atención Primaria en Salud que propuso reformar los sistemas de

Servicios de Salud, enfocando la prioridad en la Atención Primaria, para prevenir enfermedades derivadas de las precarias condiciones de vida de la población según el Perfil Epidemiológico local.

En el Departamento de San Miguel el proyecto de modernización es financiado y asesorado por la Cooperación Alemana (G.T.Z.) iniciando sus actividades en junio de 1995, con el nombre de Proyecto de apoyo al Sector Salud (PASS) con un aporte financiero por un monto de cinco millones de marcos (\$2,942.152.00)

En 1999 las autoridades del Ministerio de Salud deciden cambiar el nombre y la organización de los SISA por el de Sistemas sanitarios Básicos de Salud Integral (SIBASI)

En el estudio nos hemos concentrado al SIBASI Nueva Guadalupe el cual esta ubicado en la zona necesidades de la ciudad de San Miguel y cuenta con una población de 85,922 habitantes con una densidad poblacional de 235 habitantes por Km² (2001)¹, distribuidos en 5 municipios, dos de los cuales pertenecen al Departamento de Usulután (Jucuapa y San Buenaventura).

La Atención en salud en este SIBASI esta a cargo de 7 unidades de salud, tres casas de salud y un Hospital de Segundo Nivel.

El proyecto con la GTZ comprendería las siguientes fases de necesidad :

FASE 0: Esta fase se adapto para cumplir con los lineamientos recién emanados del nivel central de mejorar el aspecto físico de los edificios, no correspondiendo en absoluto a la fase 0 de un proyecto de la necesidades técnica alemana (G.T.Z.) (1995-1997)

FASE 1: Capacitación para formar un grupo de supervisores departamentales encargados de multiplicar los conocimientos al resto de supervisores y de ir aplicando los conocimientos en el terreno (1997-1999).

¹ Documentos de SIBASI NUEVA GUADALUPE 2000

FASE 2: necesidades de los conocimientos para formar el SIBASI, funcionando primero y luego reestructurándole de acuerdo a las necesidades (2000-2003).

ANTECEDENTES

Las deficiencias en la atención en salud encontradas², en la conformación del SIBASI Nueva Guadalupe, del cual forma parte la Unidad de Salud de Moncagua son: largos tiempos de espera, baja cobertura de programas, maltrato de pacientes no cumplimiento de horarios de trabajo del personal, no se cumplía el sistema de referencia y retorno, horario de atención al paciente reducido, no continuidad en la atención y con enfoque curativo.

El Modelo del SIBASI para su funcionamiento se organizó en tres instancias: Prestadora, Gestora y Consulta Social, cada una con principios que guían su aplicación. En este estudio nos referimos a la instancia prestadora con sus principios de Atención los cuales son 3: Integralidad, Continuidad, Eficacia y Calidez. Hasta la presente fecha la aplicación de dichos principios no ha sido evaluada por lo que se ha propuesto realizarla en su implementación como principios de atención en salud en la Unidad de Salud de Moncagua, como parte del Sibasi mencionado; por lo que se considero importante dicha evaluación ya que su resultado puede contribuir al fortalecimiento de los principios de atención, determinando también la percepción que los usuarios tienen sobre el nuevo Modelo de Atención, ya que esta considerándose como la piedra angular del proceso de reforma del sector salud del país.

Las preguntas que se plantearon como parte de la investigación fueron:

1. ¿Se están cumpliendo los principios de la atención en salud enunciados por el SIBASI en la Unidad de Salud de Moncagua en el período de enero-abril 2001?

2. ¿Hay satisfacción de los usuarios por la atención dada en la Unidad de Salud de Moncagua, en el período de enero- abril 2001?

Los resultados principales que se obtuvieron en dicho estudio demuestran que aún existen debilidades en la integralidad, continuidad y eficacia de la atención y que no todo el personal brinda con calidez su atención.

Entre las limitantes encontradas en el estudio estuvieron:

- El no contar con suficiente información acerca del Modelo de Atención ni bibliografía sobre Atención Primaria de Salud Local.

I. OBJETIVOS

1. OBJETIVOS GENERAL

Evaluar la implementación de los principios de Atención Integral en la Unidad de Salud de Moncagua perteneciente al SIBASI de Nueva Guadalupe, San Miguel en el período de Enero-Abril del 2001

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Evaluar la integralidad de la atención en salud que se proporciona en la Unidad de Salud de Moncagua.

2. Evaluar la eficacia de la atención en salud que se proporciona en la Unidad de Salud de Moncagua.
3. Evaluar la continuidad de la atención en salud que se proporciona en la Unidad de Salud de Moncagua.
4. Valorar la calidez de la atención dada en la Unidad de Salud de Moncagua

II. MARCO DE REFERENCIA

1. APS COMO UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD³

La rápida transformación de las economías, luego de la Segunda guerra mundial, llevó a los países desarrollados a la creencia que la transferencia de las tecnologías podía lograr un desarrollo de los países pobres, sin pasar por un previo desarrollo institucional, social y de estructura política, centrandose su atención en “Como transferir tecnología” . La salud no solo era ajena a este debate, sino que pasó a convertirse en el centro del mismo. Las investigaciones indicaban que cualquiera fuese el nivel de desarrollo de los países, las intervenciones curativas eran caras y limitadas en la cobertura e impacto y que las medidas preventivas podrían salvar más vidas a un costo mucho menor, los costos de la tecnología eran cubiertos fundamentalmente por minorías urbanas, el personal del sector salud especialmente los médicos, estaban siendo preparados para servir a estas minorías a altos costos (formación de los médicos) igual que en los países industrializados.

Algunos gobiernos empezaron a examinar la relación costo / efectividad de las tecnologías usadas y analizaron aquellos factores que influyen en forma dramática y rápida en la situación de la salud de la población y en especial la de los más desprotegidos.

³ APS: un concepto en discusión antecedentes, por Gustavo Quezada Dtor de Atención primaria Republica Oriental de Uruguay. 1998
Atención Primaria en Salud boletín N° 30 MSPYAS Uruguay 1998

En 1973 la OMS en un estudio sobre los servicios básicos de salud, constata una disconformidad de la población con los servicios de la salud. Algunos resultados de este estudio son⁴ :

1. No logra cumplir las expectativas de la población
2. No logra una cobertura nacional
3. Se encuentra una separación cada vez mayor entre el estado de salud de los países ricos y el de los pobres, así como también entre sectores dentro de éstos últimos.
4. Hay un aumento vertiginoso de los costos de salud sin visible mejoría de los servicios.
5. Se plantea un sentimiento de impotencia por parte de los usuarios quienes perciben que tanto los usuarios como el personal constituyen un camino que satisfacía a los “profesionales de la salud” pero no a la mayoría de los usuarios; a pesar de que las raíces de la crisis fueran identificados como problemas de los servicios de salud reconociendo que la crisis no se resolvería a través de una reforma de estos servicios.
6. Se argumenta que los servicios de salud deben ser considerados como una parte del desarrollo económico y social de una nación y toda mejora de los servicios debe tomar en cuenta la cuestión de la estructura, prioridades y metas nacionales.
7. Se reconoció que la salud era muy importante como para que sea aislada y definida solo desde este sector; estos argumentos proveyeron algunos de los fundamentos para que en Alma Ata en el año 1978 naciera la

⁴ IBID

declaración de atención primaria de salud, en la que se plantea que ésta no es solo una alternativa para brindar atención en salud, sino fundamentalmente una estrategia para el desarrollo.

8. En la atención primaria se modifica definitivamente el concepto de salud por el de bienestar y vincula directamente a otros sectores no visualizados habitualmente ni directamente como componentes en la producción de salud, pero los reconoce como importantes en el estado de bienestar de las comunidades.
9. La conferencia de la OMS-UNICEF de Alma -Ata definió la A.P.S. como: “La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación⁵.”

La atención primaria es parte integrante, de una estrategia que constituye la función central y el núcleo principal del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de comunicación de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria y sitúan a la A.P.S. como la pieza fundamental del sistema sanitario, para alcanzar un nivel adecuado de salud de la población, en el seno de la estrategia

⁵ IBID

general de la OMS definida en el lema “Salud para todos en el año 2000” y contenida en sus objetivos. A pesar de que la atención primaria fue aprobada de forma unánime por más de 140 países, la realidad es que los responsables de la política sanitaria de muchas naciones desarrolladas no han realizado los esfuerzos necesarios para potenciar la A.P.S.

Esta estrategia llevó a los países a construir cambios en la atención en salud, pasando de una atención puramente institucional y curativa a un modelo con énfasis en la atención extra mural y basada en la participación de la gente.

Tabla 1

El Cambio de la Asistencia Ambulatoria a la Atención Primaria de Salud

A.P.S.

<p>OBJETIVOS</p> <p>De... enfermedad curación</p> <p>CONTENIDO</p> <p>De... tratamiento cuidado esporádico Problemas específicos</p> <p>ORGANIZACIÓN</p> <p>DE... especialistas médicos, Practica individual</p> <p>RESPONSABILIDAD</p> <p>De... Sector Sanitario aislado. Dominio profesional Recepción pasiva de los cuidados</p>	<p>A. Salud prevención y cuidado</p> <p>A. promoción de la salud, cuidado continuo, cuidado global</p> <p>A. Médicos generales otros profesionales trabajo en equipo</p> <p>A. Colaboración intersectorial Participación comunitaria Auto responsabilidad</p>
---	---

FUENTE : H. Vuöri. Atención Primaria 1984

2. ELEMENTOS ESENCIALES

- a. La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes.
- b. La promoción de suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.
- c. Un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico
- d. La asistencia Materno - Infantil con la inclusión de la planificación de la familia
- e. La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- f. La prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales
- g. El tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes
- h. Suministros de los medicamentos esenciales.

De los ocho elementos esenciales, cinco están directamente vinculados al sector salud, el uno es competencia coordinada del sector educación con el sector salud, mientras que el dos y el tres están relacionados a los municipios.

3. PRINCIPIOS⁶

Estos principios de la A.P.S. relacionados con los elementos esenciales proporcionan un adecuado desarrollo de la estrategia de A.P.S.

Dentro de los principios de la A.P.S. tenemos:

- a. Las acciones y los servicios deben ser accesibles para todos: Los ciudadanos no deben tener dificultades para poder tomar contacto y utilizar los servicios sanitarios.

⁶ IBID pag. 10

- b. Debe participar la comunidad y en todo el proceso de planificación y de decisión: Ya que la APS esta basada en la participación activa de la comunidad.
- c. Las acciones deben ser culturalmente aceptables respetando las formas tradicionales de la medicina: Mediante la utilización de las técnicas propias de la salud pública y medicina comunitaria.
- d. Estas acciones deben ser económicamente viables y acordes con la realidad de cada país.
- e. Deben realizarse con personal técnicamente capacitado y socialmente aceptado: Las acciones deben realizarlas personal técnicamente capacitado e idóneo y aceptado por la comunidad.
- f. Las acciones y los servicios deben responder a las necesidades de la comunidad: Debe brindarse la atención que demanda la población potenciar el autocuidado y auto responsabilidad respecto a la propia salud.
- g. Todas las actividades y los servicios deben formar parte del sistema nacional de la salud: Interrelaciona los elementos de promoción prevención, tratamiento y rehabilitación, integrándose funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.

4. ELEMENTOS PRINCIPALES⁷

Dentro de los elementos principales que caracterizan a la A.P.S. tenemos:

- a. **Integral** : Considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial, las esferas biológicas, psicológicas y social no son

⁷ Atención Primaria de Salud A. Martín Zurro y J. E. Corea Pérez

independientes ó tangenciales, sino que se interseccionan en las personas y sus problemas de salud.

- b. **Integrada** : Interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación social, que ha de formar parte de las actuaciones desarrolladas que se integran funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.
- c. **Continuada y Permanente**: A lo largo de la vida de las personas en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela y trabajo) y en cualquier circunstancia (consulta en el centro de salud, urgencias, seguimiento hospitalario).
- d. **Activa**: Los profesionales de los equipos no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas, han de trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención, buscando y resolviendo las necesidades de salud, aunque estos no son expresados, con referencia especialmente a los campos de la promoción y prevención.
- e. **Accesible**: Los ciudadanos no deben tener dificultades para tomar contacto y utilizar los recursos sanitarios, la accesibilidad no debe quedarse exclusivamente como una cuestión geográfica ya que esta tiene menor relevancia que los aspectos económicos, lucrativos y discriminativos.
- f. **La financiación del sistema de salud, y su carácter público, privado o mixto** puede influir de forma decisiva en la accesibilidad del sistema de las capas sociales más desfavorecidas. Los criterios de justicia social y equidad que deben presidir la atención de salud son de difícil cumplimiento en los sistemas sanitarios basados exclusiva o principalmente en el pago directo de los actos médicos por los usuarios y por el contrario se alcanzaran con mayor facilidad en los servicios nacionales de salud, financiados mediante la recaudación impositivas general del Estado.

- g. **Basado en el Trabajo en Equipo:** Equipos de Salud o de Atención Primaria integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios.
- h. **Comunitaria y Participativa:** Atención de los problemas de salud colectivos y no sólo de los individuos, mediante la utilización de las técnicas propias de la salud pública y medicina comunitaria. La A.P.S. está basada en la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actividades.
- i. **Programada y Evaluable:** Con actuaciones basados en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos, mecanismos de control y de evaluación claramente establecidos.
- j. **Docente e Investigadora:** Desarrolla actividades de docencia pregraduada y postgraduada, así como, de formación continua de los profesionales del sistema y de investigación básica y aplicada en las materias propias de su ámbito.

5. EL CENTRO DE SALUD EN APS

El Centro de Salud (de Atención Primaria) es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de la atención primaria de salud, de forma coordinada, integral, continuada, permanente y basada en el trabajo en equipo de profesionales que actúan en él. El centro de salud como institución, asume la responsabilidad de la atención de una comunidad definida social, demográfica y geográficamente. Así también en sus actividades han de estar contemplados tanto los aspectos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, como los estrictamente asistenciales curativos.

6. EL EQUIPO DE SALUD

El pilar organizativo en el que se basa el desarrollo de los contenidos sanitarios de la Atención Primaria de Salud son los equipos multidisciplinarios cuya estructura organizativa y funcional esta constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan en forma continuada y compartida las funciones y actividades de la atención primaria de salud, en el seno de una comunidad determinada.

En el equipo de atención primaria (EAP) el profesional médico tiene un papel primordial pero, a diferencia de lo que sucede en la asistencia médica ambulatoria, desarrollada por un solo facultativo, no es el único protagonista de la actividad sanitaria sino que en todos los niveles de actuación, comparte sus responsabilidades y tareas con los otros componentes del equipo.

La constitución de un verdadero equipo de salud no se logra mediante la yuxtaposición física de sus componentes y actividades; es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y conjunto de sus tareas, basado en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales que lo integran y no en una línea jerárquica vertical.

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

Los sistemas sanitarios y la practica de la medicina han tenido tradicionalmente casi como único objetivo, la enfermedad, y han dirigido sus

esfuerzos, hacia el perfeccionamiento de los Medios Diagnósticos y Terapéuticos precisos para el abordaje de las patologías establecidas; pero se tiene que contar con esquemas o planes que detallen o integren sistemáticamente este conjunto de acciones que se ofrecen a la población, enmarcados en el Modelo de Atención; el que se conceptualiza según Ruales José⁸. El Modelo de Atención es el esquema o plan que detalla e integra sistemáticamente el conjunto de acciones y servicios de salud que deben ofrecerse a una población determinada con la

finalidad de cubrir sus necesidades de salud e impactar positivamente en la mejoría de sus niveles de salud.

Todo Modelo basa sus acciones en Principios y Valores en el caso del modelo de atención en salud estos son: Integralidad, Universalidad, Equidad, Humanismo, Igualdad y Derechos Humanos

Integralidad: Consiste en dar un **Enfoque bio-psicosocial**, con énfasis en las acciones de promoción, prevención y protección del ser humano y a la interacción entre el individuo, sociedad y ambiente, estimulando a las personas a participar en el mantenimiento de su salud.

•Además contempla una **Concepción bio-psicosocial de la salud**, la cual consiste en la provisión de servicios de salud que incluyen: Acción de promoción y protección de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de la enfermedad, llevando a una concepción integrada de salud poblacional y ambiental; también se refiere a un sistema integrado y

⁸ Características del Modelo de Salud: Ruales José OPS 1999 en Módulo Sistemas de Salud, Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina UES.

resolutivo que visualiza y da respuesta a todas las necesidades de salud de la población.

Universalidad: Es el acceso de toda la población a los servicios de salud, desde su concepción, hasta la finalización de su vida, sin discriminación alguna en su incorporación a los servicios de: promoción, prevención, consulta especializada y atención hospitalaria de forma oportuna, eficientemente y de calidad.

También según Ruales José⁹ Se refiere al acceso de toda la población a los servicios de salud, a la cobertura de los servicios básicos, que le permitan mantenerse saludable o recuperar su salud para el disfrute de la vida plena; así también la universalidad es hacer realidad el derecho que tiene toda la población de acceder a los servicios de salud de la mejor calidad.

Equidad : Consiste en asegurar la igualdad y uniformidad del acceso a la atención integral de salud, a toda la población, según sus necesidades, dando igual de oportunidades a la población para llegar a niveles óptimos de salud, haciendo énfasis en los grupos de riesgo a nivel: Individual, Familiar, ambiental y comunitario, dando igual oportunidad de acceso ante una misma necesidad de salud; además se debe asegurar protección financiera en salud a los grupos vulnerables.

Este principio contempla que se debe garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, en cualquier lugar y sin consideración de sus capacidades de pago.

⁹ Características del Modelo de Salud Deseable Ruales José OPS 1999 Módulo Sistemas de Salud, Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina UES

resolutivo que visualiza y da respuesta a todas las necesidades de salud de la población.

Universalidad: Es el acceso de toda la población a los servicios de salud, desde su concepción, hasta la finalización de su vida, sin discriminación alguna en su incorporación a los servicios de: promoción, prevención, consulta especializada y atención hospitalaria de forma oportuna, eficientemente y de calidad.

También según Ruales José⁹ Se refiere al acceso de toda la población a los servicios de salud, a la cobertura de los servicios básicos, que le permitan mantenerse saludable o recuperar su salud para el disfrute de la vida plena; así también la universalidad es hacer realidad el derecho que tiene toda la población de acceder a los servicios de salud de la mejor calidad.

Equidad : Consiste en asegurar la igualdad y uniformidad del acceso a la atención integral de salud, a toda la población, según sus necesidades, dando igual de oportunidades a la población para llegar a niveles óptimos de salud, haciendo énfasis en los grupos de riesgo a nivel: Individual, Familiar, ambiental y comunitario, dando igual oportunidad de acceso ante una misma necesidad de salud; además se debe asegurar protección financiera en salud a los grupos vulnerables.

Este principio contempla que se debe garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, en cualquier lugar y sin consideración de sus capacidades de pago.

⁹ Características del Modelo de Salud Deseable Ruales José OPS 1999 Módulo Sistemas de Salud, Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina UES

Humanismo : Este principio se refiere a que la atención en salud se centre en el ser humano como un todo, involucrándolo en su funcionamiento.

Este principio desea un modelo de atención cuyo principal sujeto y destinatario sea el hombre y la mujer, valorizados como ciudadano y ciudadana.

La atención en salud entonces debe basarse en una relación usuario proveedor, con calidez, centrada en la persona, basada en una comunicación interactiva que lleva a tener un usuario altamente satisfecho de la atención.

Igualdad y Derechos Humanos: Se refiere al respeto de la salud de todas las personas, así como educarlos en sus responsabilidades individuales para conservarla y fomentarla, generando capacidades para el autocuidado de su salud, además el respeto a los derechos de salud integral de todos y cada uno de los habitantes del país, en función de sus necesidades, sin discriminación por razones de su capacidad económica, condición social, riesgo de enfermedad, ubicación geográfica, raza, género o edad.

Para cumplir con estos principios, las estrategias de atención deben estar basadas en planes y programas dirigidos hacia la promoción, educación para la salud y en prevención de la enfermedad; así como también basar su atención en la Atención Primaria de Salud.

MODELO ATENCIÓN DEL SIBASI

El Modelo de Atención del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) esta basado en un enfoque integrado de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y aspectos de rehabilitación, para brindar atención cuenta con establecimientos de primer nivel y segundo nivel, que tienen como hilo

conductor la referencia y el retorno. La prestación de servicio esta dirigida a una población definida, dentro de un área determinada e incluye a todos los prestadores.

El SIBASI se define como “La Unidad Operativa Básica Descentralizada del Sistema Nacional de Salud constituido por un conjunto de establecimientos del primero y segundo nivel de atención, complementarios entre si, en la identificación y resolución integral de los problemas de salud, en un espacio geográfico y poblacional definido fundamentado en la estrategia de la Atención Primaria de Salud” ¹⁰

Los componentes del modelo de atención se definen de la siguiente manera: Una red de servicios de primer y segundo nivel; un sistema de referencia y retorno, un equipo coordinador de la red, un equipo supervisor de la misma y una población bien definida.

Una red de servicios conformada por establecimientos de primero y segundo nivel. **Un primer nivel de atención:** Capaz de convertirse en puerta de entrada al sistema de salud y de resolver la mayoría de los problemas de la población bajo su área de confluencia.

Adicionalmente responsable del usuario o paciente en todo el proceso de su atención.

Un segundo nivel: Definido como hospital de referencia privilegiando la referencia del primer nivel y retornando el caso al primer nivel según ameritaba; así también realiza intercambio de información con el primer nivel, así como apoyando en lo técnico.

¹⁰ Publicación del folleto MSPAS-PASS Sistema Sanitario Nueva Guadalupe 1999

Un Sistema de Referencia y de Retorno: Como un factor importante de la integración de los servicios. En este caso se le denomina retorno para denotar que el paciente pertenece al primer nivel y no al hospital, se cuenta con un formato de referencia como de Retorno, se maneja un libro del control de la referencia y retorno en el hospital, y en los establecimientos de primer nivel.

Un equipo coordinador de la red y un equipo supervisor de la misma: Para definir necesidades, planificar y asegurar estándares de atención.

Una población bien definida: Para la definición de la población el proyecto utilizó los “Estudios de Flujo de Pacientes”¹¹, siendo la población beneficiada de la zona de 85,922 habitantes, distribuidos en 5 municipios, con una densidad poblacional de 250 habitantes por Km² (año 2001).

En el caso del SIBASI de Nueva Guadalupe para su funcionamiento **se organiza en tres componentes que son prestación, la gestión y la Consulta social.**

La Prestación de Servicios: Esta conformado por los establecimientos de primer nivel así como de segundo nivel, y tiene la responsabilidad de adoptar y poner en práctica en el modelo: las políticas de salud, operativizarlas aplicándolas y adecuándolas al contexto local.

Los establecimientos que integran el SIBASI son: 7 unidades de salud (tipo A y B) y 3 casas de Salud

Unidad Tipo A: Se caracteriza por tener atención médica, odontológica, laboratorio, enfermería, saneamiento ambiental, atención comunitaria(Promotor de Salud).

Unidad Tipo B: Se caracteriza por tener atención: Médica, enfermería, saneamiento. Atención comunitaria (Promotor de Salud), y Casas de Salud poseen atención médica 2 veces por semana y atención permanente de auxiliar de Enfermería y Atención Comunitaria.

Un hospital de referencia, también existen otros prestadores como son farmacias, curanderos y dos clínicas del seguro social (ISSS) con éstos existe comunicación e intercambio de información.

Gestión: Para implementar este componente existen 3 instancias de gestión que son: Comité de Gestión, Director Región SIBASI y Equipo Técnico .

Comité de Gestión: Que está conformado por los médicos directores y enfermeras jefes de cada establecimiento; hasta la fecha sus funciones se enmarcan en:

- a. Planificar y Evaluar las acciones locales como: Seguimiento de pacientes, intercambio de insumos, personal y experiencias de acuerdo a las necesidades (las unidades tipo A se ven reforzados los fines de semana por personal de las unidades tipo B.
- b. Sin embargo, las decisiones sobre financiamiento compra, distribución de insumos y medicamentos no les han sido delegadas.

Cabe mencionar que este comité se reúne cada semana, específicamente los jueves, estas reuniones se realizan en forma rotativa en cada establecimiento de salud del SIBASI para una mejor coordinación y comprensión del proceso por todo el personal de establecimiento.

¹¹ Estudio de Flujo de pacientes junio 1996, septiembre 1996, marzo 1997.PASS-MSPAS

Equipo técnico de SIBASI: Esta conformado por un equipo multidisciplinario cuyas funciones que actualmente realiza se relacionan fundamentalmente con:

- a. La supervisión como apoyo al nivel local
- b. Enseñanza en servicio
- c. Apoyo técnico y acompañamiento del comité de gestión.
- d. Verificación de actividades
- e. Comprobación de resultados
- f. Consolidación de información
- g. Evaluaciones periódicas

Director Región SIBASI: Está a cargo de un médico, la gerencia no se encuentra dentro de la estructura hospitalaria aunque puede ubicarse especialmente dentro de él; dentro de sus funciones están:

- a. Obtener y analizar la información.
- b. Realizar evaluación de las actividades del SIBASI
- c. Enlace con la Unidad de Monitoreo y Evaluación
- d. Tomar decisiones adecuadas y oportunas

Consulta Social: En esta instancia de consulta social cada establecimiento del SIBASI, fue ampliando lazos de coordinación con la Municipalidad y la participación de líderes comunitarios, Comités de Salud que son electos por las comunidades y que existen a nivel de cantones, y se crea a partir de estos el Comité de Salud del establecimiento.

El propósito de la participación social dentro del SIBASI, es el fortalecimiento de la conciencia crítica de la población, para mejorar los procesos de toma de decisiones en la solución de los problemas de salud y servir de contraloría social.

PRINCIPIO DE MODELO DE ATENCIÓN DEL SIBASI.¹²

El Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) Nueva Guadalupe, destinado a mejorar y desarrollar los sistemas de servicios, dando prioridad a la atención primaria para “Mejorar la salud de la población”, se ha desarrollado teniendo como base una filosofía propia, la cual se basa en los siguientes Principios:

1. CONTINUIDAD:

Se define como el servicio con la característica de realizar actividades debidas en la secuencia apropiada y sin interrupción o ruptura del proceso de atención al usuario; desde su ingreso hasta su egreso; así como a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos(domicilio, escuela, trabajo, consulta en el establecimiento de salud) La continuidad de la atención del SIBASI de Nueva Guadalupe, se refiere al cuidado continuo del usuario acompañándole desde el momento de consulta y durante todo el período de enfermedad, así también mas allá del problema obvio que ocasionó la consulta.

En los Establecimientos del Sistema se han implementado una serie de cambios, para que se pueda llevar a cabo la realización de este principio y dentro de los cuales tenemos:

- a. Extensión del horario de atención de 8 a 10 horas diarias
- b. Turnos de fin de semana y días festivos.

¹² Documento de SIBASI Nueva Guadalupe 1999

- c. Implementación del subsistema de referencia y retorno.
- d. Visita domiciliar a usuarios de riesgo, así como pacientes crónicos que han discontinuado su tratamiento, y pacientes que no han cumplido su referencia al segundo nivel como su retorno al primer nivel.
- e. Reestructuración de la consulta externa, reduciendo de ocho a cinco pasos el proceso de la consulta.

2. INTEGRALIDAD:

Este principio considera al ser humano desde una perspectiva biosicosocial, las esferas biológicas, psicológicas y social, no son independientes o tangenciales, sino interrelacionándose estos elementos con acciones de promoción, prevención, recuperación del daño y de rehabilitación, así como de la reinserción social, que forman parte de las acciones desarrolladas. Así también se integra funcionalmente con los restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.

La integralidad del sistema está relacionada al cuidado integral ocupándose de todos los problemas del paciente, no solo del problema agudo, está garantizada por el primer nivel de atención, quien se encarga de proporcionar una atención curativa, preventiva y de rehabilitación, manteniendo una relación con el segundo nivel, que es fundamental para proporcionar y garantizar la atención de mayor complejidad.

La implementación de la atención integral condujo a la realización de diferentes actividades:

- a. Concientización del personal para la atención del usuario en forma integral y no dispersa.
- b. Visitas domiciliarias integradas por equipo multidisciplinario.

3. Eficacia:¹³

Se define como el logro de objetivos del servicio hacia los usuarios; en la eficacia de las acciones de salud intervienen una serie de factores que coadyuvan o impiden obtener resultados deseados; estos factores se pueden clasificar para la atención médica en dos grandes grupos. Factores externos e internos de los servicios de salud relacionados con el paciente y el medio externo.

La Eficacia en el sistema está definida por métodos, normas y protocolos de atención en salud y esta determinada por dos factores:

Factores internos del servicio: Están relacionados con la calidez humana, del personal, aspectos físicos del establecimiento y la tecnología con que se cuenta para la atención del usuario.

La calidez humana en la atención hacia el paciente, dándole confianza así como un trato comprensivo y de respeto.

Referente a aspecto físico, algunos establecimientos del SIBASI presentan algunos detalles de tipo cosmético que se pueden resolver con mínima inversión y corto tiempo, ya que no presentan fallos estructurales o de funcionamiento que pueden afectar la atención al usuario.

Con relación a la tecnología las condiciones de los equipos, se han evaluado en una escala bueno, regular, y malo ya que el proyecto .PASS/GTZ donó equipo

¹³ Zurro Martín, J.E. Cano Pérez. Atención Primaria en Salud Elementos Conceptuales

médico, informático y de oficina para los establecimientos del Sibasi (se anexa relevamiento de equipo).

Factores externos: Se relaciona con la actitud de los pacientes frente a la enfermedad y hacia los servicios que le son proporcionados.

Estos dos tipos de factores, la coordinación de actividades y el trabajo en equipo y los cambios en la reorganización de la consulta, hicieron posible una mejora en la atención de los usuarios en los establecimientos del sistema, y en el uso de los servicios de salud, realizando estos cambios sin aumentar el recurso humano.

Es importante mencionar también que se realizan actividades fuera de los establecimientos, en áreas rurales, acercando así la atención a la población y poder obtener un mayor contacto con la comunidad.

4.Calidez:¹⁴

La calidez o calidad humana se refiere a todos los aspectos del Servicio que muestran: Respeto, confianza, amabilidad y consideraciones para los usuarios, de parte de los profesionales de los servicios.

Dentro del SIBASI, la calidez consiste en el trato comprensivo, con afecto y delicadeza a sus pacientes, teniendo en cuenta toda la dimensión humana.

Pero para obtener esta calidez se realizaron una serie de cambios en la actitud del personal hacia el usuario del establecimiento, por medio de capacitaciones, charlas, talleres juegos de roles; así como en la disponibilidad del personal para la Atención del usuario.

¹⁴ IBID pag. 27

Marco conceptual para una Evaluación del modelo de atención

“Un Modelo de Atención a la Salud”¹⁵ se define como un conjunto de principios normas, intervenciones e instrumentos para la promoción de la salud, entendida como la aplicación de los medios recursos, y practicas para su conservación y restablecimiento centrado en la persona familia y comunidad y que contribuya efectivamente a mejorar la calidad de vida.

La evaluación de un Modelo de Atención es un proceso que se puede realizar en sus diferentes niveles o componentes.

Tipos de evaluación: los diferentes tipos de evaluación corresponden a diferentes niveles:

- a. Evaluación de las políticas
- b. Evaluación de las estrategias
- c. Evaluación táctica o estructural
- d. Evaluación operativa

Cada una de estas evaluaciones corresponden con un nivel particular del proceso de planificación y programación; además para cada uno de estos niveles o tipos de evaluación, se pueden plantea preguntas especificas: ¿ Hay una correspondencia entre el programa tal y como fue concebido, realizado y con las prioridades?

¹⁵ Pineault Raynal y Carole Daeluy“ La planificación Sanitaria ” Conceptos - Métodos y estrategias, Segunda edición, editorial Masson Barcelona, España, 1995.

¿Responde a los problemas importantes desde el punto de vista de la sociedad y está encaminado en la dirección propuesta?

¿ Han sido alcanzados los objetivos especificados en los principios de atención?

¿Las actividades realizadas eran las apropiadas?

¿ Los recursos movilizados eran adecuados en términos de cantidad y calidad?

¿ Han sido alcanzados los objetivos operativos?

Cuando nos hacemos las preguntas 1 y 2 corresponde a una evaluación estratégica y política; las 3,4 y 5 a una evaluación táctica y la 6 con una evaluación operativa.

Estas preguntas son fundamentales de la evaluación, y se las debe plantear el planificador responsable de la concepción y ejecución del proyecto; Así la evaluación cierra el círculo de la planificación y permite una reevaluación del nivel o lugar que ocupa todo el programa en relación al programa en cuestión, cada evaluación vuelve a la etapa inicial del proceso de planificación para cuestionar la pertinencia en relación con los resultados obtenidos.

La evaluación en su sentido mas amplio puede intervenir en diferentes momentos del proceso. Hay primero una evaluación ex ante o predicción y consiste en comparar la eficacia o la rentabilidad económica de las diferentes acciones para alcanzar los objetivos deseado. Esta evaluación se efectúa de manera normativa, a partir de juicios de expertos o de otras personas competentes basándose en datos que se originan en investigaciones anteriores.

La evaluación ex post interviene durante o al fin del proceso de planificación y de programación; provee información sobre la ejecución, el funcionamiento y los efectos del programa.

Finalmente la evaluación concurrente que acontece al mismo tiempo en que se desarrollan las etapas del programa.

La evaluación formativa mantiene una retroacción constante a todo lo largo del proceso de elaboración y ejecución del modelo y permite que este sea continuamente modificado en función de los datos nuevos.

La evaluación de un Modelo de Atención puede ser realizado en sus diferentes componentes, en este caso se evalúa la implementación de los principios de atención en salud del sistema básico de salud integral aplicados en la Unidad de Salud de Moncagua.

Evaluación del proceso: Aborda la aplicación de los principios en los servicios producidos y utilizados en el marco del modelo, comprende varias dimensiones, una de ellos son los aspectos técnicos, generalmente definidos por los profesionales.

En el campo de la atención se puede verificar si los cuidados dados a los pacientes se corresponden con normas profesionales . Se puede verificar igualmente si los diagnósticos y tratamientos se ha realizado de manera apropiada.

Otros aspectos que pueden ser evaluados son la continuidad de los servicios y del cuidado del usuario, su globalidad y la naturaleza entre beneficiario y el profesional.

Finalmente, la evaluación del proceso puede abordar el nivel organizacional, es decir aquellos procesos organizativos implantados para asegurar la calidad, la accesibilidad, la integralidad o globalidad así como la humanización de los servicios de salud.

III. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

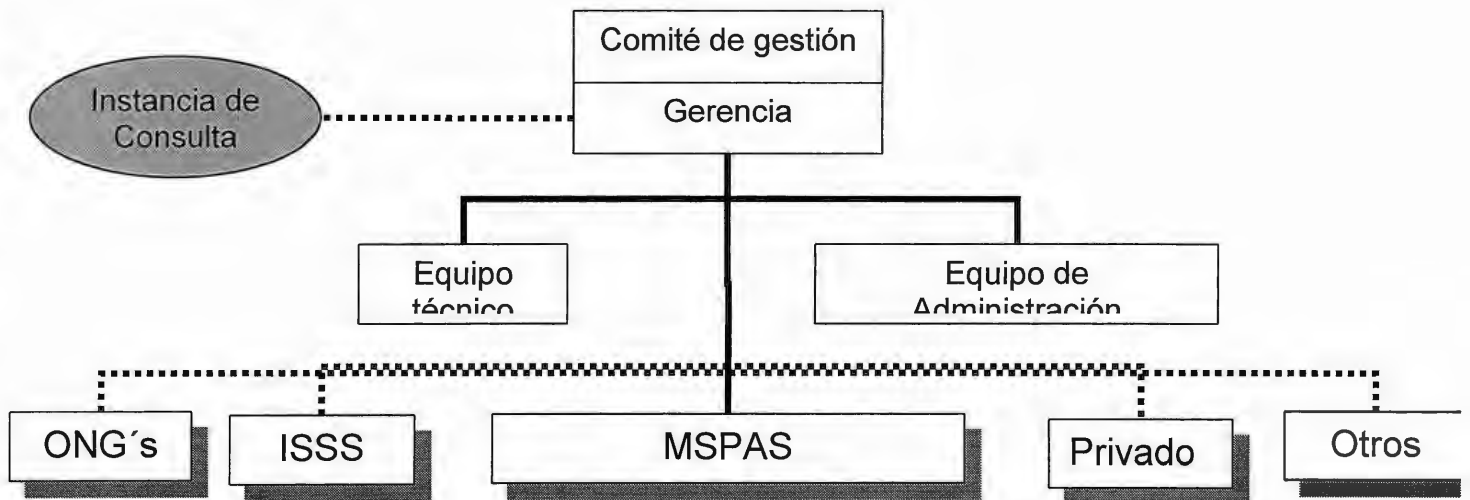
El diseño a desarrollar en el presente estudio es el de una investigación de tipo formativa, porque se medirán los resultados de la implementación de los principios de atención en salud del Modelo del “Sistema Básico de Salud Integral”.

Dicho estudio se realizó en la Unidad de Salud de Moncagua, San Miguel, en el período de Enero - Abril de 2001.

La evaluación de tipo formativa abarca todas las actividades que difieren si el proyecto está marchando bien y si está logrando los objetivos y es especialmente recomendable cuando el proyecto tiene etapas claramente definidos con metas intermedias y a largo plazo

Objeto de Estudio: Aplicación de los principios de Atención del SIBASI.

ESTRUCTURA BASICA DEL SIBASI



Comité de Gestión conformado por representantes de todos los proveedores de servicios de SIBASI, en donde el Gerente forma parte de éste

GRAFICO No.1
MAPA DE EL SALVADOR
SIBASINUEVA GUADALUPE

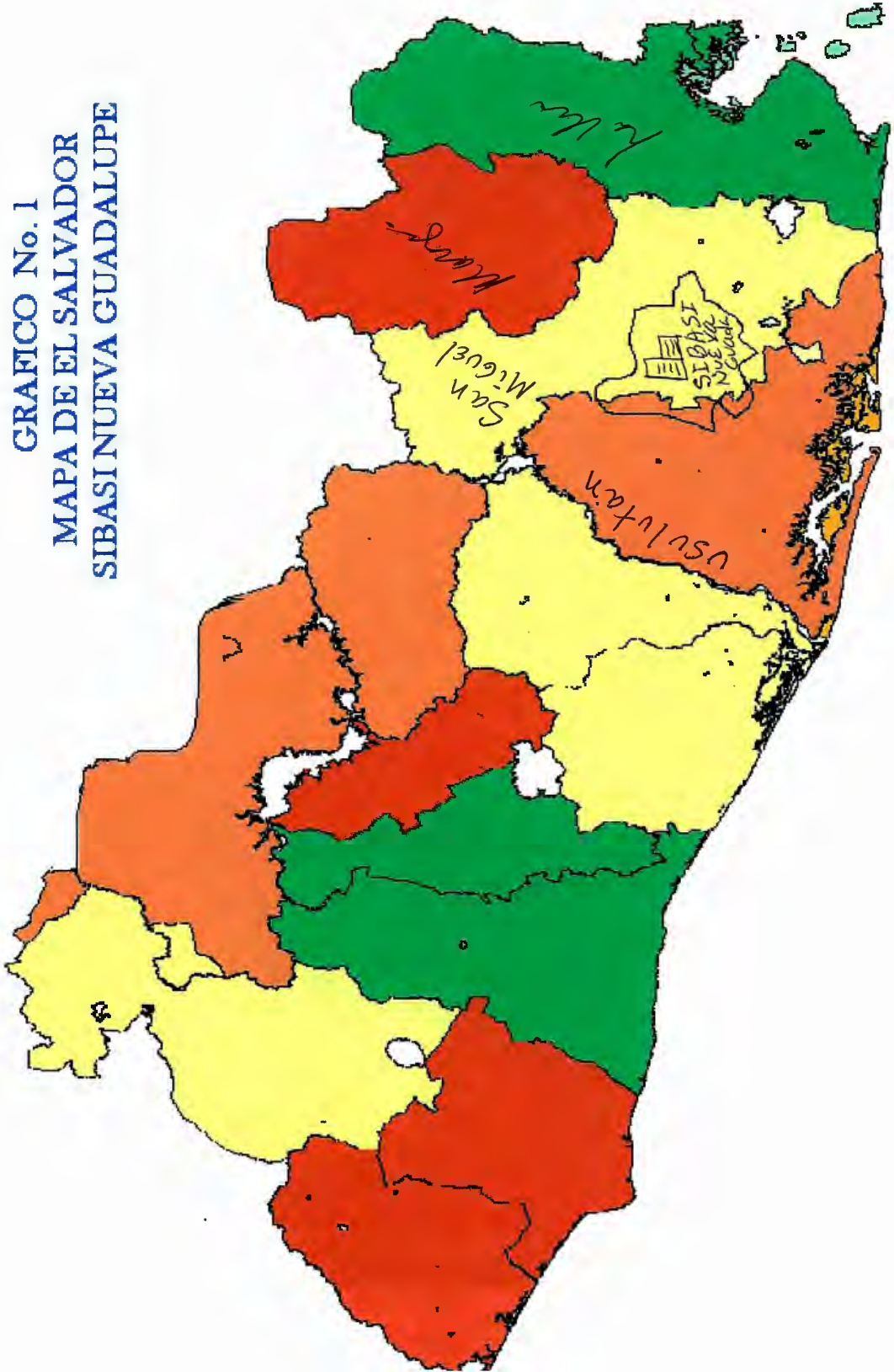
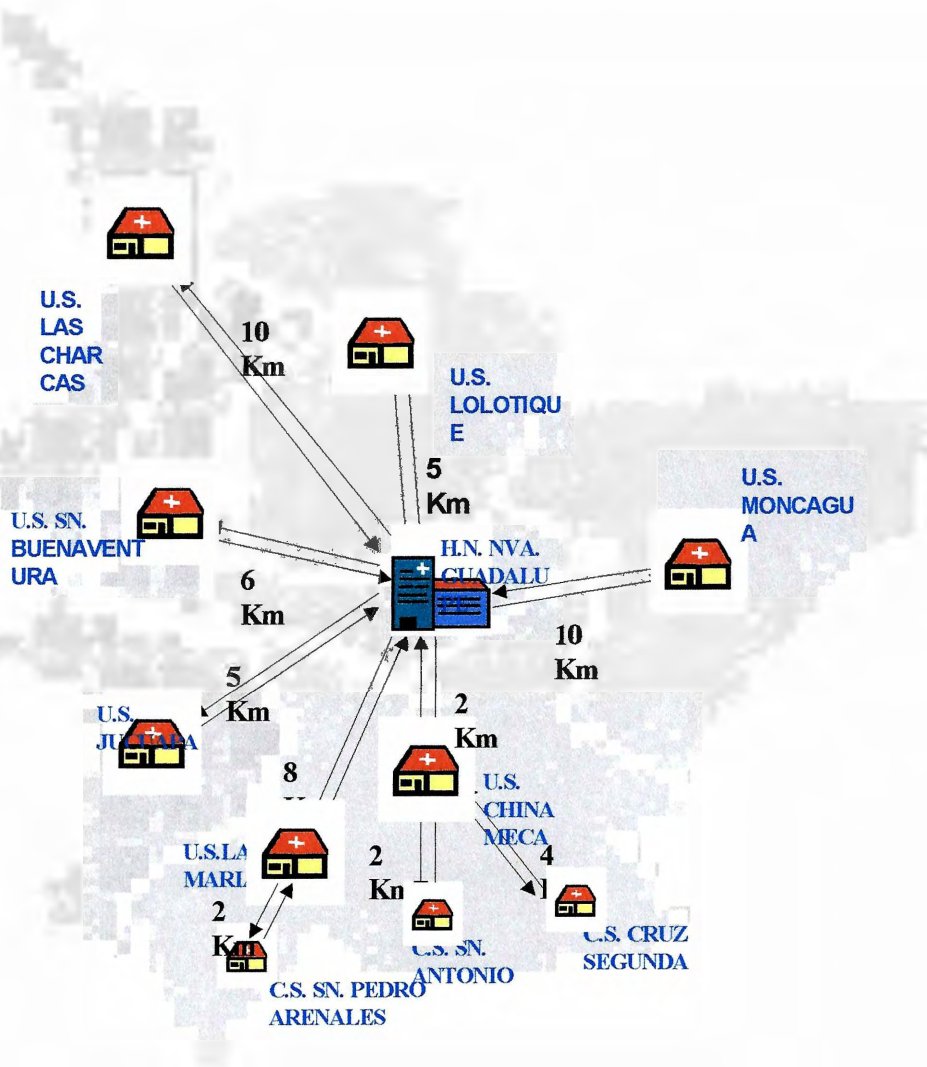


GRAFICO No. 2

DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS DEL SIBASI NUEVA GUADALUPE



DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE Sibasi NUEVA GUADALUPE.

(VER ANEXO)

CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE SALUD DE MONCAGUA

La Unidad de Salud de Moncagua forma parte de la red de servicios de salud, del primer nivel de atención, la cual presenta: Un personal capacitado, servicios y una población de responsabilidad.

SERVICIOS CON QUE CUENTA EL ESTABLECIMIENTO	PERSONAL CON QUE CUENTA	POBLACIÓN DE RESPONSABILIDAD
<ul style="list-style-type: none">•Atención médica•Atención odontológica•Atención de enfermería•Atención ginecológica•Laboratorio clínico•Inyecciones y curaciones•Saneamiento Básico•Farmacia•Atención comunitaria•Colecturía•Secretaria•Documentos médicos	<ul style="list-style-type: none">•Médico Director (1)•Médicos Consultantes (4)•Odontólogos (2)•Ginecólogo (1)•Laboratorista (1)•Enfermeras (2)•Auxiliar de Enfermería (3)•Inspector de Saneamiento (1)•Promotores de Salud (8)•Secretaría (1)•Ordenanza (1)•Colectora (1)	<ul style="list-style-type: none">•Urbana = 13,953•Rural = 8,441•Total = 22,394

FUENTE: Documentos del SIBASI Nueva Guadalupe 2001

Sujetos de Investigación. A) Personal del establecimiento de salud: Médicos, odontólogos, enfermeras, técnicos de laboratorio, secretaria, encargados de farmacia, b) Usuarios del establecimiento de salud con total de **ciento setenta y uno.**

Fuentes de Información. Las fuentes de información del estudio fueron primarios y secundarios.

a. **La información primaria.** Se recogió a través de guía de observación al personal del establecimiento de salud, entrevistas a usuarios de la Unidad de Salud.

- b. **La información secundaria.** Se obtuvo mediante revisión documental de los siguientes documentos: Registro diario de consulta , Libro de Referencia y Retorno, Tabulador Mensual de la Unidad de Salud y Hospitales, Libro de Visita Domiciliares; Instrumento de recolección de información formato.

Componentes (Ejes de análisis)

1. **La integralidad.** La integralidad en el sistema esta relacionada al cuidado integral del paciente, ocupándose de todos sus problemas, no solo del problema agudo, y esta garantizado por el primer nivel de atención quien se encarga de proporcionar una atención preventiva, curativa y de rehabilitación.

La Atención preventiva comprende acciones de prevención dependiendo del problema y de la actividad específica, actua a tres niveles: Sociedad, grupos e individuos, para este estudio se tomo acciones de prevención en salud que poseen todos los programas preventivos(Atención Materno-Infantil, Planificación Familiar, Escolares, Tuberculosis, Educación en Salud, Visitas domiciliar).

La Atención curativa actua a nivel individual, aun cuando tiene impacto sobre las condiciones de vida y los perfiles de salud de los grupos; se da a través de las modificaciones en los riesgos de morir del individuo enfermo

•Indicadores:

- a . Prevención en Salud
- b. Educación en Salud

- c. Visita Domiciliar
- d. Consulta médica
- e. Tiempo de atención médica
- f. Entrega de medicamento

2. La eficacia. La eficacia en el sistema está definida por métodos, normas y protocolos de atención en salud y está determinada por factores: Internos y externos; Internos del servicio, relacionados con la calidez humana del personal, aspectos físicos del establecimiento y la tecnología con que se cuenta para la atención del usuario; Referente a los factores externos, se relacionan con la actitud los pacientes frente a la enfermedad así como su actitud hacia los servicios.

•Indicadores:

- a. Tratamientos adecuados (glosario)
- b. Consultas subsecuentes por el mismo problema
- c. Satisfacción en la atención
- d. Tiempo de espera para acudir a pedir la atención
- e. Referencia acertada (glosario)

3. Continuidad: La continuidad de la atención del SIBASI Nueva Guadalupe, se refiere al cuidado continuo del usuario acompañándole desde el momento de consulta y durante todo el período de su enfermedad, así también más allá del problema obvio que ocasionó la consulta.

Indicadores:

- a. Referencia
- b. Retorno
- c. Consulta subsecuente
- d. Ampliación de horarios

- e. Visita domiciliar
 - f. Tiempo de espera para la atención.
4. **Calidez.** Dentro del SIBASI consiste en el trato comprensivo, con afecto y delicadeza a sus pacientes, teniendo en cuenta toda la dimensión humana.

•Indicadores:

- a. Comprensión
- b. Confianza
- c. Privacidad en la atención
- d. Trato amable
- e. Trato con respeto

FASES DE EVALUACION.

- 1.Revisión documental, bibliográfica
- 2.Diseño de instrumento de recolección de información
- 3.Validación de instrumento
- 4.Capacitación a encuestadores

Fase Operativa:

•Recolección de la información:

•El proceso de recolección de la información fue en función de los objetivos planteados y de los descriptores definidos, a partir de los componentes establecidos en el Modelo de Atención, mediante observación a personal del establecimiento, encuestas a usuarios del establecimiento y revisión de

documentos. Para ello se utilizó: Una guía de observación al personal(anexo N°2) un cuestionario semi estructurado de satisfacción de usuarios(anexo N°3), así como una guía de revisión documental. (Ver anexos nº 1).

•El instrumento diseñado para la realización de las encuestas fue validado, aplicándose a 10 personas usuarios de un establecimiento de salud fuera del área del SIBASI, lo que permitió reformarla y redactar de forma sencilla las preguntas.

La muestra de pacientes estuvo compuesta por 171 usuarios que representan el 10% de la población promedio atendida durante un mes; en cuanto al Personal de Salud se tomó el 100% del Personal del Establecimiento.

•Para la recolección de la información se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

•**Técnicas :**

- Encuesta
- Observación directa
- Revisión documental

•**Instrumentos:**

- Cuestionario de satisfacción
- Guía de observación
- Guía de revisión documental

✓La encuesta de satisfacción se aplicó a la salida del paciente del establecimiento de salud durante tres semanas. De los usuarios

entrevistados ciento cuarenta pertenecen al sexo femenino, correspondiendo a 81.9% y treinta y uno usuario del sexo masculino que representa el 18.1%.

Referente al domicilio de los entrevistados ciento diez pertenecen al area del establecimiento de salud que representan el 69.2% y cuarenta y nueve de ellos pertenecen a otro municipio y representa el 30.8% del total.

✓La guía de observación se aplicó a : médicos, auxiliares de enfermería, enfermeros, técnicos de laboratorio, ordenanzas; esta guía nos permitirá tener una opinión del trato directo que el personal brinda al paciente, así como la verificación del cumplimiento de los principios de atención.

La revisión documental se hizo para obtener la información estadística de las actividades de salud realizadas en el establecimiento, y que ayudó a recolectar la información de indicadores de integralidad, continuidad, eficacia y calidez.

Se revisaron los siguientes documentos

- a. Registro diario de consulta
- b. Tabulador mensual
- c. Libro de referencia y retorno de la Unidad de Salud
- d. Libro de referencia y retorno del Hospital de Nueva Guadalupe
- e. Libro de visita domiciliar
- f. Libro de visita de casos de riesgo retornados

Procesamiento y Análisis de la Información:

- El procesamiento de la información se realizó a través del análisis de los resultados de los indicadores utilizando matrices o tablas donde se resumen los resultados de las encuestas, guía de observación y guía de revisión documental.
- Se plasmaron las ideas principales , lo más relevante agrupándose de acuerdo a la afinidad de los descriptores según cada actor.
- Los resultados del estudio son presentados en matrices (Ver anexos).

IV. RESULTADOS

1. INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN

Cuadro N° 1.

Tipo de consulta brindada en el establecimiento

meses enero-abril 2001

Tipo consulta	Resultados	
	Fi	%
Preventiva	4460	46%
Curativa	5449	54%
Totales	9709	100

FUENTE: Informe mensual de actividades de la U.de S.
Moncagua

Como puede visualizarse el tipo de consulta que más se da en el establecimiento es la curativa comprendiendo un 54% del total de atenciones.

Cuadro N° 2.

DESARROLLO DE CHARLAS EDUCATIVAS SEGÚN PLANIFICACION

ENERO ABRIL 2001

Proporción de charlas desarrolladas	Resultados	
	Fi	%
Charlas desarrolladas	202	84
Charlas no desarrolladas	38	16
Total Charlas planeadas	240	100

FUENTE: Programación de actividades educativas Unidad de Salud Moncagua

Con respecto a las actividades de educación en salud, lo que se desarrolla son charlas educativas, del 100 % planeadas para el período solo se impartieron el 84%. Pudo observarse que quien más educación da es el personal de enfermeras y auxiliares de enfermería, continuándole el personal médico. Además quien más explica el tratamiento médico a los usuarios es el médico y la responsable de farmacia y en mas bajo porcentaje el personal de enfermería. Es importante mencionar que el ordenanza y la secretaria dan en un alto porcentaje orientación del proceso a seguir para la atención a los pacientes.

Cuadro N° 3

Cumplimiento de las Visitas domiciliarias realizadas de Enero-abril 2001

Visitas	Resultados	
	Fi	%
Programadas:	24	100
• Realizadas	12	50
• No realizadas	12	50

FUENTE: Libro de visitas domiciliarias U.de S. Moncagua

Del total de visitas a realizar a pacientes con riesgos sólo el 50% se realizaron, lo cual interrumpe la continuidad de la atención al 50% de los usuarios programados.

Cuadro N° 4

Tiempo que le dedica el médico al paciente durante la consulta

Tiempo	<i>Resultados</i>	
	Fi	%
5-10 minutos	150	88
11-15 minutos	15	9
15-20 minutos	5	3
Total pacientes observados	170	100

FUENTE: Guía de observación Unidad de Salud Moncagua

Como puede verse en el cuadro al mayor porcentaje (88%) de pacientes el médico les dedica solo de 5 a 10 minutos, tiempo que es insuficiente para una atención de calidad.

Cuadro N° 5

Entrega de medicamentos Indicados a Usuarios de la Unidad de Salud
de Enero-abril 2001

Recetas despachadas	<i>Resultados</i>	
	Fi	%
Sí	17.959	99
No	2	1
TOTALES		

FUENTE: Encuesta de satisfacción de usuarios U. de S. Moncagua

El resultado obtenido muestra que se entrega el medicamento al mayor porcentaje de pacientes, lo que podría considerarse disponibilidad de medicamentos.

Se anexa listado de medicamentos.

2. EFICACIA DE LA ATENCIÓN

Cuadro N° 6

Cumplimiento de la Consulta subsecuente de pacientes con problema Respiratorio Agudos
Enero-abril 2001

Tipo de consulta	<i>Resultados</i>			
	Bronquitis		Faringoamigdalitis	
	N°	%	N°	%
<i>Primera vez</i>	110	88	101	89
<i>Subsecuente</i>	15	12	12	11
Totales	125	100	113	100

FUENTE: Informes de consulta y cuadros clínicos de pacientes
Unidad de Salud Moncagua

Para este indicador se tomó como ejemplo los problemas respiratorios, ya que es un de las afecciones mas frecuentes y que amerita seguimiento, aún así el seguimiento fue mínimo, lo que no permite la confirmación de si el paciente mejoró.

Cuadro N° 7

Satisfacción de los Usuarios con la atención en salud recibida en los meses de enero-abril 2001

Satisfacción	<i>Resultados</i>	
	Fi	%
Sí	169	99
No	2	1
TOTALES	171	100

FUENTE: Encuesta de satisfacción de usuario Unidad de Salud Moncagua

Como puede visualizarse el mayor porcentaje de pacientes está satisfecho de la atención en salud que se proporciona en el establecimiento, lo que es un buen indicador de la eficacia del servicio.

Cuadro N° 8

Porcentaje de referencias de pacientes con diagnósticos acertados

Referencias con diagnósticos acertados	<i>Resultados</i>	
	Fr	%
Sí	54	62
No	33	38
TOTAL DE REFERENCIAS	87	100

FUENTE: Libro de referencia del Hospital Nueva Guadalupe

De los 87 pacientes referidos al segundo nivel de atención, la mayoría fueron diagnósticos acertados, aunque existe un porcentaje de 33% con diagnóstico no acertado; indicando deficiencia en la eficacia.

Cuadro N° 9

Promedio de tiempo
de permanencia de los pacientes en las diferentes áreas

Areas	<i>Resultados</i>	
	Tiempo en minutos	%
Pacientes en orden de llegada a sala de espera	20	16
Selección y consulta	35	29
Archivo y colecturía	30	25
Farmacia y salida	35	30
Total de minutos (Promedio)	120	100

FUENTE: Guía de observación aplicada Unidad de Salud Moncagua

Según resultados obtenidos el área donde más se están los pacientes es en farmacia continuándole el área de selección y consulta.

Cuadro N° 10

Tiempo de espera de los pacientes para la consulta
Enero-abril 2001

Tiempo en minutos	<i>Resultados</i>	
	Fi	%
30-45	90	52.9
46-60	50	29.5
61-120	30	17.6
Totales	170	100

FUENTE: Guía de observación aplicada en U. de S. Moncagua

En cuanto a lo observado el tiempo que el paciente espera para su consulta medica está en un rango de 30 a 120 minutos, con un promedio de hora y quince minutos, lo que debería ser menor por lo horarios de consulta y ampliación de los mismos.

Cuadro N° 11

Aplicación de Medidas de Bio Seguridad según tipo de personal al atender a los usuarios.

Tipo de personal	<i>Resultados</i>			
	Sí	%	No	%
Médicos	140	82	30	48
Enfermeras	180	84	24	16
Auxiliares de enfermería	124	77	36	33

FUENTE: Guía de observación Unidad de Salud Moncagua

Como se muestra en el cuadro en cuanto a la aplicación de medidas de bioseguridad al atender al pacientes observo que estas son menos aplicadas por las auxiliares de enfermería, y más aplicados en orden por la enfermera y el médico.

Cuadro N° 12

Uso de equipo completo para la atención en salud al usuario

Uso completo del equipo	<i>Resultados</i>	
	Fi	%
Sí	145	85
No	25	15
Totales	170	100

FUENTE: Guía de observación Unidad de Salud Moncagua

Se observó que un alto porcentaje el personal utiliza el equipo adecuado al dar atención en salud, aunque un 15% es significativo, ya que lo esperado es que el 100% lo utilice completo para garantizar mejor calidad de la atención.

3. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Cuadro N° 13

Pacientes referidos para continuar tratamiento
en otro nivel de atención

Referencia	<i>Resultados</i>	
	Fi	%
<i>Referidos al segundo nivel:</i>	87	97
1. consultaron en este nivel	85	3
2. No acudieron	2	
TOTALES	87	100

FUENTE: Libro de referencia del Hospital Nueva Guadalupe

El resultado obtenido muestra que la mayoría de pacientes referidos al Segundo Nivel asistieron a su referencia y representa un 97% del total referido, siendo un indicador de la continuidad de la atención y además de eficacia del sistema de referencia.

Cuadro N° 14

Pacientes referidos que retornaron al primer nivel de atención

Retornaron	<i>Resultados</i>	
	Fi	%
<i>Sí</i>	73	83%
No	14	17%
TOTALES	87	100

FUENTE: Libro de referencia y retorno de la U. de S. Moncagua

El resultado obtenido muestra que sólo el 83% de los pacientes que retornaron del segundo nivel se presentaron al primer nivel y se les dio seguimiento y continuidad, el resto no retorno al primer nivel ni tuvo seguimiento.

Cuadro N° 15

Consultas subsecuentes por programas preventivos.
Enero-abril 2001

Consultas subsecuentes	<i>Resultados</i>	
	Fi	%
1. Programa materno		
• Total de consultas	354	100
• Consultas subsecuentes	312	88
• Primera vez	42	12
2. Programa Infantil		
• Total de consultas	1246	100
• Consultas subsecuentes	607	48
• Primera vez	639	62
3. Programa Odontológico		
• Total de consultas	432	100
• Consultas subsecuentes	51	12
• Primera vez	384	88

FUENTE: Informe mensual de actividad Unidad de Salud Moncagua

Referente a la consulta subsecuente se puede decir el programa que más continuidad de atención tiene es el programa materno, con un 88%, seguido del infantil y con muy poco seguimiento el programa odontológico.

Cuadro N° 16

N° de Consultas atendidas de lunes a viernes y fines de semana
Enero-abril 2001

Consultas según horario	<i>Resultados</i>	
	Fi	%
7-3 Lunes a Viernes	7542	78
3-5 Lunes a Viernes	710	7
8-4 fines de semana	1457	15
TOTALES	9709	100

FUENTE: Libro de programación de horario y turnos fin de semana
Unidad de Salud Moncagua

Como puede visualizarse el establecimiento de salud tiene ampliación de horarios para poder dar cobertura a las necesidad de consulta por morbilidad de los usuarios, aunque el porcentaje de usuarios (as) que asisten de 3 a 5 Pm es bajo, y la demanda del fin de semana que es de un 15%. Concertándose la misma hora en horario normal.

Cuadro N° 17

Porcentaje de visita domiciliar realizadas
Enero-abril 2001

Visitas	<i>Resultados</i>	
	Fi	%
Casos programados:	12	100
1. Visitados	9	75
2. No visitados	3	25

Fuente: Libro de Visitas Domiciliares

Los datos indican existe un porcentaje considerable al que no se le da seguimiento a su tratamiento en el hogar, además por el número de visitas programadas es relativamente bajo lo que no contrasta con el modelo de atención.

4. CALIDEZ EN LA ATENCIÓN

Cuadro N° 18

Grado de confianza que da el Personal de Salud al usuario
Enero-abril 2001

Confianza	<i>Resultados</i>	
	Fi	%
Nada	3	1.8
Poco	15	8.8
Bastante	103	60.2
Mucho	49	28.7
No sabe	1	0.6
Totales	71	100

FUENTE: Encuesta de satisfacción de usuarios

Según la opinión de los usuarios la confianza que demuestra el personal del establecimiento se considera en su mayoría bastante bueno, siendo un indicador que aún necesita mejorarse.

Cuadro N° 19

Porcentaje de Pacientes que reciben Orientación al usuario en Establecimiento
Enero-abril 2001

Orientación	<i>Resultados</i>	
	Fi	%
Sí	169	99
No	2	1
Totales	171	100

Fuente: Encuesta de Satisfacción

Como puede verse los datos reflejan que el usuario refiere recibir orientación facilitando de esta manera el proceso a seguir para recibir su atención.

Cuadro N° 20

Con privacidad dar Atención al paciente
Enero-abril 2001

Privacidad	<i>Resultados</i>	
	Fi	%
Sí	166	98
No	4	2
Totales	170	100

FUENTE: Guía de observación Unidad de Salud Moncagua

Este dato nos indica que el 98% de usuarios se les da su atención en condiciones de privacidad lo cual es muy importante para que pueda tener una mejor interacción médico-paciente.

Cuadro N° 21

Trato que se les da a los usuarios en el Establecimiento de Salud
Enero-abril 2001

Trato amable	<i>Resultados</i>	
	Fi	%
Sí	169	99
No	2	1
Total	171	100

FUENTE: Guía de observación directa U. de S. Moncagua

Los usuarios en su gran mayoría refieren que el trato que reciben en el establecimiento de salud es amable. Además pudo observarse que quien más amable es con los pacientes es el personal de enfermería; no así el resto del personal.

Cuadro N° 22

Satisfacción del usuario con relación al trato recibido por el personal de salud.
Enero-abril 2001

Respeto al paciente	<i>Resultados</i>	
	Fi	%
Nada	1	0.6
Poco	10	5.82
Bastante	120	70.2
Mucho	37	21.6
No sabe	3	1.8
Totales	171	100

FUENTE: Encuesta de satisfacción de usuario U. de S. Moncagua

Los usuarios refieren que se les trata con respeto, aunque lo califican como bastante bueno, lo que significa que hay que mejorar en el trato.

Cuadro N° 23

Porcentaje de pacientes que refieren trato equitativo del personal de Salud
Enero-abril 2001

Tipo de personal	<i>Resultados</i>			
	Sí	%	No	%
Médicos	136	80	34	20
Enfermeras	140	88	20	12
Auxiliares de enfermería	138	82	32	18
Secretaria	138	82	32	18
Tec de laboratorio	69	40	101	59
Farmacéutica	138	90	30	10
Ordenanza	140	82	30	18

FUENTE: Guía de observación Unidad de Salud Moncagua

En términos generales se observó el trato que da el personal del establecimiento a los usuarios es aceptable, siendo el mejor el de la enfermera y el mas bajo porcentaje el de laboratorio.

En cuanto a los resultados de la encuesta de satisfacción de usuarios se encontró que:

Las características generales de los usuarios la mayoría son del sexo femenino siendo además las que más consultan, del total de usuarios entrevistados el 69% son del área geográfica de influencia, además hay un 30% que no le corresponde asistir a la unidad de salud sino a otro establecimiento.

Con relación a la satisfacción con los trámites que realizan y a la rapidez de la atención no existe una completa satisfacción solamente el 50% de los usuarios están satisfecho con el proceso que deben seguir para la consulta.

En cuanto a la satisfacción por el tiempo que le dedica el médico durante la consulta es considerado bastante aceptable con un 54%, lo que implica que no hay una plena satisfacción en este aspecto.

En referencia a la satisfacción con el horario de consulta manifiestan bastante satisfacción ya que un 57% lo manifestó así.

Con referencia al tiempo que le dedica la enfermera hay un 57% bastante aceptable pero no completo, En cuanto a las explicaciones proporcionadas por el médico y la enfermera expresan un grado de 60% bastante aceptable, lo que indica un mayor acercamiento del personal a los pacientes.

El 50% de los pacientes entrevistados refieren acudir con frecuencia al establecimiento, lo que puede ser un indicador de que les gusta la atención que se brinda, en cuanto a la atención brindada por farmacia refieren que es bastante buena, en el área odontológica existe poca asistencia a este programa, por lo que se infiere que hace falta labor de tipo preventiva y aumentar las horas de consulta.

En la satisfacción en el respeto a su intimidad es calificado como bastante bueno, lo que coincide con la observación realizada, Además refieren en un grado del 60%, lo que indica que hace falta mas acercamiento por parte de ellos al paciente, así como la empatía y comprensión. A pesar de ello mas del 50% está satisfecho de la atención que les da así como expresan satisfacción que siempre sean atendidos por el mismo médico. Así el 80% expresa la sensación de estar en buenas manos.

No existe satisfacción plena con la sala de espera, ya que refieren que faltan sillas, ventilador y mayor ampliación.

Si expresan que les solucionan sus problemas de salud cuando acuden al establecimiento, el 60% refieren que el personal les da confianza, indicando que hay un buen porcentaje de personal que no da confianza al paciente y ello dificulta la relación eficaz entre ambos.

Además solo el 66% expresa que está satisfecho con la orientación del tratamiento que le dan, esto dificulta el cumplimiento con exactitud del tratamiento medico, ya que si no se les explica se corre el riesgo de que no se lo administren bien.

Al preguntarle si regresaría al establecimiento el 95% refirió que si, indicando que su satisfacción con la atención con la atención puede ser aceptable, En un 96% refieren que si necesitan atención asisten fin de semana y son atendidos, manifiestan que hay poco seguimiento de su estado de salud, por lo que se puede expresar que hay limitada continuidad.

El 94% manifiesta satisfacción con la entrega del tratamiento, ya que siempre se les entrega completo, En la existencia de equipo en la unidad un 71% refieren estar satisfecho con el equipo que hay para su atención, en el tiempo de espera refirieron que es bastante bueno.

En cuanto a la satisfacción del trato un 90% refieren percibir bastante calor humano durante su estancia en el establecimiento de salud.

Las razones que expresan para volver al establecimiento un 95.9%, son: Por cercanía 52%, por la amabilidad del personal 99%, porque se les atiende bien, y porque se les dan las medicinas un 94%.

Lo que más les gusta la accesibilidad geográfica 52%, los medicamentos, la atención rápida, los horarios de atención, y que siempre se les atiende.

Los comentarios más relevantes que hicieron fueron: Algunas enfermeras no tratan bien 12%, que deben ser más eficientes, que se amplíe la sala de espera, amabilidad de la secretaria cuando les busca los cuadros, mayor ventilación, que se den mas charlas diarias, tener una ambulancia y especialistas un 10%

V. DISCUSIÓN

Según los resultados de la investigación se encontró que en la atención en salud que se proporciona en la Unidad de Salud de Moncagua el principio de integralidad está enfocado a realizar acciones de prevención y curación desde el servicio de salud, pero en la integralidad se interrelacionan acciones hacia los factores determinantes de la salud, como son: La promoción de la salud, prevención de la enfermedad, de tratamiento y de rehabilitación, integrándose funcionalmente en un trabajo en y hacia las comunidades con un enfoque intersectorial y de participación comunitaria en todo proceso hasta la toma de decisiones.

Por ello en el modelo de atención del El SIBASI, específicamente en la unidad de Salud en estudio, no hay una verdadera integralidad en la atención en salud, sino una percepción pasiva de los cuidados a la enfermedad, con poco trabajo hacia los riesgos y prevención del daño, esto se da en los grupos prioritarios de atención como son el materno infantil, así como una falta de verdadera participación comunitaria y trabajo intersectorial, para obtener un trabajo integrado, resolutivo que visualice y de respuesta a todas las necesidades de la población y se eleve la calidad de vida y salud de los habitantes.

En cuanto a la continuidad de la atención en salud se encontró que está orientado a la realización de acciones dentro del establecimiento de salud, así como el seguimiento a los pacientes referidos al hospital de referencia, no así

en otros ámbitos como la escuela, el trabajo y el hogar; que según el modelo la continuidad se caracteriza por realizar acciones debidas y en la secuencia apropiada y sin interrupción o ruptura del proceso de atención al usuario, desde el momento de su consulta y durante todo el período de su enfermedad, así como en sus diferentes ámbitos(Escuela, hogar etc.)

En cuanto a la eficacia del modelo de atención en salud se encontró que la aplicación de este principio está determinado por dos factores:

En los factores internos del servicio están los aspectos relacionados con la calidez humana del personal de salud, aspectos físicos del establecimiento y la tecnología con que se cuenta, encontrándose que hay calidez en la atención de parte del personal, dando confianza, trato comprensivo y respeto al paciente; en el aspecto físico está en regular estado, no contando con las condiciones optimas para dar un buen servicio; en la tecnología los equipos fueron calificados por los usuarios como de buenos a regulares.

En los factores externos las condiciones de saneamiento básico de la zona no son adecuadas, hay agua potable, pero no servicio de alcantarillas propiciando el desarrollo de enfermedades que pueden ser prevenibles, si los ambientes fueran favorables.

En la aplicación del principio de eficacia se encontró y tomando en cuenta los factores antes mencionados se da un trato comprensivo a los y las usuarias(os), hay respeto, calidez y confianza en su mayoría, aunque esto no es

proporcionado por todo el personal del establecimiento, uno de los puntos de los que más insatisfacción hay es del laboratorio; así también las referencias al segundo nivel de atención, la mayoría fueron acertadas, aunque existe un porcentaje de no acertividad que es de 33%.

Con el promedio de tiempo que los pacientes se están en cada área el más alto es de farmacia, el tiempo que el paciente espera un promedio de hora y quince minutos, lo que debería ser menor por lo horarios de consulta y ampliación de los mismos.

En este principio es importante el contenido técnico de la atención, en cuanto a esto se encontró un alto porcentaje el personal utiliza el equipo completo al dar atención, evitando poner en riesgo a los usuarios.

Es importante mencionar que como un indicador de la eficacia los pacientes están satisfechos y además retornan al establecimiento, refieren siempre tener sus medicamentos completos.

En la calidez de la atención se encontró que hay respeto a la mayoría de usuarios, se inspiró confianza, amabilidad, aunque no por todos los profesionales, pero considerando que la calidez es intangible los usuarios son los principales medidores ya que son los que perciben como se les trata y recibe, con ello se demuestra que a pesar de que el modelo de atención

garantiza el cumplimiento de este principio persisten algunas o algunos del personal de salud que no lo cumplen, aunque es en una minoría, Quienes mejor calidez dan son las enfermeras, médicos, secretaria y ordenanza.

En un modelo de atención como el SIBASI la relación usuario proveedor debe ser de alta calidad, ya que está centrado en la persona, basándose en una comunicación interactiva que lleve a tener una mejor relación usuario y proveedor del servicio.

VI. CONCLUSIONES

A partir de los resultados con relación a la aplicación de los principios del modelo de atención en la Unidad de Salud de Moncagua se concluye que:

1. En el modelo de atención no hay integralidad, ya que mayormente se atiende el daño y se hace prevención del riesgo desde el establecimiento de salud. Y no hay un enfoque hacia la comunidad, de participación comunitaria y de trabajo intersectorial.
2. En el modelo de atención en salud que se desarrolla la continuidad es limitada, ya que solo se da seguimiento a una cantidad mínima de pacientes y se circunscribe a dar seguimiento a su referencia, así como en los programas preventivos, y no existe un seguimiento a los distintos ámbitos en los que se moviliza el o la usuari@.
3. El principio de la eficacia amerita ser estudiado con profundidad, pero con los datos obtenidos se puede decir que no hay una verdadera eficacia de la atención en salud, aunque si hay en buena medida indicadores de su eficacia como es que los pacientes regresan al establecimiento y están satisfechos de su atención.

4. Existe calidez en la atención en salud, aunque no es total, se encontró mucha relación efectiva usuarios y proveedores.
5. Un buen porcentaje de usuarios que consultan no son del área geográfica de influencia, ello es muestra de la calidez y calidad de la atención en salud que se brinda.
6. En cuanto a la satisfacción del usuario en su mayoría están satisfechos con todo el servicio, a excepción de las condiciones de la sala de espera y del tiempo de espera.

VII. RECOMENDACIONES

1. Que el SIBASI incluya dentro de su perspectiva de integralidad acciones dirigidas a los aspectos sociales psicológicos, ya que las acciones de salud no son puntuales y tangenciales sino que se interrelacionan en las personas y sus problemas de salud.
2. Que se constituya una relación de trabajo intersectorial verdadera en la zona, encaminada a realizar acciones conjuntas y una adecuada gestión y utilización de los recursos disponibles para poder realizar acciones hacia las determinantes de la salud, además que se aborde el proceso de salud con todos sus determinantes con una verdadera participación comunitaria.
3. Establecer un sistema de seguimiento de pacientes, no solo a nivel de referencia y retorno sino a todos los ámbitos del usuario, que haya un mejor seguimiento en el hogar, y dar una verdadera continuidad al cuidado de la salud, con enfoque hacia las determinantes de la salud.
4. Que las actividades orientadas a la continuidad del cuidado no se limiten al personal que labora en el establecimiento sino que participen promotores de salud, líderes de la comunidad, instituciones de salud que trabajan en la zona, todo ello coordinado con las comunidades.

5. Que se realicen evaluaciones periódicas referentes a los factores internos y externos que influyen en la eficacia de la atención, para verificar el desarrollo de las actividades sanitarias de su personal, así como la funcionabilidad del equipo.

6. Que se debe profundizar en el estudio del principio de la eficacia, ya que a partir de los resultados no se puede concluir en su totalidad de cómo está siendo aplicado, ya que amerita un estudio más riguroso.

7. Para dar una mejor calidez en la atención se considera que debe involucrarse a todo el personal en los principios del SIBASI, para que se identifiquen con ellos, y los cumplan en cada área donde se encuentren, y que sean divulgados no solo con médicos y enfermeras sino con todo el equipo de salud, orientando el trabajo hacia la consolidación del equipo de atención primaria en salud.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Bruno Dujardín. Políticas del distrito de salud. Publicación N° 4, 1994

Castro Quezada y López Ofelia. Historia de la APS. Uruguay, 1998

Donabedian Avedis. La calidad de atención médica. México. 1989.

Espinoza Bergara. Evaluación de proyectos sociales. Tercera edición.

Argentina 1993.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Equipo de Zona. Resumen ejecutivo del modelo de atención del Sistema Básico Integral en Salud. San Miguel junio 2000.

OMS. Carta de Ottawa, resolución 17-21. Washington. 1986

OMS. Declaración RIGA. “ Alma Ata año 2000 perspectiva a medio camino”;

Washington 1998

Pineault Raynal y Carole Daeluy “ La planificación Sanitaria ” Conceptos -

Métodos y estrategias, Segunda edición, editorial Masson Barcelona,

España, 1995.

Piura López, Julio, Introducción a la Metodología de la Investigación Científica, 2ª Edición, Publicaciones Científicas de la Escuela de Salud Pública de Nicaragua, Managua 1995.

Ruales José, citado en Módulo de Sistemas de Salud, Maestría en Salud Pública, Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina. 2000.

Zurro Martín y Pérez Cano JE. Atención Primaria en Salud. Barcelona 1989.

Documentos del Sibasi Nueva Guadalupe 1999.

Estudio de Flujo de Pacientes Junio 1996, Septiembre 1996, Marzo 1997. PASS-MSPAS.

ANEXOS

ANEXO N° 1

GUÍA DE REVISIÓN DOCUMENTAL SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL MODULO DE ATENCIÓN

OBJETIVO: Recolectar información de fuentes secundarias de indicadores aplicados en principios del modelo de Atención en Salud.

INDICACIONES: Revisar los registros diarios de consulta medica, del libro de referencias y retorno del Hospital y de la Unidad de Salud , Libro de Visita domiciliar, libro de programación mensual, libro de visita de casos retomados.

CONTENIDO:

1. No. de charlas desarrolladas de xxx - abril: _____
2. No. de charlas programadas xxx - abril: _____
3. No. de Visitas Domiciliares realizadas : _____
4. No. de Visitas Domiciliares programadas : _____
5. No. de Visita Médica Preventiva: _____
6. No. de Consulta Medica Curativa _____
7. Total de Consulta Medica _____
8. No. de Recetas Despachadas _____
9. No. de Recetas No Despachadas _____
- 10.No. de Pacientes Referidos que llegan al 2° nivel
- 11.Total de pacientes referidos _____

EFICACIA:

1. Consultas subsecuentes por el mismo problema : _____
2. Total de Consulta Subsecuente : _____
3. Número de Referencia Acertada : _____
4. Total de Referencias : _____

CONTINUIDAD:

1. Número de Referencias Recibidas
2. Número de Referencias Enviadas
3. Número de Retornos
4. Número de Referidos
5. Número de Consulta Materna Subsecuente
6. Total de Consulta Materna
7. Número de Consulta Infantil subsecuente
8. Total de Consulta Infantil
9. Número de Consulta Odontológica Subsecuente
10. Total de Consulta Odontológica
11. No. de Consulta Médica en Extensión de Horario (lunes a viernes 3 a 5 p.m.)
12. Total de Consulta Médica
13. No. de Consulta Médica de Fin de Semana (sábado y Domingo de 8 a.m. a 4 p.m.)
14. No. de Casos Visitados
15. No. de Casos Programados
16. No. de Consulta Médica en Horario de Lunes a Viernes (7 a.m. a 3 p.m.)

CALIDEZ:

Esta información se obtendrá de fuente primaria (Encuesta de Satisfacción).

ANEXO Nº 2

GUIA DE OBSERVACIÓN SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN

OBJETIVO: Recolectar información de la fuente primaria, observando la atención directa que el personal proporciona al paciente en su consulta en la unidad de salud.

INDICACIONES: Observar el trato que recibe el paciente por el personal de salud, desde que entra al establecimiento de salud hasta que sale.

1. ¿Cuánto tiempo espera el paciente para ser atendido? _____

2. ¿Cuánto tiempo le dedica el médico al paciente en la consulta?
5-10 minutos _____
11-15 minutos _____
16-20 minutos _____
3. ¿Es amable el médico, enfermera en el trato al paciente?
Sí _____ No _____

4. ¿Se observa calidez en la atención?
Sí _____ No _____

5. ¿ Tiene privacidad el paciente a la hora de la consulta?
Sí _____ No _____

6. ¿ Hay trato equitativo para el paciente?
Sí _____ No _____

7. ¿ Cuando el médico y la enfermera realizan un procedimiento lo hacen atentamente y con amabilidad?
Sí _____ No _____
8. ¿El médico, la enfermera aplican medidas de seguridad al atender al paciente?
Sí _____ No _____
9. ¿ Cuento el establecimiento con el equipo necesario para la atención del paciente?
Sí _____ No _____
10. ¿ El médico, la enfermera, proporcionan educación al paciente?
Sí _____ No _____
11. ¿ La secretaria proporciona trato amable?
Sí _____ No _____
12. ¿ La secretaria orienta adecuadamente al usuario?
Sí _____ No _____
13. ¿ El técnico de laboratorio es amable?
Sí _____ No _____
14. ¿ El técnico le explica adecuadamente al paciente para que lleve la muestra?
Sí _____ No _____
15. ¿ El ordenanza es amable con el paciente?
Sí _____ No _____
16. ¿ El ordenanza le orienta adecuadamente?
Sí _____ No _____
17. ¿ La encargada de farmacia es amable con el paciente?
Sí _____ No _____
18. ¿ La encargada de farmacia le proporciona orientación sobre el tratamiento?
Sí _____ No _____

ANEXO Nº 3

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Este cuestionario se ha elaborado para conocer la opinión de los y las usuarias(os), acerca de la atención que ofrece la Unidad de Salud de Moncagua.

INDICACIONES: Marque con una X la respuesta con la cual usted esté mas de acuerdo

DATOS GENERALES DEL USUARIO(A)

EDAD _____

GENERO M _____ F _____

DOMICILIO DENTRO DEL SISTEMA: SÍ _____ NO _____

PREGUNTAS SOBRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN SALUD RECIBIDA EN LA UNIDAD DE SALUD

1. ¿Está satisfecho con los trámites para obtener los servicios?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

2. ¿La atención que se le da en el centro de salud es rápida?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

3. ¿Está satisfecho con el tiempo que le dedica su médico a la hora de consulta?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

4. ¿Está satisfecho de los horarios que le ofrece el centro de salud?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

5. ¿Está satisfecho del tiempo que le dedica la enfermera que le atendió?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

6. ¿Está satisfecho con las explicaciones que le da su médico acerca de su padecimiento?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

7. ¿Está satisfecho de las explicaciones que le dio la enfermera acerca de su tratamiento y controles?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

8. ¿Acude con frecuencia al establecimiento de salud?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

9. ¿Está satisfecho con la atención que le dio el personal del área de admisión y farmacia?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

10. ¿Está satisfecho con la atención que le dio el odontólogo?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

11. ¿Está satisfecho de cómo el personal de salud le respeta?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

12. ¿Está satisfecho de cómo le escucha su médico durante la consulta?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

13. ¿Cuándo el referido acude a su cita?

Sí _____ No _____ No sabe _____

14. ¿Está satisfecho de ser atendido por el mismo médico cuando consulta?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

15. ¿Está satisfecho de la sala de espera?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

16. ¿Tiene la sensación de estar en buenas manos?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

17. ¿En la Unidad de salud le solucionan sus problemas?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

18. ¿Siente usted que el personal le da confianza cuando le atiende?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

19. ¿Está satisfecho de la orientación sobre su tratamiento y cita próxima?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

20. ¿Cuándo acude al establecimiento el afín de semana es atendido?

Sí _____ No _____

21. ¿Cuándo lo envían de regreso a la unidad de salud es atendido y le dan seguimiento o lo visitan en su casa?

Sí _____ No _____ No sabe _____

22. ¿Le proporcionan el medicamento indicado?

Sí _____ No _____ No sabe _____

23. ¿Fue atendido en el hospital por su referencia?

Sí _____ No _____ No sabe _____

24. ¿Cuenta la unidad de salud con el equipo necesario?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

25. ¿Está satisfecho con el tiempo que ha esperado para su consulta?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

26. ¿Percibe usted que hay calor humano cuando le atienden?

Nada _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ No lo sé _____

27. ¿Si usted necesita ser atendido, volvería a la Unidad de Salud?

Sí _____ No _____

¿Porque? _____

28. ¿Qué es lo que mas el gusta de la Unidad de Salud?

29. ¿Qué es lo que menos le gusta?

30. ¿Quiere hacer algún comentario o

sugerencia? _____

ANEXO Nº 4

DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS SIBASI NUEVA GUADALUPE

ESTABLECIMIENTO	MEDICO	ENFERMERA	AUX. ENFERMERA	INSPECTOR SANE	ODONTOLOGO	ORDENANZA	SECRE. COLECTORA	PROMOTOR DE SALUD	LIC. LABORATORIO	TÉCNICO CLÍNICO	PARTERA	TOTAL
Hospital Nueva Guadalupe	11	18	27	2	2	2	15	10	3	5	2	97
Moncagua	4	3	5	1	2	1	1	6	1	0	26	50
Chinameca	3	3	5	1	2	1	1	8	0	0	19	43
Lolotique	2	3	2	1	1	1	2	4	0	0	17	29
Jucuapa	3	2	2	1	2	2	2	8	1	0	17	40
Las Marías	1	0	1	0	0	1	1	2	0	0	7	13
Las Charcas	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	2	8
San Buenaventura	1	1	1	1	0	1	1	2	0	0	3	11
TOTAL	26	31	44	7	9	23	19	28	5	4	93	291

Fuente: Documento de Sibasi Nueva Guadalupe 2000

ANEXO Nº 5

RELEVAMIENTO DE EQUIPO SIBASI NUEVA GUADALUPE

ESTABLECIMIENTO	EQUIPO						
	MEDICO	ODONTOLOGICO.	LABORATORIO	REFIGERACION	ELECTROMECA CA	OFICINA	ESTERILIZACION
Hospital Nueva Guadalupe	R	B	B	B	B	B	R
Moncagua	B	B	B	B			
Chinameca	R	B		B	B	B	B
Lolotique	R			B			
Jucuapa	R	R	R	B			
Las Marias	R			B			
Las Charcas	R			R			
San Buenaventura	R			B			

Fuente: Documento de Sibasi Nueva Guadalupe 2000

SIGLAS

SIBASI= Sistema Básico de Salud Integral.

MISPAS= Ministerio de salud Pública y Asistencia Social.

ISSS= Instituto Salvadoreño del Seguro Social

ANSAL=

STISS= Sindicato de Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social

CONASA= Comisión Nacional de salud.

FUSADES: Fundación salvadoreña para el Desarrollo.

SISA: Sistemas Sanitarios de Salud

G.T.Z.: Cooperación Alemana para el Desarrollo

PASS: Proyecto de Apoyo al sector Salud.

OMS: Organización Mundial de la salud.

A.P.S.: atención Primaria en salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Infancia.

GLOSARIO

Comprensión del personal hacia el usuario: es parte de la calidez en el servicio que se debe brindar al paciente por los profesionales de salud.

Satisfacción:

Referencia Acertada: Es el diagnóstico que proporcionaría el médico de acuerdo a signos y síntomas del paciente, al ser enviado o referido al segundo nivel de atención.

Medidas de bioseguridad: Son las barreras de protección usadas por los empleados durante un procedimiento médico quirúrgico, (guantes, mascarillas), instrumentos estériles, así como materiales médicos, esto para seguridad del paciente.

Referencia y retorno: Es el proceso mediante el cual un paciente es referido al segundo nivel de atención y luego este es retornado al primer nivel o al que refiere.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
SIBASI NUEVA GUADALUPE

**LISTADO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA UNIDAD DE SALUD
DE MONCAGUA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2001**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN
1- Mebendazole	Tableta de 100mg.
2- Metronidazole	Tableta de 250 mg
3- Secnidazole	Tableta de 250 mg.
4- Amoxicilina	Cápsula de 500 mg.
5- Cloranfenicol	Cápsula de 250 mg.
6- Eritromicina (Etil Succinato)	Frasco de 250 mg.
7- Eritromicina	Tableta de 500 mg.
8- Penicilina G – Benzatinica 1.2 Mill. U. I.	Frasco
9- Penicilina Procaínica 4.0 Mill. U. I.	Ampolla
10-Tetraciclina (Clorhidrato)	Cápsula de 500 mg.
11-Trimetropin + Sulfametoxasol	Frasco de 40 mg.
12-Trimetropin + Sulfametoxasol (Forte) +160 mg. De Etambutol	Tableta 400 mg.
13-Rifampicina	Cápsula de 300 mg.
14-Gliceofulbina	Tableta de 500 mg.
15-Nistatina 100,000 U.I. ml. 0.60 + 60 ml.	Frasco
16-Epinefrina (Clorhidrato)	Ampolla 1 mg.
17-Digoxina	Tableta de 0.25 mg.
18-Furocemida	Tableta de 40 mg.
19-Acido Fólico	Tableta de 5 mg.
20-Hierro (Sulfato)	Tableta de 300 mg.
21-Hierro + Acido Fólico	Cápsula de 300 mg. + 0.5 mg.
22-Ibuprofeno	Tableta de 400 mg.
23-Acetaminofèn	Frasco de 120 ml./5 ml.
24-Acetaminofèn	Tableta de 500 mg.
25-Dipirona	Ampolla de 500 ml.
26-Lidocaina	Frasco
27-Metocarbamol	Tableta de 400 mg.
28-Salbutamol (Sulfato)	Frasco de 2 mg./ 5ml.
29-Salbutamol (Sulfato)	Tableta de 4 mg.
30-Dextrometofano (Bromhidrato)	Frasco de 15 mg/ 5ml.
31-Clorfeniramina (Maleato)	Tableta de 4 mg.
32-Clorfeniramina	Ampolla de 10 mg.
33-Deminhidrinato	Tableta de 50 mg.
34-Aluminio + magnesio	Frasco
35-Diazepan	Tableta de 10 mg.
36-Fenitoina Sòdica	Tableta
37-Multivitaminas	Grageas
38-Multivitaminas	Frasco

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
SIBASI NUEVA GUADALUPE

**LISTADO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA UNIDAD
DE SALUD DE MONCAGUA DE ENERO A DICIEMBRE DEL
2001.**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION
39-Sales de Rehidratación Oral	Sobres
40-Tetraciclina (Clorhidrato) Oftálmica	Tubo
41-Clotrimazol tónico	Tubo
42-Clotrimazol vaginal	Tubo
43-Ranitidina	Tableta
44-Ambroxol	Frasco
45-Alfametil Dopa	Tableta
46-Diclofenac	Ampolla
47-Garamicina	Ampolla
48-Depoprovera	Ampolla
49-Condomes	C/U
50-Amitriptilina	Tableta
51-Lofemenal	Tableta
52-Tempra supositorio	C/U
53-Propanolol	Tableta
54-Deminhidrinato	Ampolla