

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“ATRIBUTOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ”**

Estudio exploratorio transversal realizado en los municipios de Rabinal y Cubulco, 2019.

Ivonne de María Herrera Medina

Karen Lucía Herrera Ruiz

Michael Stephen Perez

Olga Maribel Torres Castillo

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre de 2019.

El infrascrito Decano y el Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación –COTRAG-, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los bachilleres:

- | | | |
|-----------------------------------|-----------|---------------|
| 1. IVONNE DE MARÍA HERRERA MEDINA | 200710171 | 2075566600101 |
| 2. KAREN LUCÍA HERRERA RUIZ | 200817162 | 2227270630101 |
| 3. MICHAEL STEPHEN PEREZ | 200980030 | P0314913 |
| 4. OLGA MARIBEL TORRES CASTILLO | 201124044 | 2221282400101 |

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

“ATRIBUTOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ”


Estudio exploratorio transversal realizado en los municipios de Rabinal y Cubulco, 2019

Trabajo asesorado por Dra. Lucía Eleonora Terrón Gómez y revisado por el Dr. Luis Antonio Ríos Méndez quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firman y sellan la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN


En la Ciudad de Guatemala, el veintidós de octubre del dos mil diecinueve

*César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950*


Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador




Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
Decano


Vo. B. Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
DECANO

El infrascrito Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que los estudiantes:

- | | | |
|-----------------------------------|-----------|---------------|
| 1. IVONNE DE MARÍA HERRERA MEDINA | 200710171 | 2075566600101 |
| 2. KAREN LUCÍA HERRERA RUIZ | 200817162 | 2227270630101 |
| 3. MICHAEL STEPHEN PEREZ | 200980030 | P0314913 |
| 4. OLGA MARIBEL TORRES CASTILLO | 201124044 | 2221282400101 |

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

“ATRIBUTOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ”

Estudio exploratorio transversal realizado en los municipios de Rabinal y Cubulco, 2019

El cual ha sido revisado por el Dr. Fredy Antonio de Mata Silva, y al establecer que cumple con los requisitos establecidos por esta Coordinación, se les AUTORIZA continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, a los veintidós días de octubre del año dos mil diecinueve.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

*César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950*


Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador



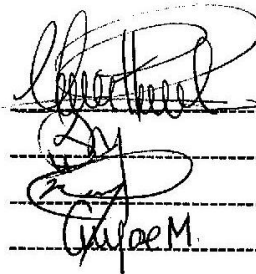
Guatemala, 11 de octubre del 2019

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinador de la COTRAG
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotras:

1. IVONNE DE MARÍA HERRERA MEDINA
2. KAREN LUCÍA HERRERA RUIZ
3. MICHAEL STEPHEN PEREZ
4. OLGA MARIBEL TORRES CASTILLO



Presentamos el trabajo de graduación titulado:

“ATRIBUTOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ”

Estudio exploratorio transversal realizado en los municipios de Rabinal y Cubulco, 2019

Del cual la asesora y el revisor se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES

Asesor: Dr. Luis Antonio Ríos Méndez

Dr. Luis Antonio Ríos
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 3,047

Revisora: Dra. Lucía Eleonora Terrón Gómez

Lucía Terrón Gómez
MÉDICA Y CIRUJANA
COLEGIADA No. 11,193

Registro de personal 20070951


Vo.Bo.
Dr. César Oswaldo García García, Coordinador

ACTO QUE DEDICO

A Dios por darme la fuerza, entereza, perseverancia permitirme los medios para llegar hasta aquí el día de hoy.

A quien fue mi apoyo, mi pilar, mi ejemplo, mi amiga, a quien no dejo de creer en mí en ningún momento, quien siempre supo que lo lograría y que sin duda hoy sería la mujer más feliz del mundo, hasta el cielo gracias mamá.

A quien me ha enseñado que el coraje, perseverancia, valentía, fuerza, confianza y el amor son esenciales para salir adelante; quien ha dado todo, quien no se ha rendido a pesar de los duelos y las adversidades, mi ejemplo de lucha y de vida, gracias papá.

A quien con su coraje, fuerza, entereza, inteligencia y valentía me recuerda lo capaces que podemos ser, quien me ha acompañado en risas, lagrimas, enojos, luchas y aprendizajes, la mejor compañera de vida que el universo me pudo dar, gracias por apoyarme, ayudarme, regañarme, por recordarme quien soy y de lo que soy capaz, gracias Estela.

Ivonne de María Herrera Medina.

ACTO QUE DEDICO

A Dios

Por ser el forjador de mi camino y no abandonarme nunca en los peores momentos. Gracias Dios por haberme permitido llegar hasta acá.

A la universidad

Gracias tricentenario por esta oportunidad incomparable.

A mi madre

Verónica Ruiz, por siempre creer en mí, ser mi estrella en la oscuridad. Sin lugar a duda ha sido en gran parte gracias a ti, no sé en donde me encontraría de no ser por tu ayuda, tu compañía y tu amor. ¡Gracias, mamá! ¡Te amo tanto!

A mis hermanas

Melany y Jennifer, por ser mi motivación en la vida y enseñarme lo que es el amor. Con ustedes aprendí todo lo bueno que hay en la vida. ¡Las amo por siempre!

A mi novio

Diego Arango, por ser mi mejor amigo e iluminar mi vida, por tener paciencia en los días que ni yo podía conmigo y apoyarme en todo momento.

A familia y amigos

Por su granito de arena en cada paso de este largo camino.

A todos muchas gracias, me hicieron ver que sin importar cuanto tiempo tome, todo se puede lograr si de verdad se quiere.

Karen Lucía Herrera Ruiz.

ACTO QUE DEDICO

MI MADRE: Estela Perez por ser la persona que en cualquier momento estuvo disponible, incluso que hizo viajes sin importar fecha, hora, clima o cualquier obstáculo que se interpuso. Por siempre brindarme las fuerzas para seguir adelante y nunca rendirme. Thank you, my sweet mother one and only incomparable. Love you.

A MI PADRE: Eduardo Sylvino Perez por ser el hombre que más ha impactado mi vida, me enseñaste a buscar sentido a todo, a nunca rendirme, aunque todo se miraba imposible. El hombre que me enseñó a ser trabajador, dedicado y que es importante dar todo por la familia. A ser honesto, sencillo, y fuerte en todo lo que el mundo nos lanza. Thank you dad my rock the strongest man I have met in this world. Love you.

A MI HERMANO: Carlos Enrique Perez por ser mi compañero de batalla, por las risas que me brindas. Me has enseñado que hay que dedicar tiempo a vivir; a disfrutar de las cosas pequeñas que la vida nos ofrece. Love you Buddy, this is for our future accomplishments that are yet to come.

A MI HERMANO: Kevin Edward Perez un hombre valiente, con creencias y reglas. Por esto te admiro mucho me has enseñado que cuando creemos en algo hay que pelear por ello y nunca rendirse. Miro un futuro brillante en ti y espero que cumplamos todas nuestras metas. Love you Captain Kev.

"It is not the strongest of the species that survives, nor the most intelligent. It is the one that is the most adaptable to change, that lives within the means available and works co-operatively against common threats."

Charles Darwin

Michael Stephen Perez.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por tu amor e infinita misericordia, porque estuviste conmigo en cada momento y jamás me fallaste, porque nunca te olvidaste de mí y escuchaste cada una de mis oraciones, porque siempre pusiste ángeles en mi camino y nunca permitiste que nada malo ocurriera. Gracias Padre amado, toda la Gloria es para ti.

A MIS PADRES

José Armando Torres Hernández y Olga Marina Castillo García por ser mis guías terrenales, por enseñarme el camino del bien con su ejemplo y dedicación, porque siempre me permitieron volar tan alto como lo desee, por su sacrificio y entrega, porque dieron todo por mí, porque son la luz de mi vida y la razón de este logro. Porque todo lo que soy se lo debo a ustedes dos.

A MIS HERMANOS

Wendy Jeannette Torres Castillo, Jacqueline Johanna Torres Castillo y Wilfer Armando Torres Castillo, por su apoyo, amor y confianza, porque son las personas a quien más amo y en quien puedo confiar.

A MI NOVIO

Giovanni Boror por todo el amor, por ser mi compañero, mi cómplice, mi apoyo y mi mejor amigo.

“No te rindas por favor no cedas, aunque el frio queme, aunque el miedo muerda, aunque el sol se ponga y se calle el viento, aún hay fuego en tu alma, aún hay vida en tus sueños, porque cada día es un comienzo, porque esta es la hora y el mejor momento”

Mario Benedetti.

Olga Maribel Torres Castillo.

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación de manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, de la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegará a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

OBJETIVO: Caracterizar los atributos de la atención primaria en salud desde la apreciación de los usuarios y proveedores en la atención sanitaria en el primer nivel de atención, en los municipios de Rabinal y Cubulco del departamento de Baja Verapaz en el mes de septiembre del año 2019. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio exploratorio transversal que contó con la colaboración de 263 participantes. Se encuestaron a un total de 237 usuarios y a un total de 26 proveedores de salud. Se llevó a cabo por medio de un instrumento de evaluación de la atención primaria en salud adaptado al contexto guatemalteco, el cual evaluó 7 atributos de la Atención Primaria en Salud (primer contacto, integralidad, continuidad, orientación comunitaria, coordinación, enfoque familiar y pertinencia cultural). **RESULTADOS:** Según la apreciación de los usuarios, respecto al servicio de los puestos de salud, la dimensión de primer contacto 76% (180), continuidad 80% (186), coordinación 16% (37), integralidad 72% (168), enfoque familiar 36% (85), orientación comunitaria 64% (151) y pertinencia cultural 73% (173). En cuanto a los proveedores de los servicios de salud, los resultados fueron los siguientes, la dimensión de primer contacto 84% (22), continuidad 65% (17), coordinación 64% (17), integralidad 91% (24), enfoque familiar 64% (17), orientación comunitaria 72% (19) y pertinencia cultural un 52% (13). **CONCLUSIONES:** Estos resultados permiten establecer que tanto usuarios como proveedores no tienen una apreciación satisfactoria en cuanto a todos los atributos de la atención primaria de salud brindados en los puestos de salud de Rabinal y Cubulco.

Palabras Clave: Atención primaria de salud, proveedor, usuario.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO DE REFERENCIA	3
2.1. Marco de antecedentes.....	3
2.2. Marco referencial	4
2.2.1. Modelos de atención	5
2.2.2. Sistema de salud basado en la Atención Primaria en Salud	6
2.2.3. Atributos de Atención Primaria Salud	7
2.2.4. Evaluación de los atributos de la Atención Primaria en Salud	9
2.3. Marco teórico	12
2.4. Marco conceptual.....	14
2.5. Marco geográfico	16
2.6. Marco institucional	17
2.7. Marco legal	17
3. OBJETIVOS	19
3.1. Objetivo general	19
3.2. Objetivos específicos.....	19
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	21
4.1. Tipo y diseño de la investigación.....	21
4.2. Unidad de análisis.....	21
4.3. Población y muestra	21
4.4. Selección de los sujetos a estudio	21
4.5. Definición y operacionalización de las variables	23
4.6. Recolección de datos.....	31
4.7. Plan de procesamiento y análisis de datos	33
4.8. Límites y alcances de la investigación.....	33
4.9. Aspectos éticos de la investigación.....	34

4.10. Recursos.....	34
5. RESULTADOS	37
6. DISCUSIÓN	45
7. CONCLUSIONES	49
8. RECOMENDACIONES	51
9. APORTES.....	53
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
11. ANEXOS.....	59

1. INTRODUCCIÓN

El fortalecimiento del primer nivel de atención de salud es la estrategia a nivel mundial con mejores resultados según estudios de la Dra. Barbara Starfield, demostrando que los países que invierten más en una atención primaria sólida son más costos efectivos y tienen mejores niveles de salud poblacional.¹

En Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha venido realizando esfuerzos para mejorar la calidad de la atención en salud por medio de estrategias y acciones con un enfoque de Atención Primaria en Salud. En 1996 se implementó el programa de la extensión de cobertura (PEC) de servicios básicos, particularmente en el primer nivel de atención y en el área rural con el objetivo de mejorar el acceso, la cobertura y calidad de los servicios hacia la población pobre del país.² A pesar de todos estos esfuerzos hechos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) se ha visto que los indicadores de salud no han gozado de una mejoría. Por ejemplo, tasas de desnutrición crónica solo han logrado una disminución del 2.5% y aún sigue siendo predominante en las comunidades indígenas. La cobertura de vacunación lamentablemente ha disminuido desde el 2013 en un total de 1.7%. En igual forma se ha visto un incremento de la mortalidad por enfermedades infecciosas y no infecciosas.³

Todo esto despertó el deseo de conocer ¿Cuál era la apreciación de los proveedores (a) y usuarios (a) de los atributos de la Atención Primaria en salud en la atención sanitaria en el primer nivel de atención en los municipios de Rabinal y Cubulco del departamento de Baja Verapaz en el año 2019? Esta pregunta se logró resolver mediante la realización de encuestas, las cuales contenían 7 dominios de interés, que correspondían a los atributos de la atención primaria que son esenciales en un sistema de salud idóneo. Previo a la realización de encuestas, se leyó el consentimiento informado y las personas que desearon colaborar firmaron y aceptaron participar. Luego se llevó a cabo la tabulación de la información obtenida, en tablas de Excel y se analizaron los resultados por medio de gráficas de barras.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco de antecedentes

A pesar de que en el año 1998 Starfield y colegas publicaron un estudio evaluando los atributos de la atención primaria desde la perspectiva de los usuarios, con un conjunto de ítems que serían posteriormente la base del Primary Care Assesment Tool (PCAT), fue en el año 2000 cuando apareció la primera publicación sobre el mismo, concretamente su adecuación para población infantil y juvenil y en el 2001 el dirigido a personas usuarias adultas.⁴

Los resultados indicaron que las escalas hipotéticas para la atención primaria tienen una fiabilidad y una validez sustancial, los factores extraídos explicaron el 88,1% de la varianza total en las puntuaciones de los ítems. Se cumplieron las 5 escalas (validez de elemento convergente, validez de elemento discriminante, varianza de elemento igual, correlación de escala de elemento igual y fiabilidad de puntuación), lo que sugiere que estos elementos pueden utilizarse para representar las escalas de atención primaria y la puntuación de estos elementos pueden sumarse sin estandarización ni ponderación.⁴

En el año 2012 se realizó en Brasil una investigación evaluativa, de enfoque cuantitativo, con diseño transversal originaria de la tesis de doctorado Evaluación de los Atributos de la Atención Primaria a la Salud en la Estrategia Salud de la Familia en Municipios del Sur de Minas Gerais. Evaluaron los atributos de la atención primaria a la salud en cuanto al acceso; longitudinalidad; integralidad; coordinación; orientación familiar y orientación comunitaria en la estrategia de salud de la familia.⁵

Se recolectaron datos mediante el Primary Care Assessment Tool en entrevistas con 527 usuarios adultos, 34 profesionales de salud, 330 responsables de niños de hasta dos años, relacionados a 33 equipos de salud de la familia, en once municipios. Los resultados mostraron que los tres grupos evaluaron el acceso de primer contacto (accesibilidad) con bajas puntuaciones. Los profesionales evaluaron con alta puntuación los demás atributos. Los usuarios emitieron evaluaciones de baja puntuación para los atributos: orientación comunitaria; orientación familiar; integralidad (servicios prestados); integralidad — servicios disponibles.⁵

En conclusión, la actuación auto referida por los profesionales de la estrategia de salud de la familia no es percibida o valorada por los usuarios, es decir, que las acciones y servicios pueden desarrollarse de forma inadecuada o insuficiente para ser captados por la experiencia de los usuarios.⁵

Otro estudio realizado en Argentina en el año 2013, Valoración de la Atención Primaria en Salud en el Centro de Salud de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón Argentina (CMF y CSP), de tipo corte transversal, evaluó el grado de implementación de las funciones fundamentales de la APS, desde la perspectiva de los profesionales de la salud. El estudio se realizó de forma electrónica y el instrumento para profesionales de salud fue realizado en todos los profesionales con una antigüedad mayor a dos años.⁶

Los resultados del estudio destacaron las funciones de coordinación en su subdimensión de sistemas de información; integralidad, en su subdimensión de servicios proporcionados y enfoque familiar, obteniendo un buen nivel de cumplimiento. Por el contrario, se observó que las funciones de acceso al primer contacto, coordinación en su subdimensión de integración de la información y competencia cultural tenían puntajes más bajos, poniendo de manifiesto aspectos del sistema de atención del (CMF y CSP) que podían ser sometidos a mejoría.⁶

2.2. Marco referencial

La atención primaria en salud tiene varias definiciones dependiendo de la bibliografía. En Europa y en otros países de primer nivel se refiere a la puerta de entrada del sistema de salud y al lugar donde se brinda la continuidad de la atención para la población. Este enfoque se relaciona directamente con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o medicina de familia.⁷

La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de Salud como la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad, 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 a la salud”.⁸

The Peoples Health Movement concibe la salud como un derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. Señala que el enfoque social y político de la Atención Primaria de Salud ha dejado atrás los aspectos específicos de las enfermedades y que las políticas de desarrollo deberían ser más “globales, dinámicas, transparentes y deberían estar apoyadas por compromisos legislativos y económicos” de modo de conseguir mejoras equitativas en materia de salud.⁹

Según la OMS, el sistema de salud de un país debe girar en torno a la atención primaria y esta debe formar parte integral del desarrollo socioeconómico global de la comunidad. Este nivel debe representar el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad al sistema de salud, por lo tanto, de los principales objetivos de la APS es llevar la atención lo más cercano a la residencia y el trabajo de las personas. La APS es la estrategia idónea para actuar en la generación y protección de la salud individual y colectiva, ya que aborda la situación de los individuos y familia como un todo tomando en cuenta las circunstancias en las que se desenvuelven.¹⁰

Las relaciones entre la salud y el desarrollo son indiscutibles y se reconoce que la salud es el resultante del proceso social, económico y político, sin embargo, principalmente en los países subdesarrollados, no se cuenta con la voluntad política necesaria para poder llevar a cabo este proceso y el problema se puede convertir en un círculo vicioso.¹⁰

2.2.1. Modelos de atención

Según la Organización Mundial de la Salud, se conoce como sistema de salud a la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos que tienen como finalidad mejorar la salud de una determinada población. Para poder confirmar un sistema de salud eficiente se necesitan de ciertos factores fundamentales como lo son el personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Así mismo debe proporcionar servicios y buenos tratamientos que respondan a las necesidades de una población determinada y sean justos desde el punto de vista financiero.⁷

El principal objetivo de un sistema de salud debe ser mejorar la vida cotidiana de las personas de forma tangible, de igual forma el sistema de salud también tiene la responsabilidad de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente la salud de aquellos que están en peores condiciones.⁷

Después de 40 años de Alma-Ata, existe evidencia creciente de que los programas de APS que son debidamente implementados, con apoyo económico adecuado, y adaptados a las características epidemiológicas específicas y a las condiciones socioeconómicas de la población, pueden contribuir significativamente a la mejora de la salud de los niños en todo el mundo.⁷

2.2.2. Sistema de salud basado en la Atención Primaria en Salud

La APS presenta un enfoque amplio para la organización y operación para los sistemas de salud, lo que permite que se brinde un nivel de salud más alto posible, maximizando la equidad y la solidaridad. Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios propios de la APS, tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción.⁷

Este sistema requiere de un marco legal, institucional y organizacional, así como de recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles para alcanzar la calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación individual y colectiva en salud. Promoviendo acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad en salud.⁷

Luego de múltiples investigaciones realizadas se ha determinado que el sistema de salud basado en APS está en la capacidad de resolver hasta el 80% de los problemas con la participación de la comunidad y todos los sectores económicos y sociales a un costo sostenible. Contar con un sistema de APS renovado se considera una condición esencial para poder alcanzar los compromisos de la Declaración del Milenio, pues aborda las causas fundamentales de los problemas de salud y considera la salud como un derecho humano.⁷

Para poder alcanzar un sistema de salud de este tipo y que funcione de la mejor manera, es necesario superar ciertas barreras como la segmentación de los sectores públicos y privado, la falta de sostenibilidad financiera, la reducción de las desigualdades en salud, la visión fragmentada de los conceptos de salud y desarrollo, entre muchas otras barreras que se encuentran principalmente en países subdesarrollados.⁷

Se ha determinado que para que un sistema de salud basado en APS, se pueda implementar de manera correcta en la región de América Central se deben superar ciertas barreras como lo son: maximizar los recursos destinados a la extensión de la cobertura de los servicios básicos, eliminar las brechas de equidad para acceder a los servicios, incentivar la formación de los recursos, fortalecer los sistemas de información en salud, dotar a los sistemas de salud con recursos humanos suficientes y capacitados, mejorar la gobernanza, fortalecer la participación ciudadana, la rendición de cuentas y transparencia. Haciendo referencia específicamente a Guatemala, es de suma importancia poder ampliar y fortalecer la infraestructura, el equipamiento básico y la dotación de inversiones para la red de salud, así como incorporar un enfoque étnico en el sistema.⁷

2.2.3. Atributos de Atención Primaria Salud

2.2.3.1. Primer contacto (acceso)

La accesibilidad implica la ausencia de barreras en la atención de salud ya sea de tipo sociocultural, económico, geográfico, de organización o de género. De esta forma, un sistema de salud basado en la APS debe racionalizar la ubicación, el funcionamiento y el financiamiento de todos los servicios en cada uno de sus niveles de atención; requiere también que los servicios sean aceptables para toda la población y ello implica tener en cuenta las necesidades en materia de salud, las preferencias, la cultura y los valores a nivel local.^{1, 5, 11}

En cuanto al primer contacto, se refiere a que la atención primaria debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta a todos los sistemas de salud y el lugar donde se resuelven la mayoría de ellos, mediante esta función la atención primaria refuerza los sistemas de salud basados en la APS, representando, en la mayoría de los casos, el principal punto de contacto entre la población y los sistemas de servicios de salud.^{1, 5, 11}

La equidad en salud apunta a que cada persona tenga la misma oportunidad de obtener su máximo potencial en salud y que nadie esté en desventaja para alcanzarlo, sin embargo, para que esto se pueda lograr es necesario asegurar el acceso de la población a todos los servicios de salud y sociales de acuerdo a sus necesidades e independientemente de su estabilidad económica para poder costearlo.^{1, 5, 11}

Se ha planteado que el acceso es el resultado de variables que van más allá de la disponibilidad de recursos y se basa en aspectos socio-organizacionales y geográficos. Por otro lado, se dice que el acceso a la atención de salud está determinado por las políticas de salud, las

características del sistema sanitario y de la población de riesgo, así como la utilización del servicio y la satisfacción del servicio. ^{1, 5, 11}

2.2.3.2. Continuidad

Involucra la presencia de algunos mecanismos para asegurar la sucesión ininterrumpida de eventos de atención de salud dentro del sistema de salud. Está orientado a un problema. Mediante la continuidad de la atención se ofrece el seguimiento de un problema de salud del individuo. No requiere relación estrecha médico-paciente. Su presencia en el tiempo se genera si existe un problema y esta puede ser de dos o más visitas. ^{1, 5, 11}

La continuidad asistencial es el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo. Se sabe que la continuidad asistencial se asocia a una mayor satisfacción de los usuarios, mejor calidad de vida percibida, mayor utilización de los servicios preventivos, mayor tasa de adherencia a los tratamientos y disminución del índice de hospitalizaciones. ^{1, 5, 11}

2.2.3.3. Integralidad

Es una función del sistema de salud, e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Se dice que la atención es integral cuando es complementaria de la integralidad porque existe la coordinación entre todas las partes del sistema para satisfacer las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo sin interrupción. Esta atención implica un enfoque que abarca todo el ciclo de vida del paciente con sistemas de referencia y contra referencia a través de todos los niveles del sistema de salud. ^{1, 5, 11}

2.2.3.4. Coordinación

Es la actividad por medio de la cual la APS facilita el acceso y la integración a la atención de mayor complejidad cuando esta no está disponible a nivel local de APS. Se refiere a la medida en que la atención requerida por una persona es concertada por el personal responsable a través de la organización y el tiempo y a la relación y el ordenamiento racional entre los servicios, incluyendo los recursos de la comunidad. ^{1, 5, 11}

2.2.3.5. Orientación familiar y comunitaria

Supone que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica, por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad

de las intervenciones, se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema.^{1, 5, 11}

Las personas viven y se desarrollan en colectividad, es en este contexto en el que adquieren y comparten valores y objetivos. La estructuración social en núcleos familiares o de convivencia habitual, y la de estos en comunidades más o menos amplias, son elementos que no pueden quedar al margen de la estrategia e implementación de la salud. La asistencia personal debe estar necesariamente integrada con el enfoque familiar y comunitario, esta perspectiva global ha de fundamentarse en la participación y corresponsabilización de todos los actores implicados en el abordaje de los determinantes de salud a través de las acciones y programas de promoción, prevención, asistencia y cuidados que constituyen la actuación familiar y comunitaria.
1, 5, 11

2.2.3.6. Pertinencia cultural

Representa la medida en la cual se satisface las necesidades comunes de toda la población y de un grupo específico de la misma; así como el grado de adecuación de los servicios y la satisfacción de estas necesidades, basado en la evidencia objetiva. Esta es una medida por medio de la cual se establecen prioridades, asumiendo que los problemas más importantes deben abordarse primero. En general, todos los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de diferentes creencias están sujetos a importantes fricciones. En este contexto el sistema médico occidental, se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población, independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrollen la enfermedad.^{1, 5, 11, 12}

2.2.4. Evaluación de los atributos de la Atención Primaria en Salud

2.2.4.1. Primer contacto

Para evaluar el primer contacto se precisa de información relacionada con el acceso al centro asistencial de que se trate, en este sentido importa los horarios de atención, el tipo de transporte para llegar a él, el cobro o no de los servicios, la atención fuera de los horarios de consulta, el tiempo de espera para la consulta, la facilidad para obtener una consulta, la ausencia de barreras idiomáticas y culturales, entre otros. También resulta de mucha importancia obtener información de las experiencias de las personas en relación con el acceso a la atención, en este sentido las encuestas a los pacientes o a las poblaciones sobre sus puntos de vista acerca de las características de esta en cuanto al tiempo, al espacio, la organización y los aspectos culturales

resultan pertinentes. Así como la recopilación de información relacionada con la utilización del centro como lugar de primer contacto.^{5, 13, 14, 15}

2.2.4.2. Continuidad

Esta relación mutua entre médicos (unidad de atención) y pacientes puede valorarse confirmando la presencia de los pacientes a la consulta y que corresponden a una población asignada o afiliada y que estos conocen el lugar a donde acudir en caso de necesidad o problema de salud, es decir, su fuente asistencial habitual y las experiencias que se tengan con ella a lo largo del tiempo. El medio idóneo son las entrevistas a los pacientes acerca de la regularidad en la utilización de los servicios de salud y las opiniones sobre los aspectos personales de la relación que han tenido con los médicos o el personal de salud. Otro tipo importante de información es la duración de la relación entre el paciente y el médico o el personal de salud, la cual se puede obtener por medio de entrevistas a los pacientes y el examen de las historias clínicas.^{5, 14, 15}

2.2.4.3. Integralidad

En este sentido es necesaria la información respecto a la variedad de servicios que el sistema pretende ofrecer por medio de la idoneidad del personal, la infraestructura, el equipo y los servicios de apoyo. Algunos aspectos importantes serían: la capacidad de proporcionar una atención de salud a corto plazo, a largo plazo y para enfermedades recurrentes, la educación sanitaria, la cirugía menor y la derivación a servicios de otro nivel o servicios auxiliares. Por lo tanto, el centro o puesto de atención primaria debe estar suficientemente equipado para poder identificar y tratar, todos los problemas de salud más frecuentes de la población a la que atiende.

Otro tipo de información es el relacionado con las actividades que se desarrollan en función de la satisfacción de las necesidades de la población: actividades de prevención primaria y secundaria, curación y rehabilitación; manejo de los problemas de salud, visitas a domicilio, identificación de problemas psicosociales, etc.; para lo cual resultan pertinentes las entrevistas a médicos y a pacientes, así como la revisión de las historias clínicas. También la frecuencia de derivación a otros niveles puede ser un indicador de cuán integrales sean los servicios en general o para determinadas necesidades asistenciales.^{5, 14, 15}

2.2.4.4. Coordinación

Exige la existencia de algún tipo de continuidad (sea por medio del personal de salud, la historia clínica o ambos), así como la identificación de problemas. La identificación de problemas

se facilita si es el mismo personal quien atiende a los pacientes durante su seguimiento o si se dispone de una buena historia clínica que ayude a destacarlo.^{5, 14,15}

Por lo tanto, al evaluar la coordinación se requiere tanto la identificación de problemas como la continuidad. La recopilación de la información realiza a través la revisión de las historias clínicas con la información de las visitas precedentes, así como la información del sistema de referencia y respuesta que permita la recuperación y el registro de los resultados de las mismas.^{5, 14,15, 16}

En teoría, en cada característica, el elemento estructural debe estar estrechamente relacionado con el elemento de proceso. Es decir, un mejor acceso debería llevar a una mejor utilización en cada nuevo problema de salud; la mejor identificación de la fuente de cuidados debería asociarse con el paso del tiempo a una utilización estable de dicho recurso y a mejor relación médico-paciente; una mayor variedad de servicios a un mejor reconocimiento de la necesidad de los mismos, y una mejor continuidad asistencial a una mejor coordinación de la atención de salud. En la práctica hay poca investigación al respecto como para validar específicamente esta teoría.^{5, 14,15}

2.2.4.5. Orientación familiar

Requiere de una integralidad de los servicios que tenga en cuenta tanto el contexto familiar como su exposición a determinados riesgos a la salud. Para abordar los problemas de salud de los pacientes, es importante el conocimiento del grado de comunicación y de apoyo intrafamiliar, la estimación de los recursos familiares y los problemas de salud de los familiares. Para esto se realizan entrevistas a familiares de los pacientes y se compara la información obtenida con las entrevistas realizadas a los médicos y los datos de las historias clínicas de los pacientes.^{5, 14,15}

2.2.4.6. Pertinencia cultural

El conocer si el personal de salud presenta las mismas características culturales que los usuarios de los servicios de salud, si hablan el idioma local, pertenecen a la diversidad cultural de la población, comparten creencias y tradiciones, mediante los cuales se establece un vínculo y empatía lo cual favorece la atención recibida, son aspectos que pueden investigarse por medio de entrevistas al personal de salud y a los pacientes.^{5, 12, 14,15}

2.2.4.7. Orientación comunitaria

Para evaluar la atención en salud orientada a la comunidad se requiere de tres tipos de información: conocer las necesidades de salud de la población, el grado de participación de los médicos en los asuntos de la comunidad y en qué medida el médico hace participar a la comunidad en los asuntos de la consulta. Además, es necesario conocer y analizar los datos estadísticos sobre morbilidad y mortalidad, las causas más frecuentes de consultas, los sistemas sociales y de apoyo existentes, incluyendo los recursos recreativos, religiosos, políticos o filantrópicos; espacios o instancias de participación social, etc. ^{5, 12, 14,15}

2.3. Marco teórico

Existe una política de salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la Asamblea de la OMS, en 1977, denominada 'Salud para todos en el año 2000'. En 1978, en la reunión de Alma Ata, quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como atención primaria de salud (APS), la que no se debe confundir con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud. Posteriormente se definieron, para la región de las Américas, las metas mínimas en salud que debían ser alcanzadas a través de la atención primaria. ⁸

La declaración de Alma Ata señala que "la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta 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 durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". ⁸

La atención primaria forma parte integral tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria". ⁸

Muchos países en todas las regiones realizaron importantes inversiones y transformaciones intentando fortalecer la APS y la organización de los servicios sanitarios en función de ella. Así se trató de conducir procesos de atención más eficientes, mejorar la calidad de la atención médica y alcanzar la equidad en la provisión de servicios. Consecuentemente, surgió el interés por constatar si los cambios planeados se realizaban y si éstos producían los resultados que se esperaban. De esta manera, se podrían detectar avances y logros, así como identificar áreas en las que aún deberían hacerse mejoras. Esta perspectiva evaluativa puede permitir priorizar las decisiones en aquellas funciones de la APS que más lo necesiten.⁸

La evaluación de servicios de salud se dirige a proporcionar información con solidez científica a quienes deben tomar decisiones fundadas en conocimientos válidos en política y planificación sanitaria. La valoración del desempeño de los servicios sanitarios incluye el conocimiento de las necesidades en salud de la población, el acceso a los servicios, variaciones en la práctica médica o desigualdades en la utilización de recursos y el análisis de la efectividad, la eficiencia, la seguridad, la idoneidad y la aceptabilidad de las intervenciones sanitarias. La información debe permitir la reflexión y el análisis acerca de la estructura, los procesos y los resultados de los servicios, siendo necesariamente aplicable en la gestión y planificación de servicios de salud a diferentes niveles.¹⁷

La evaluación de servicios es un ejercicio que promueve la reflexión y el análisis orientado a conducir mejoras en la atención de la salud de la población. Es útil y relevante realizar evaluaciones a nivel local, centro o comunidad, a nivel de administraciones de servicios, municipios o estados, así como a nivel internacional, para observar los resultados y las mejoras que existen a nivel nacional como en otros países tras implementar políticas o programas que afectan la provisión de servicios o la salud de la población.^{7, 17}

Desde que Alma Ata planteó las características y los objetivos de la estrategia de atención primaria de la salud (APS) hace ya más de cuatro décadas, se alcanzó cierto consenso acerca de las funciones de la APS particularmente en el primer nivel de atención. Sin embargo, una revisión de estudios en países de baja renta per cápita mostró que la mayoría de las evaluaciones se enfocaron a programas específicos como los materno-infantiles y a indicadores acotados de estructura y procesos, pero han carecido de una clara conceptualización acerca de las funciones de la APS y de una congruente medición de las mismas para valorar su grado de alcance.^{8,7}

Los modelos teóricos sobre los que habitualmente se evalúa la APS enfatizan en aspectos estructurales, organizativos y escasamente en el grado en que se cumplen funciones esenciales de la APS. Una contribución importante a la evaluación de la APS fue la definición clara y precisa lograda por Barbara Starfield en el año 2001, en la Universidad John Hopkins de los Estados Unidos de América, este fue uno de los modelos conceptuales más ampliamente difundidos. El PCAT (Primary Care Assessment Tools) es un conjunto de cuestionarios diseñados para valorar las funciones de la APS que incluye cuatro atributos que se pueden examinar en subdimensiones estructurales y de proceso de los sistemas o servicios en salud; y tres funciones secundarias, cuyo logro se puede suponer ligado a las funciones esenciales.^{4, 18, 19}

En el 2011 la Universidad de Chile realizó una validación del PCAT con el objetivo de realizar una adaptación cultural para la realidad de la sociedad latinoamericana obteniendo una guía de recomendación y uso del instrumento PCAT en sus versiones “Usuarios Adultos” y “Prestadores” para la atención primaria de salud de Chile.¹⁹

2.4. Marco conceptual

2.4.1. Acceso

La accesibilidad implica la ausencia de barreras en la atención de salud ya sea de tipo sociocultural, económico, geográfico, de organización o de género.⁶

2.4.2. Atención Primaria en Salud (APS)

Es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.¹³

2.4.3. Coordinación

Es la actividad por medio de la cual la APS facilita el acceso y la integración a la atención de mayor complejidad cuando esta no está disponible a nivel local de APS. Se refiere a la medida en que la atención requerida por una persona es concertada por el personal responsable a través de la organización y el tiempo y a la relación y el ordenamiento racional entre los servicios, incluyendo los recursos de la comunidad.⁶

2.4.4. Integralidad

Es una función del sistema de salud, e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Se dice que la atención es integral cuando es complementaria de la integralidad porque existe la coordinación entre todas las partes del sistema para satisfacer las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo sin interrupción.⁶

2.4.5. PCAT (*Primary Care Assessment Tools*)

Son una familia de cuestionarios desarrollados en la Universidad John Hopkins de los Estados Unidos de América, por la Doctora Barbara Starfield y su equipo. Se refiere a las funciones de los sistemas sanitarios para fortalecer la estrategia de atención primaria y a las funciones específicas del primer nivel de atención.³

2.4.6. Pertinencia cultural

Representa la medida en la cual se satisface las necesidades comunes de toda la población y de un grupo específico de la misma; así como el grado de adecuación de los servicios a la satisfacción de estas necesidades. Todos los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de diferentes creencias están sujetos a importantes fricciones.⁶

2.4.7. Orientación familiar y comunitaria

No descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica, por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones, se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema.⁶

2.4.8. Atributo

Cualidad o caracteriza o propia de una persona o una cosa especialmente algo que es parte esencial de su naturaleza.⁶

2.4.9. Apreciación

Determinación aproximada del valor de algo.³

2.5. Marco geográfico

El Departamento de Baja Verapaz se encuentra ubicado en la región norte de Guatemala con una extensión territorial de 3124 km² y una población total de 398,842 habitantes, según la proyección anual del año 2017 del INE (Instituto Nacional de Estadística). Cuenta con 8 municipios siendo estos Cubulco, Rabinal, San Jerónimo, Granados, San Miguel Chicaj, Santa Cruz el Chol, Purulhá y Salamá, este último, la cabecera departamental.²⁰

La mayoría de población económicamente activa se encuentra sector económico informal. El 81% de la población labora en la ocupación de agricultura, seguido de la ocupación de albañilería con un 5% siendo en su mayoría de sexo masculino.²⁰

El idioma Achí, constituye el vínculo cultural de los centros poblados, a través de él, se aprende un legado de conocimientos, valores y costumbres propios del grupo social; también permite una comunicación real con el grupo, así como la identidad de los pueblos.²⁰

Las vías de comunicación comunitarias a la cabecera municipal en su mayoría son de terracería transitables en tiempo seco, ya que durante la época de invierno o estación lluviosa se deterioran y presentan dificultades de acceso.²⁰

2.5.1. Rabinal

El Municipio Rabinal, es reconocido como la “Cuna del Folklore Nacional” por su valioso aporte cultural e histórico al país. Tiene una extensión territorial de 504 km² y una población total de 39386 habitantes. Al norte colinda con el municipio Chicamán del departamento Quiché y San Miguel Chicaj, al este con San Miguel Chicaj, al sur con los municipios Granados, Santa Cruz El Chol y Salamá y al oeste con el municipio Cubulco.²⁰

2.5.2. Cubulco

Cubulco presenta una extensión territorial de 444 km² y una población total de 73,445 habitantes. Al norte colinda con el municipio Chicamán del departamento Quiché al noroeste con Uspantan, Quiche, al sureste con los municipios Granados y al este con Rabinal y al oeste con Canilla y Joyabaj, municipios de Quiche.²⁰

2.6. Marco institucional

Diferentes Ministerios del Gobierno tienen presencia en los municipios de Rabinal y Cubulco, de interés en esta investigación el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) encargado de la atención primaria de la comunidad. Rabinal cuenta con 1 centro de atención permanente (CAP) y 17 puestos de salud. En el municipio de Cubulco al igual que Rabinal cuenta con 1 CAP y 45 puestos de salud.²² La calidad de servicio que se brinda a la población rural es irregular debido a la carencia de medicamentos, laboratorios y personal insuficiente.²⁰

De estos puestos, tomando en cuenta para el presente trabajo de investigación, los puestos de salud con una antigüedad mayor de 5 años, más cercanos a la cabecera municipal y a los proveedores de salud encargados de dar consulta que tuvieran al menos 1 año de laborar en el puesto de salud.

De los 17 puestos de salud Rabinal, los incluidos en la investigación fueron Nimacabaj, Chirrum, Chocoj, Pichec, Guachipilin, Chuaperol, Chiac, La Ceiba, Pacux, San Rafael y Pachalum. En Cubulco de los 45 puestos se incluyeron 9 siendo estos Pachajop, Rodeo Las Vegas, Cimientos, La Estancia, Choven, Cachel, Sutun, Chicuxtin y El Naranjo.

Se contó con la ayuda y participación del director del área de salud, los directores de los distritos de salud y el personal de los puestos de salud mencionados.

2.7. Marco legal

En la investigación se tomó en cuenta aspectos legales, que respaldan el derecho a la salud que posee la población guatemalteca, así como la promoción del desarrollo integral de los mismos. En Guatemala se cuentan con pocas leyes que garanticen su cumplimiento a totalidad en la medida adecuada a la población, así mismo existe déficit en la implementación de promoción de programas de salud y un inadecuado uso de los niveles de atención en salud.

En la Constitución de la República de Guatemala, se menciona en los artículos 93, 94, 95 y 98, que la atención en salud debe ser universal e igualitaria. El Estado tiene como obligación velar por la salud y la asistencia social de los habitantes. Desarrollando a través de instituciones públicas y privadas acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación y

coordinación a manera de procurar el más completo bienestar físico, mental y social; tomándose en cuenta la participación activa de las comunidades en los programas de salud, así como el acceso a dichos programas.²³

De la misma manera en el Código de Salud se hace referencia en los artículos 1, 2, 6, que el derecho a salud debe ser sin discriminación alguna. Siendo la salud un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, se hace necesario conocer cuáles son las fortalezas y debilidades que están presentes en el primer nivel de atención, siendo este la base para una adecuada coordinación entre los niveles de atención superiores.²⁴

La población guatemalteca tiene derecho al respeto de su persona, dignidad humana e intimidad, al secreto profesional y a ser informados en términos comprensibles sobre los riesgos relacionados a su salud y servicios a los cuales tienen derecho a optar, de esta manera se establece integralidad, coordinación y continuidad en la atención en salud presente en todos los sistemas de salud. En tanto el Acuerdo ministerial, en los artículos 2, 3, 5 y 8 indica que se tiene por objeto organizar la red de servicios de salud proporcionando un enfoque de género e interculturalidad. Aplicando estrategias de manera progresiva, facilitando la accesibilidad de los servicios de salud según las áreas de influencia. Gestionando estrategias que se orienten a los planes, acuerdos de coordinación, directrices e instituciones de los diferentes niveles de atención y se garantice la disponibilidad de recursos para que el nivel operativo haga realidad la misión y visión institucional. De esta manera cerrar brechas e implementar la estrategia para el fortalecimiento de la gestión y atención en salud.²⁴

En la realización de esta investigación se solicitó autorización a las entidades correspondientes de los centros de estudio: jefe del área de salud del departamento de Baja Verapaz y a los directores de distrito de los municipios de Rabinal y Cubulco, del departamento de Baja Verapaz. Incluyendo los principios de beneficencia: Que es prevenir el daño, hacer o fomentar el bien, respetándose a los sujetos de la investigación, y No Maleficencia: Que es no causar ningún tipo de daño o el menor posible si este fuera inevitable.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Caracterizar los atributos de la atención primaria en salud desde la apreciación de los usuarios y proveedores en la atención sanitaria en el primer nivel de atención, en los municipios de Rabinal y Cubulco del departamento de Baja Verapaz en el mes de septiembre del año 2019.

3.2. Objetivos específicos

- 3.2.1. Identificar que atributos de la atención primaria en salud se cumplen según la apreciación de los usuarios del primer nivel de atención.
- 3.2.2. Reconocer que atributos de la atención primaria en salud se cumplen según la apreciación de los proveedores del primer nivel de atención.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1. Tipo y diseño de la investigación

Estudio exploratorio transversal.

4.2. Unidad de análisis

Datos registrados en el instrumento diseñado para la recolección de datos.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población diana

Usuarios y proveedores encargados de atender puestos de salud de Rabinal y Cubulco.

4.3.2. Población a estudio

Usuarios mayores o iguales a 18 años que acudieron a los puestos de salud en los horarios 8:00 a 16:00 de lunes a viernes. Se tomó en cuenta +/- 10 puestos de salud con una antigüedad mayor de 5 años, más cercanos a la cabecera municipal y a los proveedores de salud encargados de dar consulta que tuvieran al menos 1 año de laborar en el puesto de salud.

4.3.3. Muestra

Se realizó un muestreo por conveniencia a usuarios que acudieron al puesto de salud en horario de 8:00 -16:00 horas, de lunes a viernes durante el mes de septiembre del año 2019 en los puestos de Salud de Rabinal y Cubulco.

4.4. Selección de los sujetos a estudio

4.4.1. Criterios de inclusión

4.4.1.1. Usuarios

- Personas mayores o iguales a 18 años que aceptaron participar voluntariamente que acudieron a los puestos de salud.
- Usuario habitual de un puesto de salud (habiendo asistido al puesto de salud al menos 2 veces en el año).
- Puestos de salud que tuvieran más de 5 años de antigüedad.
- Puestos de salud cercanos a la cabecera municipal.

4.4.1.2. Proveedores

- Personal de salud encargado de dar atención sanitaria en los puestos de salud que tuviera más de 1 año de laborar.
- Personal de salud que residiera en las comunidades de Rabinal y Cubulco.

4.4.2. Criterios de exclusión

4.4.2.1. Usuarios

- Usuarios que no desearon participar en el estudio.
- Usuarías que trabajaran en el puesto de salud.

4.4.2.2. Proveedores

- Proveedores que no desearon participar en el estudio.

4.5. Definición y operacionalización de las variables

4.5.1. Variables de usuarios

Variable	Definición conceptual Usuarios	Definición operacional Usuarios	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación / unidad de medida
Primer contacto (acceso)	Es la puerta de entrada al sistema de salud para la consulta de todos los nuevos problemas de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de ellos. ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando necesita una consulta, ¿Va primero a su Puesto de Salud antes de ir a otro lugar? • Una vez en el puesto de salud ¿Usted tiene que esperar más de 30 minutos para que el personal de salud le atienda? • En el puesto de salud ¿Puede obtener una consulta con facilidad en el horario establecido? • En caso de cualquier enfermedad. ¿Lo atienden en el puesto de salud? 	Categorica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Nunca • Casi nunca
Integralidad	Servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo para el autocuidado. ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Atienden cuando no son enfermos • Vacunación a niños y niñas • Atención a las enfermedades actuales • Vacunación a mujeres en edad fértil • Servicios de control pre y post natal • Control de peso y talla en niños mejores de 5 años • Servicios de planificación familiar • Prueba de Papanicolaou en mujeres en edad fértil • Servicios para el detección, control y tratamiento de la tuberculosis • Consejería sobre la alimentación • Atención a las enfermedades crónicas 			

		<ul style="list-style-type: none"> • Atención y consejería sobre violencia de género, intrafamiliar y maltrato infantil • Orientación sobre el uso y manejo de plantas medicinales • Curaciones y suturas de heridas menores • Atención a emergencias • Atención y consejería al adulto y adulto mayor • Detección y control de Dengue, Malaria, Chagas, Zika y Chikungunya • Vacunación canina • Ha llegado al puesto de salud sin estar enfermo, para hacerse un chequeo general • ¿Cuándo usted está enfermo y necesita medicamentos, se la han dado en el puesto de salud? 			
Continuidad	Es el seguimiento en el tiempo a los problemas de salud del individuo. Su presencia en el tiempo depende del tipo de problema. ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando usted va al Puesto de Salud, ¿Lo atiende el mismo personal de salud, cada vez que consulta? • Durante la consulta ¿Cree que el personal de salud entiende lo que usted dice o pregunta? • Durante la consulta ¿Entiende usted lo que le dicen? • ¿El personal de salud le da suficiente tiempo para hablar de sus preocupaciones o problemas? • ¿El personal de salud conoce cuáles son sus problemas más importantes de salud? • ¿Cuál es el nombre la o las personas que atienden en el puesto de salud? 			

Orientación comunitaria	Permite una atención orientada a la resolución de los problemas de salud de la comunidad a la cual pertenecen los usuarios que atiende. ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe usted si el personal de salud ¿Hace visitas en las casas? • ¿Cree usted que el personal de salud conoce los problemas de salud en la comunidad? • En su Puesto de Salud ¿Le piden opiniones sobre la calidad de los servicios, para mejorar la atención de salud? 			
Pertinencia cultural	Es la función que permite que la atención respete las creencias, estilos interpersonales, actitudes y comportamientos de las personas, considerando que influyen en su salud, incluyendo también aquellas habilidades que ayuden a traducir estas creencias. ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Le hablan en su idioma materno? • ¿Recomendaría su puesto de salud a un amigo o familiar? • ¿Recomendaría el puesto de salud a personas que utilizan medicina natural o tradicional o terapeutas mayas? • ¿Recomendaría usted a una persona que no habla bien el español a que visite el puesto de salud? • Sabe usted ¿A qué diversidad cultural pertenece el personal de salud de la comunidad? Si, ¿A cuál? • ¿Usted a que diversidad cultural pertenece? 			
Coordinación	Cuando se requiere y se facilita el acceso a la atención integral a un nivel de mayor complejidad y es concertada por el personal responsable teniendo presente la organización y ordenamiento de los servicios, incluyendo los recursos de la comunidad. ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Le han enviado/a alguna vez al Centro de Salud o al hospital para que sea atendido? • Después de haber ido al centro de salud o al hospital ¿Habló usted con el personal de salud sobre lo que había pasado en esa consulta? • ¿El personal del puesto de Salud conoce cuáles fueron los resultados de su consulta con el médico especialista? • ¿El personal del puesto de Salud se interesa en la calidad de atención? 			
Enfoque familiar	Reconoce a la familia como un participante importante en la	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la consulta por lo general ¿Le preguntan cómo vive usted y su familia en el 			

	<p>evaluación y tratamiento de un paciente.²⁵</p>	<p>hogar? por ejemplo, sobre la vivienda: si tiene luz, agua, letrina, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante la consulta, por lo general ¿Le preguntan a usted acerca de las enfermedades que padecen o han padecido en la familia? • En su opinión, ¿Cree usted que las personas que trabajan en el puesto de salud conocen cuales son los problemas de salud más importantes en la familia? 			
--	--	---	--	--	--

4.5.2. Variables de proveedores

Variable	Definición conceptual proveedores	Definición operacional proveedores	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación / unidad de medida
Primer contacto (acceso)	Es la puerta de entrada al sistema de salud para la consulta de todos los nuevos problemas de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de ellos. ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> • En su puesto de salud, durante los días de atención y en el horario establecido. • ¿Puede un usuario obtener con facilidad una consulta? • Durante la consulta ¿Se atienden personas que no sean de la población asignada al puesto de salud? • ¿Se les informa a las y los usuarios acerca de los horarios de atención y los servicios que brinda el puesto de salud a la población en general? • ¿Cómo es la consulta con el usuario que no habla bien el español? • De acuerdo con la pregunta anterior durante la consulta ¿Se apoya con alguien para que le traduzca? 	Categórica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Nunca • Casi nunca
Integralidad	Servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo para el autocuidado. ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Atienden cuando no son enfermos • Vacunación a niños y niñas • Atención a las enfermedades actuales • Vacunación a mujeres en edad fértil • Servicios de control pre y post natal • Control de peso y talla en niños mejores de 5 años • Servicios de planificación familiar • Prueba de Papanicolaou en mujeres en edad fértil • Servicios para el detección, control y tratamiento de la tuberculosis 			

		<ul style="list-style-type: none"> • Consejería sobre la alimentación • Atención a las enfermedades crónicas • Atención y consejería sobre violencia de género, intrafamiliar y maltrato infantil • Orientación sobre el uso y manejo de plantas medicinales • Curaciones y suturas de heridas menores • Atención a emergencias • Atención y consejería al adulto y adulto mayor • Detección y control de Dengue, Malaria, Chagas, Zika y Chikungunya • Vacunación canina • Ha llegado al puesto de salud sin estar enfermo, para hacerse un chequeo general • ¿Cuándo usted está enfermo y necesita medicamentos, se la han dado en el puesto de salud? 			
Continuidad	Es el seguimiento en el tiempo a los problemas de salud del individuo. Su presencia en el tiempo depende del tipo de problema. ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> • En su puesto de salud ¿Son atendidos los usuarios por el mismo personal de salud cada vez que llegan a la consulta? • En su opinión ¿Considera usted que conoce muy bien a los usuarios que atiende? • En su opinión ¿Conoce usted cuales son los problemas más importantes de los usuarios que atiende? • ¿Considera usted que los usuarios durante la consulta comprenden lo que usted les pregunta o dice? • ¿Durante la consulta usted cree que le da tiempo suficiente al usuario para que expresa sus preocupaciones o problemas? • ¿Para la prestación de los servicios de salud 			

		el puesto tiene asignada una población y está definida territorialmente?			
Orientación comunitaria	Permite una atención orientada a la resolución de los problemas de salud de la comunidad a la cual pertenecen los usuarios que atiende. ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se realizan en el puesto de salud de su comunidad visitas domiciliarias? • ¿Usted cree que en su puesto de salud se tiene un conocimiento adecuado sobre los problemas de salud de la comunidad que atienden? • ¿En su puesto de salud reciben opiniones e ideas de la comunidad, que podrían ayudar a mejorar la atención de salud? • ¿Su puesto de salud usa los siguientes métodos para monitorear y/o evaluar la efectividad de los servicios/programas entregados (retroalimentación de organizaciones comunitarias, evaluaciones sistemáticas de los programas y servicios entregados, representación de usuarios en el consejo de desarrollo local) • ¿Su puesto de salud para llegar a las comunidades que atiende, utiliza alguna de las siguientes actividades? (establecer redes con organismos estatales y locales involucrados con grupos culturalmente diversos, trabajo conjunto con juntas de vecinos o líderes comunitarios) 			
Pertinencia cultural	Es la función que permite que la atención respete las creencias, estilos interpersonales, actitudes y comportamientos de las personas, considerando que influyen en su salud, incluyendo también aquellas habilidades	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo realiza la consulta les habla en el idioma natal de los usuarios? • Si es necesario, ¿usted tiene en cuenta las creencias especiales de la familia acerca de la atención médica o el uso de medicinas tradicionales (hierbas, remedios caseros)? 			

	que ayuden a traducir estas creencias. ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Utiliza traductor durante la consulta al usuario que no habla español? • ¿El personal del puesto de salud pertenece a la diversidad cultural de la comunidad? • Habla usted algún idioma Maya 			
Coordinación	Cuando se requiere y se facilita el acceso a la atención integral a un nivel de mayor complejidad y es concertada por el personal responsable teniendo presente la organización y ordenamiento de los servicios, incluyendo los recursos de la comunidad. ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Recibe respuesta del lugar de referencia sobre los usuarios que usted ha referido? • ¿Permitiría usted que los usuarios miren sus fichas clínicas si es que lo solicitan? • ¿Funciona el archivo clínico, de tal manera que usted puede encontrar y utilizar el expediente del usuario de su población asignada, al momento de atenderlo? 			
Enfoque familiar	Reconoce a la familia como un participante importante en la evaluación y tratamiento de un paciente. ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Durante la consulta por lo general le pregunta al usuario acerca de las enfermedades que padecen o han padecido en la familia? ¿En su opinión cree usted que conoce cuales son los problemas de salud más importantes de los usuarios y sus familias? ¿Durante la consulta por lo general le pregunta al usuario como vive con su familia en el hogar 			

4.6. Recolección de datos

4.6.1. Técnicas

La presente investigación se llevó a cabo en el departamento de Baja Verapaz en los municipios de Rabinal y Cubulco, en el mes de septiembre del 2019, por medio de la recolección de información a través de entrevistas realizadas a usuarios que acudieron a los puestos de salud, por medio de un instrumento PCAT (primary care assessment tool) adaptado al contexto guatemalteco.

4.6.2. Procesos

Paso 1: Se realizó una revisión bibliográfica sobre la evaluación de los atributos de APS y los instrumentos que se han diseñado. Se seleccionó el instrumento de la Dra. Barbara Starfiel en su versión castellana.

Paso 2: Se contactó al profesor Leiyu Shi de la Universidad de Johns Hopkins Coautor del instrumento PCAT, al que se le solicitó autorización para realizar el presente trabajo de investigación utilizando dicho instrumento.

Paso 3: Se habló con las autoridades del área de salud de Baja Verapaz, de los distritos de salud de Rabinal y Cubulco y por medio de una carta validada por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala se solicitó la autorización pertinente para realizar el presente trabajo de investigación.

Paso 4: Se realizó la adaptación guatemalteca del instrumento PCAT con la asesoría del Dr. Fredy de Mata y Dr. Luis Antonio Ríos, para esto se realizó una prueba piloto en la cual se realizaron 20 entrevistas con usuarios y proveedores de los municipios de Rabinal y Cubulco.

Paso 5: Luego de la aprobación del protocolo por parte de coordinación de trabajos de graduación COTRAG se recolectó la información en los puestos de salud de MSPAS por medio de encuestas en horario de 8:00 a 16:00 horas de lunes a viernes, tanto al usuario como al proveedor se les brindó una amplia explicación de la forma en la que se iba a realizar la entrevista, recalcando la confidencialidad de la misma, en la cual se firmó un consentimiento informado, tanto al usuario y proveedor de salud.

Paso 6: Las preguntas sobre los atributos de la APS fueron respondidas en una escala de Likert de 4 opciones, de acuerdo con la existencia o no de un rasgo.

Paso 7: Se elaboró la base de datos con la información recolectada según las variables de estudio en donde se identificó cada entrevista y se codificaron las variables de estudio. Se realizó el análisis de los resultados representados en gráficas y tablas.

4.6.3. Instrumento de recolección de datos:

Se utilizó la encuesta adaptada al contexto guatemalteco tomando como base el instrumento PCAT (Primary Care Assessment Tool) elaborada por la Dra. Barbara Starfield/Dra. Lei Shu y la versión de este en su validación chilena elaborada por la Dra. Alejandra Fuentes.

El instrumento de usuarios constaba de un cuestionario de 29 preguntas, en el cual se evaluaron los siete atributos de la atención primaria en salud, la encuesta estaba dividida en:

- Primer contacto: 4 preguntas
- Continuidad: 6 preguntas
- Coordinación: 4 preguntas
- Integralidad: 3 preguntas
- Enfoque familiar: 3 preguntas
- Orientación comunitaria: 3 preguntas
- Pertinencia cultural: 6 preguntas

El cuestionario de proveedores constaba de 30 preguntas, las cuales evaluaron los siete atributos de la atención primaria en salud. Se encontraba dividido en:

- Primer contacto: 5 preguntas
- Continuidad: 6 preguntas
- Coordinación: 4 preguntas
- Integralidad: 1 pregunta
- Enfoque familiar: 3 preguntas

- Orientación comunitaria: 5 preguntas
- Pertinencia cultural: 6 preguntas

4.7. Plan de procesamiento y análisis de datos

Las preguntas sobre la apreciación de la APS fueron respondidas en una escala de Likert de 4 opciones, de acuerdo con la existencia o no de un atributo, las respuestas fueron siempre, casi siempre, casi nunca y nunca. Los valores de siempre a nunca, de cada respuesta se utilizaron para calcular un puntaje promedio con respecto a la función de cada atributo de la APS.

Por lo que se obtuvo un puntaje esencial de cada uno de los atributos APS, así como un puntaje global a través de la sumatoria de ambos municipios encuestados, lo cual brinda una visión general de los atributos evaluados en el instrumento PCAT. Como resultado de cada dominio, se obtuvo valores promedio en un rango entre siempre, casi siempre, nunca y casi nunca. Promedios cercanos a la respuesta siempre indican una apreciación favorable de los atributos de la APS, por parte de los usuarios de salud, así como de los proveedores de los servicios de salud en los municipios de Rabinal y Cubulco del departamento de Baja Verapaz.

4.8. Límites y alcances de la investigación

4.8.1. Límites

Personas que acudieron al puesto de salud, al momento que se seleccionó la muestra fue a conveniencia por lo que se perdió información importante de personas que quedaron fuera del estudio.

4.8.2. Alcances

Por medio de esta investigación se conoció las distintas apreciaciones de usuarios y proveedores de salud respecto a los servicios que se brindan en la atención primaria en salud que están presentes en los puestos de salud, esto permitió conocer a profundidad las debilidades y fortalezas del sistema de salud en el primer nivel de atención, para brindar mejoras en la calidad del servicio, además se conoció las apreciaciones tanto de usuarios y proveedores.

4.9. Aspectos éticos de la investigación

Los aspectos éticos generales que rigieron esta investigación fue la búsqueda del bien mediante los principios de beneficencia y no maleficencia. Se buscó maximizar los beneficios y reducir al mínimo los riesgos, con un diseño de investigación acertado e investigadores calificados que realizaron el estudio. Con lo cual se buscó el bienestar de las personas que participaron en las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Las cuales fueron elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, son principios éticos establecidos que se deben aplicar de los protocolos de investigación.

Estos principios éticos se consideran universales. Las pautas se centran en normas y principios para proteger a los seres humanos en una investigación, por lo que se tomó para la elaboración de esta investigación.

Pauta 1: Valor social y científico, y respeto de los derechos. El valor social se refiere a la importancia de la información que un estudio probablemente va a producir. La información fue importante debido a que contribuyo a promover la salud de las personas o la salud pública. Creemos que este estudio dio información valiosa para la comunidad.

Valor científico. El valor científico se refiere a la capacidad del estudio de generar información confiable y válida que permita alcanzar los objetivos enunciados de la investigación. La información de esta investigación fue obtenida con los principios éticos de beneficencia y no maleficencia.

Riesgos. Este estudio es categoría I, sin riesgo ya que no se realizó intervenciones o modificaciones con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participan de dicho estudio. Únicamente se realizó encuestas a las usuarias y proveedores sin invadir su intimidad.

4.10. Recursos

- **Humanos:** un revisor, un asesor, cuatro estudiantes de medicina (investigadores).
- **Físicos:** puestos de salud de los municipios de Rabinal y Cubulco, del departamento de Baja Verapaz.

- **Materiales:** Útiles de oficina: hojas en blanco tamaño carta, folders, ganchos para folders, sacabocados, grapadoras, lápices, lapiceros, almohadillas de tinta, tinta de impresora, impresora, computadoras, vehículo, gasolina, hospedaje, alimentación.

5. RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos después de realizar encuestas a usuarios y proveedores de los puestos de salud del Ministerio de Salud Pública de los municipios de Rabinal y Cubulco. En primer lugar, se mostrará la apreciación de los usuarios de salud de la tabla 5.1. a la 5.7., y en segundo lugar la apreciación de los proveedores de salud, de la tabla 5.8. a la 5.14.

5.1. Apreciación de los usuarios de salud

5.1.1. Primer contacto:

Tabla 5.1

Apreciación de los usuarios de salud sobre el Primer Contacto con el servicio de los puestos de salud.

Primer Contacto	Municipio	F	%
Siempre	Rabinal	623	71
Casi Siempre		129	27
Casi Nunca		3	2
Nunca		1	0
Total		756	100
Siempre	Cubulco	284	64
Casi Siempre		131	30
Casi Nunca		23	5
Nunca		6	1
Total		144	100
Siempre		907	76
Casi Siempre	Apreciación global	260	21
Casi Nunca		26	2
Nunca		7	1
Total		1200	100

5.1.2. Continuidad:

Tabla 5.2

Apreciación de los usuarios de salud sobre la Continuidad del servicio de los puestos de salud.

Continuidad	Municipio	f	%
Siempre	Rabinal	623	82
Casi Siempre		129	17
Casi Nunca		3	0
Nunca		1	0
Total		756	100
Siempre	Cubulco	510	77
Casi Siempre		138	21
Casi Nunca		11	2
Nunca		7	1
Total		666	100
Siempre		1,133	80
Casi Siempre	Apreciación global	267	19
Casi Nunca		14	0.8
Nunca		8	0.2
Total		1422	100

5.1.3. Coordinación:

Tabla 5.3

Apreciación de los usuarios de salud sobre la coordinación del servicio de los puestos de salud.

Coordinación	Municipio	F	%
Siempre	Rabinal	18	90
Casi Siempre		2	10
Casi Nunca		0	0
Nunca		0	0
Total		20	100
Siempre	Cubulco	91	98
Casi Siempre		0	0
Casi Nunca		0	0
Nunca		1	2
Total		92	100
Siempre		109	98
Casi Siempre	Apreciación global	2	1
Casi Nunca		0	0
Nunca		1	1
Total		110	100

5.1.4. Integralidad:

Tabla 5.4

Apreciación de los usuarios de salud sobre la integralidad del servicio de los puestos de salud.

Integralidad	Municipio	f	%
Siempre	Rabinal	1835	73
Casi Siempre		504	20
Casi Nunca		68	3
Nunca		113	4
Total		2420	100
Siempre	Cubulco	1572	71
Casi Siempre		377	17
Casi Nunca		127	6
Nunca		136	6
Total		2219	100
Siempre	Apreciación global	3414	72
Casi Siempre		881	19
Casi Nunca		195	4
Nunca		249	5
Total		4739	100

5.1.5. Enfoque Familiar:

Tabla 5.5

Apreciación de los usuarios de salud sobre el enfoque familiar de los puestos de salud.

Enfoque Familiar	Municipio	f	%
Siempre	Rabinal	129	34
Casi Siempre		144	38
Casi Nunca		28	7
Nunca		77	20
Total		378	100
Siempre	Cubulco	128	38
Casi Siempre		79	24
Casi Nunca		35	11
Nunca		91	27
Total		333	100
Siempre	Apreciación global	257	36
Casi Siempre		223	31
Casi Nunca		63	9
Nunca		168	24
Total		711	100

5.1.6. Orientación comunitaria:

Tabla 5.6

Apreciación de los usuarios de salud sobre la orientación comunitaria de los puestos de salud.

Orientación comunitaria	Municipio	f	%
Siempre	Rabinal	255	67
Casi Siempre		87	23
Casi Nunca		8	2
Nunca		28	7
Total		378	100
Siempre	Cubulco	202	61
Casi Siempre		74	22
Casi Nunca		27	8
Nunca		30	9
Total		333	100
Siempre	Apreciación global	457	64
Casi Siempre		161	23
Casi Nunca		35	5
Nunca		58	8
Total		711	100

5.1.7. Pertinencia cultural

Tabla 5.7

Apreciación de los usuarios de salud sobre la pertinencia cultural de los puestos de salud.

Pertinencia cultural	Municipio	f	%
Siempre	Rabinal	375	74
Casi Siempre		106	21
Casi Nunca		12	2
Nunca		11	2
Total		504	100
Siempre	Cubulco	318	72
Casi Siempre		26	6
Casi Nunca		56	13
Nunca		44	10
Total		444	100
Siempre	Apreciación global	693	73
Casi Siempre		132	14
Casi Nunca		68	7
Nunca		55	6
Total		948	100

5.2. Apreciación de los proveedores de salud:

5.2.1. Primer contacto:

Tabla 5.8

Apreciación de los proveedores de salud sobre el primer contacto con el servicio de los puestos de salud.

Primer contacto	Municipio	f	%
Siempre	Rabinal	62	83
Casi Siempre		9	12
Casi Nunca		1	1
Nunca		3	4
Total		75	100
Siempre	Cubulco	47	85
Casi Siempre		4	7
Casi Nunca		1	2
Nunca		3	5
Total		55	100
Siempre	Apreciación global	109	84
Casi Siempre		13	10
Casi Nunca		2	1
Nunca		6	5
Total		130	100

5.2.2. Continuidad:

Tabla 5.9

Apreciación de los proveedores de salud sobre la continuidad del servicio de los puestos de salud.

Continuidad	Municipio	f	%
Siempre	Rabinal	44	59
Casi Siempre		28	37
Casi Nunca		3	4
Nunca		0	0
Total		75	100
Siempre	Cubulco	47	71
Casi Siempre		17	26
Casi Nunca		1	2
Nunca		1	2
Total		66	100
Siempre	Apreciación global	91	65
Casi Siempre		45	32
Casi Nunca		4	2.8
Nunca		1	0.2
Total		141	100

5.2.3. Coordinación:

Tabla 5.10

Apreciación de los proveedores de salud sobre la coordinación del servicio de los puestos de salud.

Coordinación	Municipio	f	%
Siempre	Rabinal	39	65
Casi Siempre		6	10
Casi Nunca		6	10
Nunca		9	15
Total		60	100
Siempre	Cubulco	26	59
Casi Siempre		8	18
Casi Nunca		2	5
Nunca		8	18
Total		44	100
Siempre	Apreciación global	65	64
Casi Siempre		14	13
Casi Nunca		8	7
Nunca		17	16
Total		104	100

5.2.4. Integralidad:

Tabla 5.11

Apreciación de los proveedores de salud sobre la integralidad del servicio de los puestos de salud.

Integralidad	Municipio	f	%
Siempre	Rabinal	278	93
Casi Siempre		16	5
Casi Nunca		5	2
Nunca		1	0
Total		300	100
Siempre	Cubulco	196	89
Casi Siempre		22	10
Casi Nunca		0	0
Nunca		2	1
Total		220	100
Siempre	Apreciación global	474	91
Casi Siempre		38	7.5
Casi Nunca		5	1
Nunca		3	0.5
Total		520	100

5.2.5. Enfoque familiar:

Tabla 5.12

Apreciación de los proveedores de salud sobre el enfoque familiar de los puestos de salud.

Enfoque familiar	Municipio	f	%
Siempre	Rabinal	29	64
Casi Siempre		12	27
Casi Nunca		1	2
Nunca		3	7
Total		45	100
Siempre	Cubulco	21	64
Casi Siempre		5	15
Casi Nunca		0	0
Nunca		7	21
Total		33	100
Siempre	Apreciación global	50	64
Casi Siempre		17	21
Casi Nunca		1	1
Nunca		10	14
Total		78	100

5.2.6. Orientación comunitaria:

Tabla 5.13

Apreciación de los proveedores de salud sobre la orientación comunitaria de los puestos de salud.

Orientación Comunitaria	Municipio	f	%
Siempre	Rabinal	86	72
Casi Siempre		24	20
Casi Nunca		1	1
Nunca		9	8
Total		120	100
Siempre	Cubulco	64	73
Casi Siempre		17	19
Casi Nunca		2	2
Nunca		5	6
Total		88	100
Siempre	Apreciación global	150	72
Casi Siempre		41	19.5
Casi Nunca		3	1.5
Nunca		14	7
Total		208	100

5.2.7. Pertinencia cultural

Tabla 5.14

Apreciación de los proveedores de salud sobre la pertinencia cultural de los puestos de salud.

Pertinencia cultural	Municipio	f	%
Siempre	Rabinal	41	46
Casi Siempre		18	20
Casi Nunca		5	6
Nunca		26	29
Total		90	100
Siempre	Cubulco	40	61
Casi Siempre		6	9
Casi Nunca		3	5
Nunca		17	26
Total		66	100
Siempre	Apreciación global	81	53
Casi Siempre		24	14.5
Casi Nunca		8	5.5
Nunca		43	27
Total		156	100

6. DISCUSIÓN

El instrumento fue aplicado a una muestra de 237 usuarios de los puestos de salud y 26 proveedores de salud de los municipios de Rabinal y Cubulco.

6.1. Primer Contacto

El atributo el primer contacto está relacionado con el acceso, el cual implica la ausencia de barreras en la atención de salud ya sean de tipo sociocultural, económico, geográfico e institucional.¹ Según la apreciación de los encuestados de Rabinal y Cubulco, el nivel de satisfacción en el caso de los proveedores fue de 83% y 91%, mientras que para los usuarios fue de 71% y 64% respectivamente; siendo el nivel de satisfacción global para proveedores y usuarios del orden de 84% y 68% respectivamente, con una diferencia de 16 puntos porcentuales. Los niveles de satisfacción más bajos están relacionados con los tiempos de espera (69%) y los horarios de atención (56%) en el caso de los usuarios, mientras que, en el caso de los proveedores, la utilización de traductor durante la consulta (59%) (ver anexo 11.1-11.2.2.); lo cual corresponde a lo que se denomina barreras institucionales en el acceso. Coincidiendo con nuestros resultados, estudios similares en países como Paraguay, Argentina y México en cuanto al acceso indicaron que los puntajes más bajos se obtuvieron con los horarios de atención, con la disponibilidad de los usuarios para obtener una consulta y las restricciones en el horario de atención.^{26,27} Las causas, entre otras, de este tipo de barreras podrían ser el escaso personal para la atención en servicios con alta demanda y, por otro lado, cuando el personal no habla el idioma local, lo cual sucede frecuentemente en contextos culturales diversos.

6.2. Continuidad de la atención

La continuidad de la atención está relacionada con mecanismos para asegurar la sucesión ininterrumpida de eventos que garanticen el seguimiento, en el tiempo, de los problemas de salud del individuo. Los resultados de satisfacción de los encuestados de Rabinal y Cubulco, en cuanto a los proveedores fue de 65% y 72%, mientras que en los usuarios fue de 82% y 77% respectivamente. Siendo la apreciación global de los proveedores de 69% y de usuarios 80%. Los menores puntajes están relacionados a la atención por el mismo personal (56%), si éste conoce los problemas de las personas que atiende (65%) y si se da a comprender con el paciente (%). (ver anexo 11.3-11.4.2.). Según la literatura, la continuidad pierde efectividad cuando no es el mismo personal el que atiende a las personas, desconoce sus problemas y, más

aún, el nivel de comprensión con el paciente (relación proveedor-usuario) no es adecuado.^{1,5} Este tipo de dificultades que afectan la continuidad, tienen que ver posiblemente con la rotación del personal en los servicios, poblaciones numerosas y bastante dispersas, entre otros, lo que imposibilita a los proveedores conocer a los pacientes y sus problemas y así comprenderlos para una mejor atención sanitaria.²⁶ Un estudio realizado en Paraguay obtuvo resultados opuestos, debido a que indicaron que existe una buena continuidad entre proveedores y usuarios, esto se observó en los resultados que mostraron, ya que apreciaron satisfactoriamente ese dominio, tanto proveedor como usuario.²⁷

6.3. Coordinación

Es el atributo que facilita el acceso a la atención de mayor complejidad de las personas, en este caso, al nivel inmediato superior y se relaciona con la derivación (referencia-contrarreferencia). En este dominio, solo se tomó en cuenta a los usuarios que indicaron haber sido referidos, siendo un total de 28 personas. Su nivel de satisfacción fue de 98%; mientras que en los proveedores fue de 64%. Con respecto a la referencia de los proveedores local les explican a los usuarios sobre la necesidad de referirlo y le extiende por escrito la referencia (100%); sin embargo, mencionan que la contrarreferencia se obtiene en muy pocos casos (35%), lo cual sugiere que dicho sistema no funciona adecuadamente (ver anexo 11.5-11.6.2). Estas disparidades están relacionadas con la baja comunicación entre los usuarios a los proveedores (57%); los proveedores con los profesionales de la salud en el nivel superior (17%), así como el acceso a la información médica (historias clínicas) de los usuarios (61%) en su unidad de salud y de los proveedores en el nivel inmediato superior (71%) (ver anexo 11.4).

Comparando un estudio realizado en Paraguay sobre la coordinación hay mucha discrepancia entre la evaluación de usuarios y profesionales, excepto por la utilización de la libreta de la embarazada, bien evaluada por ambos y la existencia de un registro preescrito de contrarreferencia, cuya evaluación fue mala por ambos.²⁷

6.4. Integralidad de la atención

Este atributo está relacionado con la cartera de servicios disponibles y que deben ser ofertados a la población. De acuerdo con la apreciación de los encuestados de Rabinal y Cubulco, el puntaje de satisfacción de los usuarios fue de 73 % y 71%; mientras que de los proveedores fue de 93% y de 89% respectivamente; siendo la apreciación global de satisfacción de los usuarios de 72% y de los proveedores de 91% (ver anexo 11.7-11.8.2). Esta diferencia

en las puntuaciones se puede deber a dificultades en la promoción de los servicios disponibles, lo cual dificulta el acceso a la información por parte de los usuarios y, por lo tanto, en la utilización de los servicios. En cuanto a servicios preventivos los usuarios tuvieron una mayor apreciación en ciertos eventos como la vacunación de niños y niñas, peso y talla menores de 5 años (92%), disminuyendo en la planificación familiar y Papanicolaou (50%); mientras en la atención a la demanda, suturas o accidentes y atención al adulto mayor, este fue del 69% (ver anexo 11.5). Un estudio realizado en Paraguay refiere que los profesionales conocen el portafolio de servicios ofrecidos, mientras que los usuarios únicamente conocen aquellos servicios que son tangibles y asociados directamente a la enfermedad, demostrando baja percepción a actividades de promoción y educación.²⁷ Esto es similar a los resultados encontrados en nuestro estudio.

6.5. Enfoque familiar

En este atributo se reconoce a la familia como un elemento importante en la atención sanitaria. De acuerdo con la apreciación de los encuestados de Rabinal y Cubulco, el puntaje de satisfacción de los usuarios fue de 34 % y 38%; mientras que de los proveedores fue de 64% y de 64 %; siendo el promedio global de satisfacción de los usuarios de 36 % y de los proveedores de 64%(ver anexo 11.9 - 11.10.2) Los resultados están relacionados con la pobre indagación sobre los antecedentes familiares (45%), el desconocimiento de las enfermedades que más les afectan (52%) y de las condiciones de vida (13%). Estos resultados reflejan el bajo reconocimiento que los proveedores le otorga a la familia como fuente importante de apoyo psicosocial en el proceso de salud-enfermedad-atención, lo cual puede repercutir negativamente en la salud de los usuarios ya que se ha demostrado que en donde hay un alto grado de apoyo familiar y buenas relaciones, las personas tienden a ser psicosocialmente más saludables, se recuperan más rápidamente de las enfermedades y viven más tiempo.²⁷

6.6. Orientación Comunitaria

La orientación comunitaria permite una atención orientada a la resolución a los problemas de salud de la comunidad a la cual pertenecen los usuarios que atienden.¹ De acuerdo con la apreciación de los encuestados de Rabinal y Cubulco, el puntaje de satisfacción de los usuarios fue de 67% y de 61%; mientras que de los proveedores fue de 72% y de 73% respectivamente; siendo la apreciación global de satisfacción de los usuarios de 64% y de los proveedores de 72%(ver anexo 11.11.-11.12.2.). Los niveles de satisfacción más bajos están relacionados con el bajo conocimiento por parte de los proveedores acerca de los problemas de salud en la

comunidad, apreciado por los usuarios con un 56%, así como la falta de los proveedores en cuanto a pedir opiniones de cómo mejorar la calidad de servicio 47%. Estos resultados concuerdan con la apreciación de los proveedores en un 61% con la recepción de opiniones sobre cómo mejorar la calidad del servicio. Esto se puede dar por la falta de retroalimentación de organizaciones comunitarias en específico en establecer redes con organismos estatales y locales con grupos culturalmente diversos con una apreciación de 59%, sin embargo, se identifica en un 77% el trabajo conjunto con líderes comunitarios.

En esta dimensión hay una concordancia considerable entre usuarios y proveedores respecto a los servicios extramurales con un 85% y 93% respectivamente. por ejemplo, las visitas domiciliarias. La peor apreciación recibió la participación comunitaria con un 72%. Esto podría ser debido a que hay debilidades respecto a la realización de encuestas sobre las necesidades de los usuarios y del grado de satisfacción con el servicio. Es importante resaltar que los resultados presentados en general son más elevados que aquellos de otros estudios similares realizados en Brasil que presentaron puntajes menores para esta dimensión.²⁷

6.7. Pertinencia Cultural

La pertinencia cultural representa las creencias, estilos interpersonales, actitudes y comportamiento de las personas de acuerdo a su cultura y que influyen en su salud.¹ De acuerdo con la apreciación de los encuestados de Rabinal y Cubulco, el puntaje de satisfacción de los usuarios fue de 74% y 72%; mientras que de los proveedores fue de 46% y de 61%; siendo el promedio global de satisfacción de los usuarios de 73% y de los proveedores de 52% (11.13.-11.14.2.). Estos resultados muestran una diferencia de 22 puntos porcentuales. Entre otros elementos, llama la atención el idioma materno. El 60% de proveedores y usuarios indicaron que su idioma materno es el Achí. Sin embargo, solo el 36% de usuarios y el 32% de proveedores hacen uso del idioma materno durante la atención. Según estudio en Paraguay se sabe que, en contextos culturales diversos, el uso del idioma materno facilita la relación proveedores-usuarios, la comprensión de la información y los resultados de la atención será de mejor calidad.

Comparando la manera como los usuarios y proveedores evalúan las dimensiones estudiadas de la APS, se observa que en general los usuarios tienen una percepción más negativa que los proveedores.

7. CONCLUSIONES

- 7.1. Ninguno de los atributos de la Atención Primaria de Salud tuvo un desempeño satisfactorio (siempre 100%).
- 7.2. Primer contacto: existen barreras institucionales que dificultan en alguna medida el acceso: tiempos de espera, horarios de atención, el uso de traducción o el hablar el idioma materno durante la consulta.
- 7.3. La continuidad disminuye cuando el personal que atiende no es el mismo y por lo tanto no conoce los problemas de su población.
- 7.4. Coordinación: el sistema de referencia funciona en el nivel local, sin embargo, la contrarreferencia presenta grandes debilidades y no contribuye a una adecuada atención.
- 7.5. Integralidad: el conocimiento de la cartera de servicios por parte del proveedor es adecuada, sin embargo, usuarios no lo conocen a cabalidad, teniendo como referente algunas acciones de carácter preventivo (vacunación, peso y talla).
- 7.6. Orientación comunitaria: El conocimiento del proveedor sobre las enfermedades que más afectan la comunidad es deficiente; además no se cuenta con una forma adecuada de retroalimentación comunitaria.
- 7.7. Pertinencia Cultural: La mayoría de los proveedores pertenece a la cultura Achi y habla el idioma sin embargo se notó que durante la consulta no se hace uso del lenguaje materno.
- 7.8. Orientación comunitaria: El conocimiento del proveedor (a) sobre las enfermedades que más afectan la comunidad es deficiente además no se cuenta con una forma adecuada de retroalimentación comunitaria.
- 7.9. Pertinencia Cultural: La mayoría de los proveedores (as) pertenecen a la cultura Achi y hablan el idioma sin embargo se notó que durante la consulta no se hace uso del lenguaje materna.

8. RECOMENDACIONES

A las autoridades de:

8.1. Distrito de salud de Rabinal y Cubulco, Baja Verapaz:

8.1.1. Socializar y promover como proyecto piloto, el instrumento PCAT en las áreas de salud en las que se realizó el estudio, como herramienta para evaluar permanentemente la implementación de la APS en el primer nivel de atención.

8.1.2. Mejorar la atención integral estableciendo y respetando horarios programados para consulta y aminorar el tiempo espera de las mismas. Aumentar el personal de salud, el cual debe pertenecer a la misma comunidad, que comparta pertinencia cultural y lenguaje, que sea permanente y no rotativo para establecer empatía y mejorar la relación proveedor-usuario.

8.1.3. Fortalecer al personal de salud que no pertenezca a la comunidad (incluidos los estudiantes), por medio de capacitaciones para erradicar las barreras lingüísticas y culturales que existen y promover una adecuada relación proveedor-usuario. Establecer un plan de mejora continua de la calidad, que garantice la salud a todos los usuarios de Rabinal y Cubulco.

8.1.4. Promover en el personal de salud el enfoque familiar como base para mejorar la atención y manejo de los problemas de salud de los usuarios. Pues, si existe un alto grado de apoyo familiar y buenas relaciones, se ha demostrado que se obtiene una mejor atención integral e integrada.

8.1.5. Establecer un protocolo de manejo de referencia y contrarreferencia, sólido, eficaz, aplicable y funcional, ya que en la presente investigación se observa una discrepancia entre la percepción de los proveedores y usuarios, para obtener un adecuado seguimiento de los problemas de salud de la población y mejorar la comunicación entre los diferentes niveles de salud.

8.1.6. Fortalecer la promoción e información de la cartera de servicios hacia la población y con ello aumentar la cobertura.

8.1.7 informar permanentemente a la comunidad sobre las acciones de salud que se llevan a cabo y recibir opiniones de la comunidad y de las diferentes organizaciones sociales para la mejora continua.

8. 2. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

8.2.1. Realizar a nivel nacional estudios sobre los atributos de la atención primaria en salud que permitan obtener una mejor apreciación de los servicios de salud.

8.2.2. Orientar a los estudiantes de pregrado sobre los atributos de la atención primaria en salud para su mejor comprensión y aplicación durante su práctica de ejercicio profesional supervisado rural.

8.2.3. Que los estudiantes de pregrado sepan hablar el idioma de la comunidad para un mejor desempeño y una adecuada relación médico- paciente- comunidad.

9. APORTES

El presente estudio aporta información importante para el área de salud de Baja Verapaz, sobre los servicios de primer nivel de atención desde la perspectiva de las personas que reciben y proveen servicios de salud en los municipios de Rabinal y Cubulco.

El diseño de un instrumento adaptado al contexto cultural para Rabinal y Cubulco, el cual pudiese ser utilizado con la adaptación correspondiente a otros contextos socioculturales distintos.

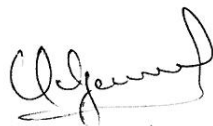
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosas AM, Zarate VN, Cuba MS. Atributos de la atención primaria de salud APS: Una visión desde la medicina familiar. Acta Med Per [en línea]. 2013 [citado 22 Mayo 2019] 30(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008
2. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de atención integral en salud. Guatemala: MSPAS; 2011.
3. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014 [en línea]. Guatemala: INE; 2011 [citado 19 Mayo 2019]. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2016/02/03/bWC7f6t7aSbE14wmuExoNR0oScpSHKyB.pdf>
4. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. J Fam Pract [en línea]. 2001 [citado 23 Jul 2019]; 50(2): 161-175. Disponible en: <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>
5. Da Silva S, Baitelo T, Fracolli L. Evaluación de la atención primaria a la salud: la visión de usuarios y profesionales acerca de la estrategia de salud de la familia: Rev. Latino-Am [en línea]. 2015 Sept [citado 05 Jun 2019] 23(5): [aprox.1pant.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000500979&script=sci_arttext&tlng=es
6. Segalini A, Weisbrot M, Vietto V. Valoración de la atención primaria de la salud en el centro de medicina familiar y comunitaria San Pantaleón desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Rev. Hosp.Ital.B.Aires [en línea]. 2017 [citado 23 Mayo 2019] 37(1):4-9. Disponible en: https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/31086_4-9-Segalini-C.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La renovación de la atención primaria en salud en las Américas [en línea]. Washington, DC: OPS, OMS; 2008 [citado 25 Mar 2019]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf

8. The Pan American Health Organization. Declaración Alma Ata. [en línea] Kazajistán: PAHO; 1978 [citado 13 Jun 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/about/history/files/Alma_At_a_conference_1978_report.pdf
9. Nayaran R. People's health movement [en línea]. Bangladesh: Dhaka; 2000 [citado 10 Mayo 2019]. Disponible en: <https://www.oikoumene.org/en/what-we-do/health-and-healing/con176.pdf>
10. Zurro MA, Jodar Solá G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria [en línea]. España: Elsevier; 2011 [citado 21 Nov 2018]. Disponible en: https://www.academia.edu/15492967/Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud_y_atenci%C3%B3n_familiar_y_comunitaria_Qu%C3%A9_es_la_atenci%C3%B3n_primaria_de_salud
11. Rodríguez Palomino B. La atención primaria de la salud por profesionales que laboran en dos establecimientos de la Diris Lima Sur, 2018 [tesis Maestría en línea]. Lima Perú: Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas; 2019 [citado 06 Jun 2019]. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/27510/Rodr%C3%ADguez_PSN.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Ortiz G. Con pertinencia intercultural, Modelo Incluyente de Salud busca llenar necesidades de la población indígena. La Hora [en línea]. 17 Sept 2016; Noticias [citado 21 Mayo 2019]; [aprox.1pant.] Disponible en: <https://lahora.gt/pertinencia-intercultural-modelo-incluyente-salud-busca-llenar-necesidades-la-poblacion-indigena/>
13. Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. [en línea] Guatemala: ICEFI; 2013 [actualizado 2015; citado 08 Jun 2019]; Alianza por el acceso universal y público a la salud: Gasto social, salud; [aprox.1pant.]. Disponible en: http://icefi.org/sites/default/files/el_acceso_universal_a_la_salud.pdf
14. Aduay M, Poffald L. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Publica [en línea]. 2013 [citado 05 Feb 2019]; [aprox.3pant.]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n3/223-229/#ModalArticles>
15. Alarcon A, Vidal A. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chile [en línea]. 2003 [citado 22 Nov 2017]; 131(9): [aprox.2pant.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n9/art14.pdf>

16. Aller M, Vargas I, Sánchez I, Henao D, Coderch J, Llopart J. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. Rev Esp Salud Pública [en línea]. 2010 [citado 22 Nov 2018]. 84(4); [aprox.2pant.] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n4/original1.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud ¿Qué es un sistema de salud? [en línea] Ginebra: OMS; 2005. [citado 18 Mayo 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
18. Mamondi V, Ramon M, Berra S. Los instrumentos PCAT (APS). [en línea] Córdoba: Universidad Nacional de Cordova; 2005. [citado 24 Jul 2019]. Disponible en: <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/instrumentos-pcat-aps/>
19. Fuentes A, Llabaca J. Guía y recomendación de uso de instrumento Primary Care Assesment Tool versiones usuarios adultos y prestadores. [tesis Maestría en línea] Chile: Universidad de Chile, Facultad de Medicina; 2011 [citado 25 Mayo 2019]. Disponible en: http://researchgate.net/publication/333597304_estructura_y_funciones_de_la_atencion_primaria_de_salud_segun_el_primary_care_assessment_tool_para_prestadores_en_la_comuna_de_conchali_-_santiago_de_chile
20. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Plan de desarrollo municipal de Rabinal 2011-2025. [en línea] Guatemala: SEGEPLAN, Municipalidad de Rabinal; 2010 [citado 13 Mayo 2019]. Disponible en: <http://www.community.oas.org>
21. Herrera M. Diagnóstico socioeconómico, potencialidades productivas y propuestas de inversión [tesis Administración de Empresas en línea] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala: Facultad de Ciencias Económicas; 2009 [citado 25 Mayo 2019] Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/EPS/03/03_0713_v6.pdf
22. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Plan de desarrollo municipal de Cubulco 2011-2025 [en línea] Guatemala: SEGEPLAN, Municipalidad de Cubulco; 2010 [citado 14 Mayo 2019]. Disponible en: <http://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/category/63-baja-verapaz?download=441:cubulco>
23. Guatemala. Constitución Política de la República. Sección séptima, salud seguridad y asistencia social. Artículo 93-95 [en línea]. Guatemala: Asamblea de la República; 1993. [citado 20 Jun 2019] Disponible en: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/gtm/sp_gtm-int-text-const.pdf

24. Guatemala. Congreso de la Republica. Código de Salud Nuevo. Decreto 90-97 [en línea]. Guatemala: Diario de Centroamérica; 1997 [citado 20 Jun 2019] Disponible en: http://asisehace.gt/media/GT_Codigo_Salud_90_97.pdf
25. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [en línea] Madrid: ESPASA CALPE; 2006 [citado 23 Jul 2019]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
26. Reyes H, Flores S, Saucedo A. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. Salud Pública de México [en línea]. 2013 [citado 12 Oct 2019]55(2):100-105. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800005
27. Rodriguez M, Bursztyn I, Ruoti M. Evaluación de la atención primaria de salud en un contexto urbano: Percepción de actores involucrados en Paraguay. Saúde em Debate [en línea]. Sept 2012 [citado 15 Oct 2019] 36(94): [aprox.1pant.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300016

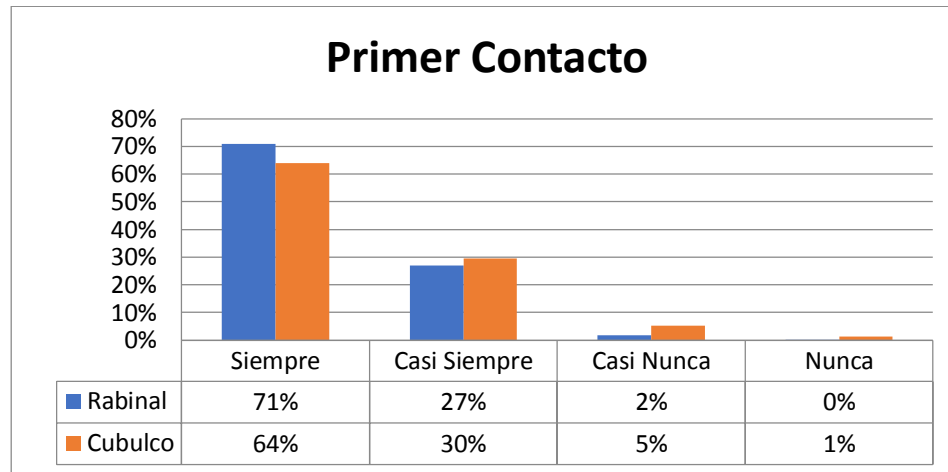

24/09/2019



11. ANEXOS

Anexo 11.1

Apreciación global de los usuarios de salud sobre el Primer Contacto con el servicio de los puestos de salud.



Anexo 11.1.1.

Apreciación de los usuarios de salud de Rabinal sobre el Primer Contacto con el servicio de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4
Siempre	67%	75%	68%	74%
Casi Siempre	32%	23%	29%	25%
Casi Nunca	2%	1%	3%	2%
Nunca	0%	1%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

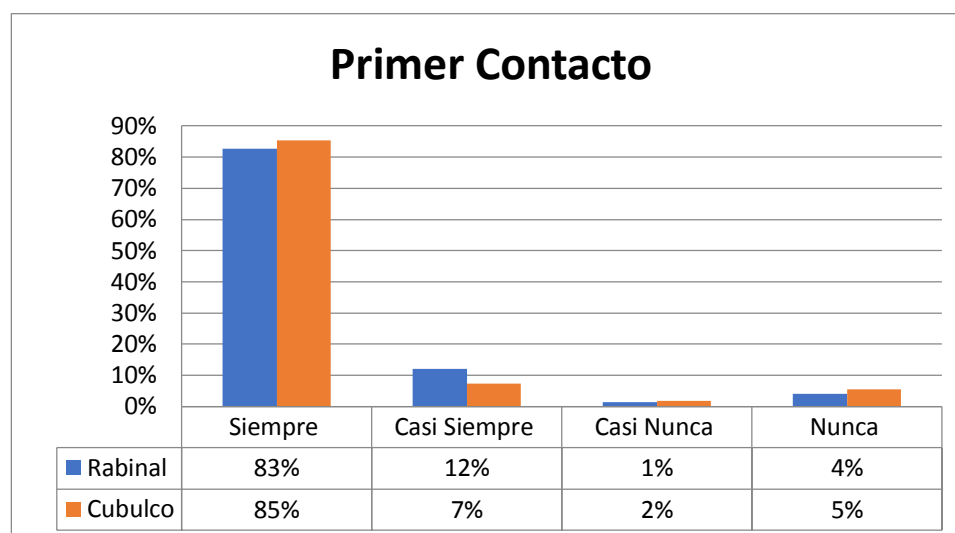
Anexo 11.1.2.

Apreciación de los usuarios de salud de Cubulco sobre el Primer Contacto con el servicio de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4
Siempre	69%	63%	48%	76%
Casi Siempre	23%	32%	43%	19%
Casi Nunca	4%	5%	7%	5%
Nunca	4%	0%	2%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

Anexo 11.2

Apreciación global de los proveedores de salud sobre el Primer Contacto con el servicio de los puestos de salud.



Anexo 11.2.1.

Apreciación de los proveedores de salud de Rabinal sobre el Primer Contacto con el servicio de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5
Siempre	80%	93%	100%	87%	53%
Casi Siempre	20%	0%	0%	13%	27%
Casi Nunca	0%	7%	0%	0%	0%
Nunca	0%	0%	0%	0%	20%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

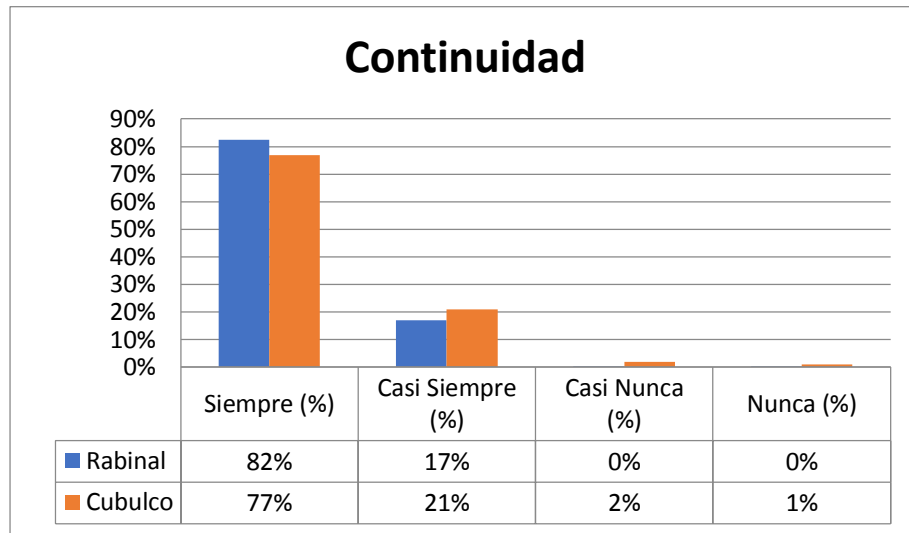
Anexo 11.2.2.

Apreciación de los proveedores de salud de Cubulco sobre el Primer Contacto con el servicio de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5
Siempre	91%	91%	91%	91%	64%
Casi Siempre	9%	0%	9%	9%	9%
Casi Nunca	0%	9%	0%	0%	0%
Nunca	0%	0%	0%	0%	27%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Anexo 11.3

Apreciación global de los usuarios de salud sobre la Continuidad del servicio de los puestos de salud.



Anexo 11.3.1.

Apreciación de los usuarios de salud de Rabinal sobre la Continuidad del servicio de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8	Pregunta 9	Pregunta 10
Siempre	70%	87%	90%	86%	73%	89%
Casi Siempre	29%	13%	10%	14%	25%	10%
Casi Nunca	1%	0%	0%	0%	2%	0%
Nunca	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

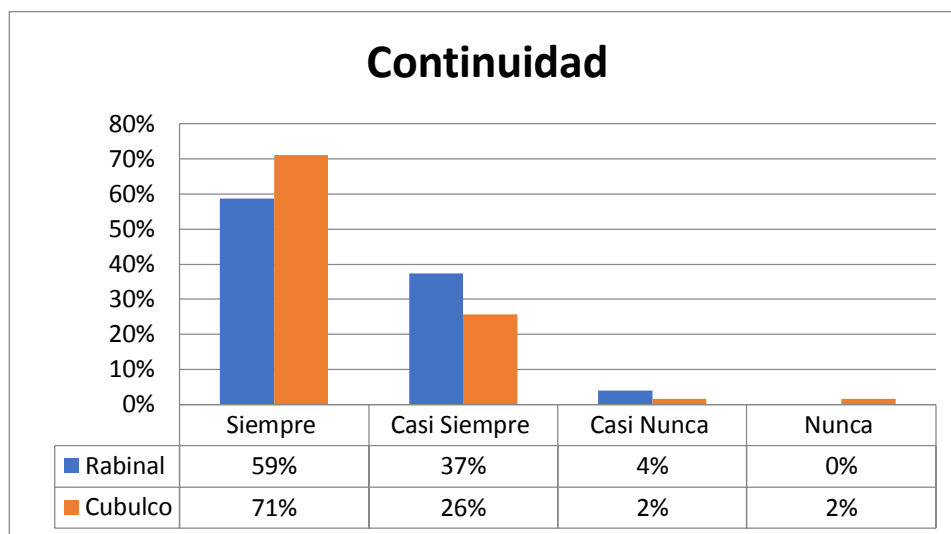
Anexo 11.3.2.

Apreciación de los usuarios de salud de Cubulco sobre la Continuidad del servicio de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8	Pregunta 9	Pregunta 10
Siempre	41%	92%	90%	88%	57%	91%
Casi Siempre	57%	8%	8%	9%	39%	4%
Casi Nunca	2%	0%	2%	1%	3%	3%
Nunca	0%	0%	0%	2%	2%	3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Anexo 11.4.

Apreciación global de los proveedores de salud sobre la Continuidad del servicio de los puestos de salud.



Anexo 11.4.1.

Apreciación de los proveedores de salud de Rabinal sobre la Continuidad del servicio de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8	Pregunta 9	Pregunta 10
Siempre	53%	47%	60%	47%	87%
Casi Siempre	47%	40%	33%	53%	13%
Casi Nunca	0%	13%	7%	0%	0%
Nunca	0%	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

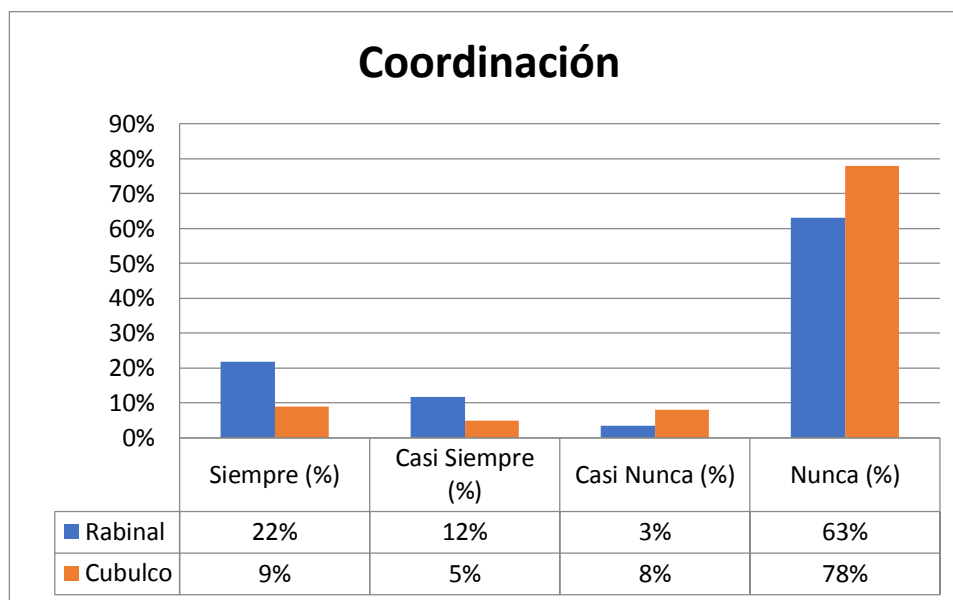
Anexo 11.4.2

Apreciación de los proveedores de salud de Cubulco sobre la Continuidad del servicio de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8	Pregunta 9	Pregunta 10	Pregunta 11
Siempre	55%	64%	82%	73%	73%	82%
Casi Siempre	45%	27%	18%	27%	18%	18%
Casi Nunca	0%	0%	0%	0%	9%	0%
Nunca	0%	9%	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Anexo 11.5.

Apreciación global de los usuarios de salud sobre la coordinación del servicio de los puestos de salud.



Anexo 11.5.1.

Apreciación global de los usuarios de salud de Rabinal sobre la coordinación del servicio de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 11	Pregunta 12	Pregunta 13	Pregunta 14
Siempre	18%	23%	24%	22%
Casi Siempre	13%	12%	10%	11%
Casi Nunca	8%	2%	2%	2%
Nunca	60%	63%	64%	64%
Total	100%	100%	100%	100%

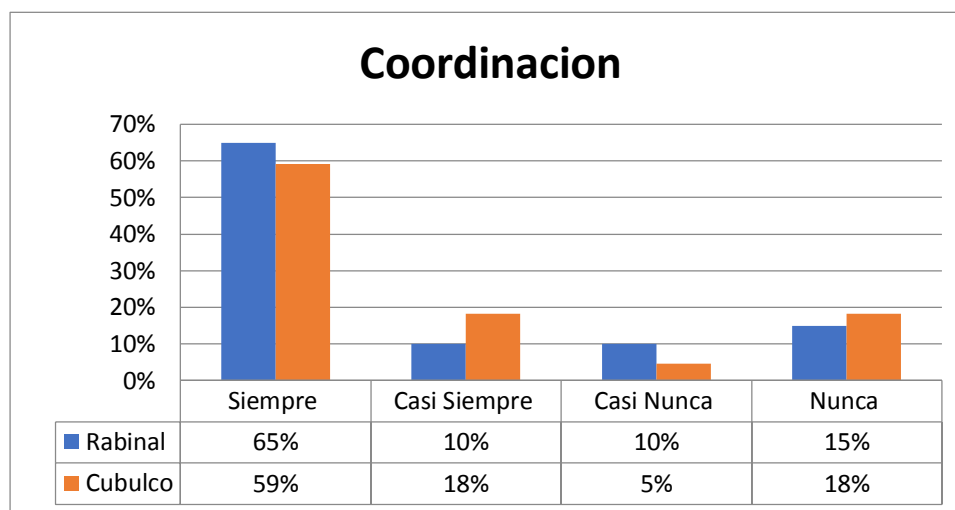
Anexo 11.5.2.

Apreciación global de los usuarios de salud de Cubulco sobre la coordinación del servicio de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 11	Pregunta 12	Pregunta 13	Pregunta 14
Siempre	5%	13%	7%	14%
Casi Siempre	6%	5%	7%	3%
Casi Nunca	13%	5%	8%	5%
Nunca	77%	77%	77%	79%
Total	100%	100%	100%	100%

Anexo 11.6.

Apreciación global de los proveedores de salud sobre la coordinación del servicio de los puestos de salud.



Anexo 11.6.1.

Apreciación global de los proveedores de salud de Rabinal sobre la coordinación del servicio de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 12	Pregunta 13	Pregunta 14	Pregunta 15
Siempre	100%	7%	67%	87%
Casi Siempre	0%	13%	13%	13%
Casi Nunca	0%	20%	20%	0%
Nunca	0%	60%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

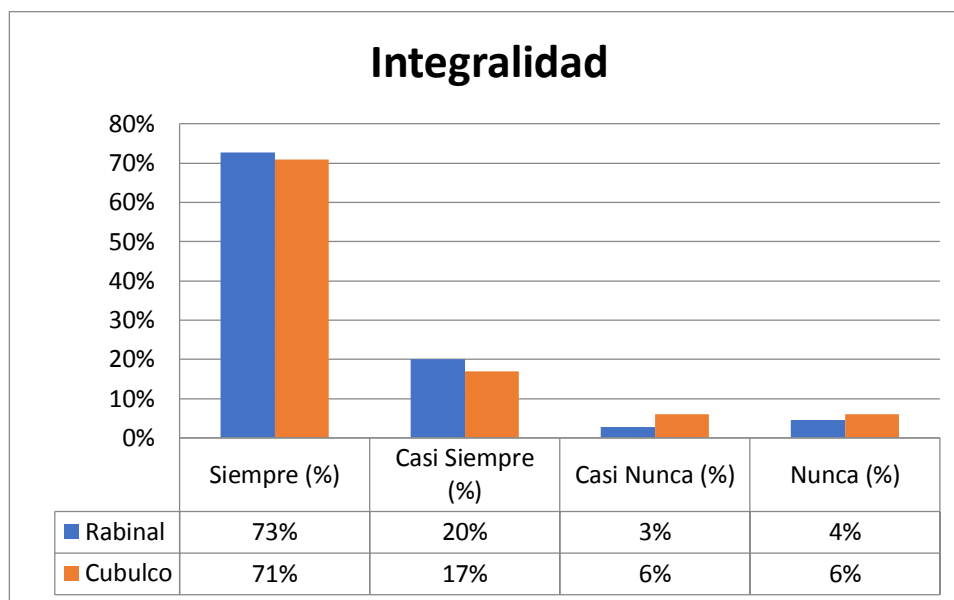
Anexo 11.6.2.

Apreciación global de los proveedores de salud de Cubulco sobre la coordinación del servicio de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 12	Pregunta 13	Pregunta 14	Pregunta 15
Siempre	100%	27%	55%	55%
Casi Siempre	0%	9%	18%	45%
Casi Nunca	0%	18%	0%	0%
Nunca	0%	45%	27%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

Anexo 11.7.

Apreciación global de los usuarios de salud sobre la integralidad del servicio de los puestos de salud.



Anexo 11.7.1.

Apreciación de los usuarios de salud de Rabinal sobre la integralidad del servicio de los puestos de salud.

	15b	15f	15g	15h	15n	15o	15p	16	17
Siempre	85%	87%	85%	71%	77%	73%	68%	43%	65%
Casi Siempre	15%	13%	14%	27%	17%	22%	25%	17%	25%
Casi Nunca	0%	0%	0%	2%	1%	2%	2%	9%	6%
Nunca	0%	0%	1%	1%	5%	3%	5%	32%	3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

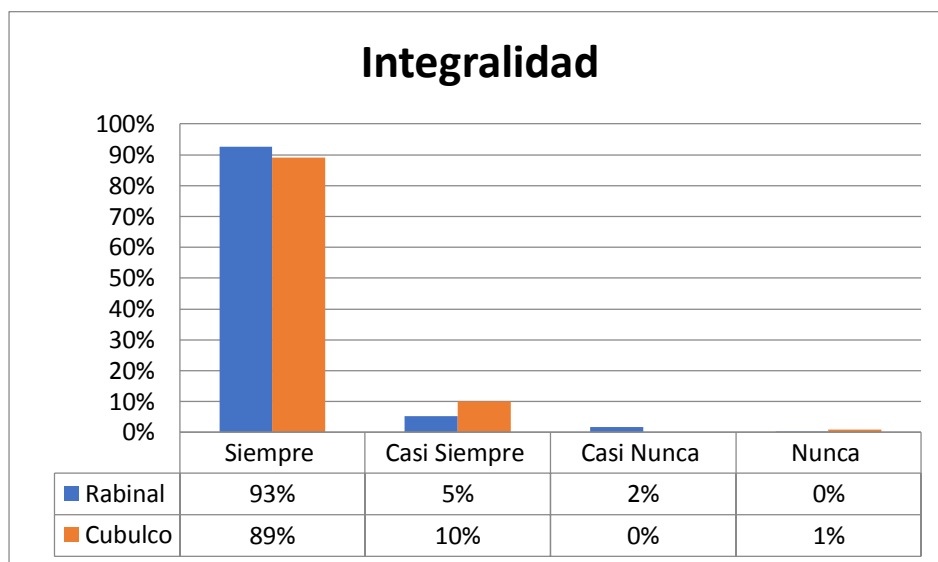
Anexo 11.7.2.

Apreciación de los usuarios de salud de Cubulco sobre la integralidad del servicio de los puestos de salud.

Escala	15b	15f	15g	15h	15n	15o	15p	16	17
Siempre	90%	94%	55%	45%	89%	83%	62%	36%	54%
Casi Siempre	9%	5%	37%	41%	7%	11%	27%	7%	38%
Casi Nunca	1%	1%	8%	14%	2%	2%	9%	9%	7%
Nunca	0%	0%	0%	1%	2%	5%	2%	48%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Anexo 11.8.

Apreciación global de los proveedores de salud sobre la integralidad del servicio de los puestos de salud.



Anexo 11.8.1.

Apreciación de los proveedores de salud de Rabinal sobre la integralidad del servicio de los puestos de salud.

	16b	16g	16i	16j	16o	16p	16q
Siempre	100%	100%	100%	93%	93%	100%	100%
Casi Siempre	0%	0%	0%	7%	7%	0%	0%
Casi Nunca	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Nunca	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

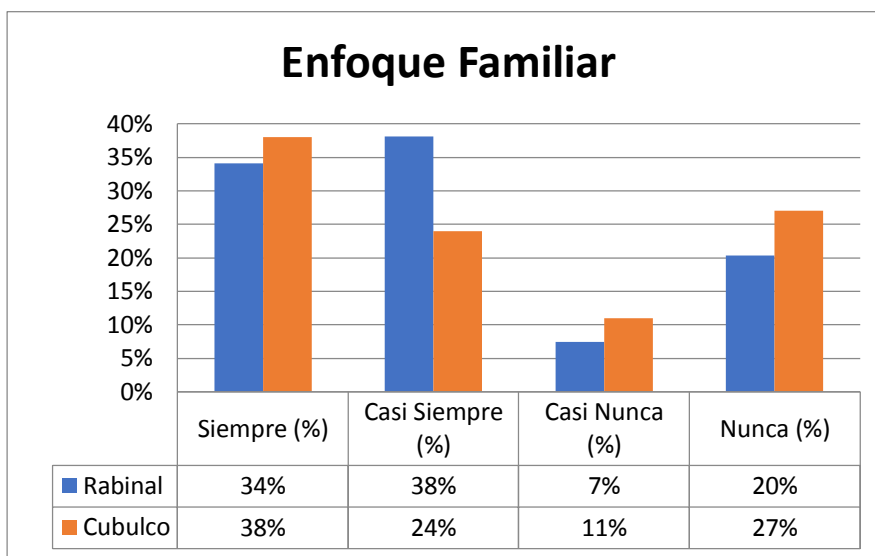
Anexo 11.8.2.

Apreciación de los proveedores de salud de Cubulco sobre la integralidad del servicio de los puestos de salud.

	16b	16g	16i	16j	16o	16p	16q
Siempre	100%	91%	100%	82%	73%	82%	91%
Casi Siempre	0%	9%	0%	9%	27%	9%	9%
Casi Nunca	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Nunca	0%	0%	0%	9%	0%	9%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Anexo 11.9.

Apreciación global de los usuarios de salud sobre el enfoque familiar de los puestos de salud.



Anexo 11.9.1.

Apreciación de los usuarios de salud de Rabinal sobre el enfoque familiar de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 18	Pregunta 19	Pregunta 20
Siempre	19%	37%	47%
Casi Siempre	15%	51%	48%
Casi Nunca	13%	6%	3%
Nunca	53%	6%	2%
Total	100%	100%	100%

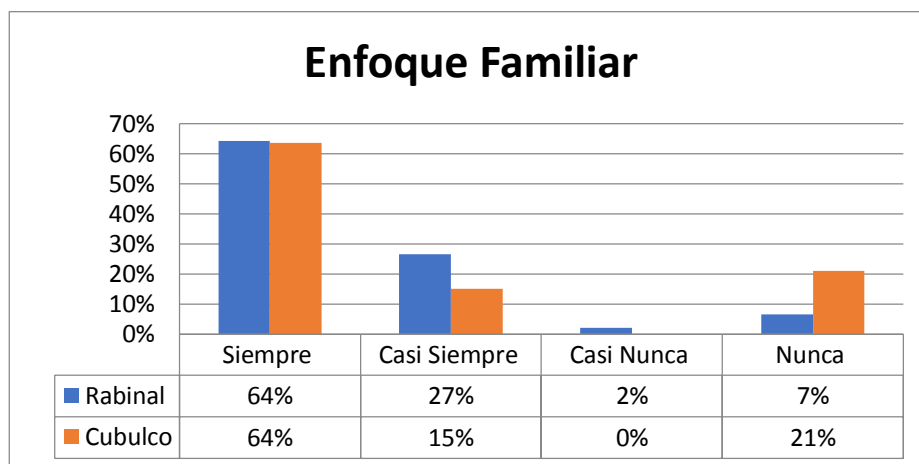
Anexo 11.9.2.

Apreciación de los usuarios de salud de Cubulco sobre el enfoque familiar de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 18	Pregunta 19	Pregunta 20
Siempre	6%	53%	56%
Casi Siempre	7%	30%	34%
Casi Nunca	13%	12%	7%
Nunca	74%	5%	3%
Total	100%	100%	100%

Anexo 11.10.

Apreciación global de los proveedores de salud sobre el enfoque familiar de los puestos de salud.



Anexo 11.10.1.

Apreciación de los proveedores de salud de Rabinal sobre el enfoque familiar de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 17	Pregunta 18	Pregunta 19
Siempre	100%	60%	33%
Casi Siempre	0%	40%	40%
Casi Nunca	0%	0%	7%
Nunca	0%	0%	20%
Total	100%	100%	100%

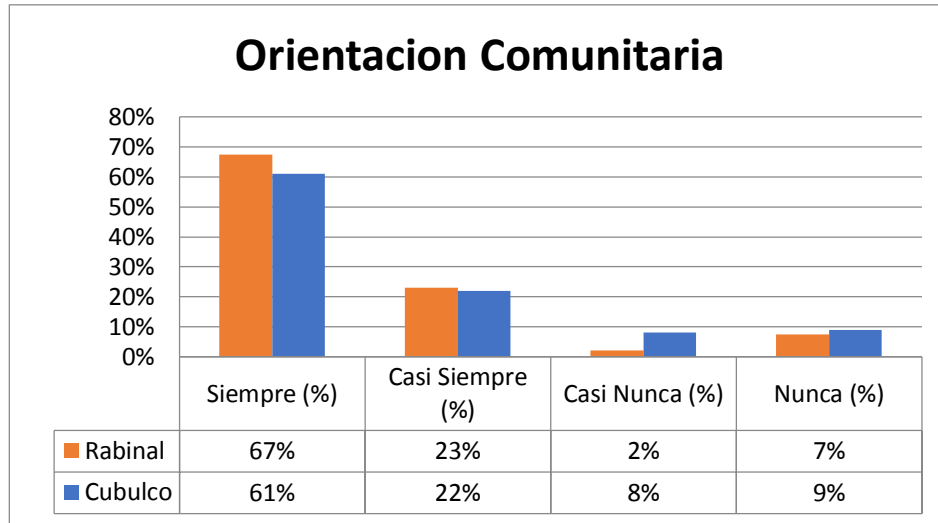
Anexo 11.10.2.

Apreciación de los proveedores de salud de Cubulco sobre el enfoque familiar de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 17	Pregunta 18	Pregunta 19
Siempre	91%	73%	27%
Casi Siempre	9%	27%	9%
Casi Nunca	0%	0%	0%
Nunca	0%	0%	64%
Total	100%	100%	100%

Anexo 11.11.

Apreciación global de los usuarios de salud sobre la orientación comunitaria de los puestos de salud.



Anexo 11.11.1.

Apreciación de los usuarios de salud de Rabinal sobre la orientación comunitaria de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 21	Pregunta 22	Pregunta 23
Siempre	87%	59%	57%
Casi Siempre	13%	40%	16%
Casi Nunca	0%	2%	5%
Nunca	0%	0%	22%
Total	100%	100%	100%

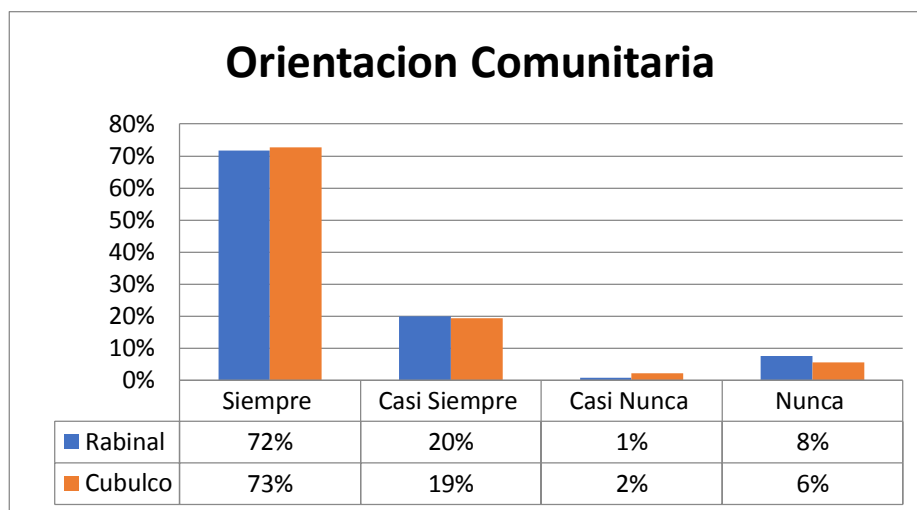
Anexo 11.11.2.

Apreciación de los usuarios de salud de Cubulco sobre la orientación comunitaria de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 21	Pregunta 22	Pregunta 23
Siempre	88%	53%	41%
Casi Siempre	7%	42%	17%
Casi Nunca	3%	3%	19%
Nunca	2%	2%	23%
Total	100%	100%	100%

Anexo 11.12.

Apreciación global de los proveedores de salud sobre la orientación comunitaria de los puestos de salud.



Anexo 11.12.1.

Apreciación de los proveedores de salud de Rabinal sobre la orientación comunitaria de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 20	Pregunta 21	Pregunta 22	Pregunta 23a	Pregunta 23b	Pregunta 23c	Pregunta 24a	Pregunta 24b
Siempre	93%	73%	67%	67%	67%	53%	73%	80%
Casi Siempre	7%	27%	27%	20%	27%	27%	20%	7%
Casi Nunca	0%	0%	0%	0%	0%	7%	0%	0%
Nunca	0%	0%	7%	13%	7%	13%	7%	13%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

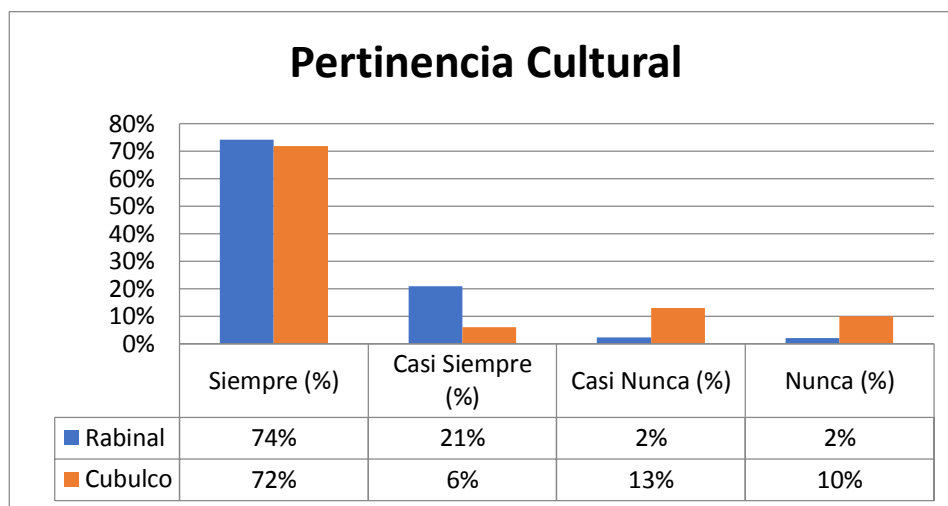
Anexo 11.12.2.

Apreciación de los proveedores usuarios de salud de Cubulco sobre la orientación comunitaria de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 20	Pregunta 21	Pregunta 22	Pregunta 23a	Pregunta 23b	Pregunta 23c	Pregunta 24 a	Pregunta 24b
Siempre	91%	73%	55%	73%	73%	82%	64%	73%
Casi Siempre	9%	27%	18%	18%	18%	18%	27%	18%
Casi Nunca	0%	0%	9%	0%	9%	0%	0%	0%
Nunca	0%	0%	18%	9%	0%	0%	9%	9%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Anexo 11.13.

Apreciación global de los usuarios de salud sobre la pertinencia cultural de los puestos de salud.



Anexo 11.13.1

Apreciación de los usuarios de salud de Rabinal sobre la pertinencia cultural de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 24	Pregunta 25	Pregunta 26	Pregunta 27
Siempre	61%	82%	79%	75%
Casi Siempre	23%	18%	19%	24%
Casi Nunca	10%	0%	0%	0%
Nunca	6%	0%	2%	1%
Total	100%	100%	100%	100%

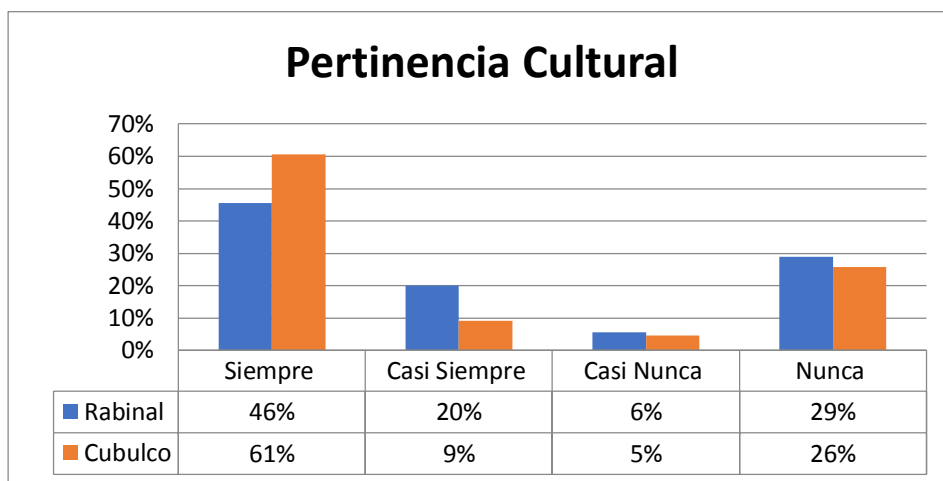
Anexo 11.13.2.

Apreciación de los usuarios de salud de Cubulco sobre la pertinencia cultural de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 24	Pregunta 25	Pregunta 26	Pregunta 27
Siempre	16%	90%	92%	88%
Casi Siempre	3%	5%	6%	9%
Casi Nunca	44%	2%	2%	3%
Nunca	37%	3%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

Anexo 11.14.

Apreciación global de los proveedores de salud sobre la pertinencia cultural de los puestos de salud.



Anexo 11.14.1.

Apreciación de los proveedores de salud de Rabinal sobre la pertinencia cultural de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 25	Pregunta 26	Pregunta 27	Pregunta 28	Pregunta 29	Pregunta 30
Siempre	20%	93%	33%	60%	33%	33%
Casi Siempre	47%	7%	20%	13%	20%	13%
Casi Nunca	13%	0%	0%	0%	7%	13%
Nunca	20%	0%	47%	27%	40%	40%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Anexo 11.14.2

Apreciación de los proveedores de salud de Cubulco sobre la pertinencia cultural de los puestos de salud.

Escala	Pregunta 25	Pregunta 26	Pregunta 27	Pregunta 28	Pregunta 29	Pregunta 30
Siempre	45%	100%	36%	73%	64%	45%
Casi Siempre	9%	0%	9%	18%	0%	18%
Casi Nunca	0%	0%	9%	0%	9%	9%
Nunca	45%	0%	45%	9%	27%	27%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Anexo 11.15.



Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas

Boleta No. _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

USUARIO

Somos estudiantes del séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Investigamos sobre la calidad de atención primaria que reciben en sus puestos de salud y así poder tener en cuenta su apreciación sobre la atención que reciben en dicho puesto de salud.

La atención primaria en salud consiste en la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables con su plena participación y a un costo accesible para la comunidad y el país.

Se tomará en cuenta para este estudio a personas entre los 18 y 60 años, que residan en las comunidades de los municipios de Rabinal y Cubulco del departamento de Baja Verapaz de Guatemala. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y anónima. Usted puede elegir participar o no. Si usted decide participar, tener en cuenta que los servicios brindados en el puesto de salud no cambiarán. Y usted puede seguir recibiendo los mismos con normalidad. Si en algún momento de la investigación usted decide que ya no quiere participar, puede dejar de hacerlo aun habiendo aceptado antes.

El procedimiento que se llevara a cabo es lo siguiente:

1. Se leerá un cuestionario que consiste en 29 preguntas en lo cual usted debe responder dependiendo de la opinión de la atención que usted recibe en su puesto de salud. No hay respuestas malas y usted debe responder de una forma honesta, se le recuerda que esta investigación es totalmente anónima y su información no será divulgada a ninguna autoridad.
2. Su información será recopilada y se hará un análisis de todos los datos para conocer la opinión de cómo la comunidad recibe la atención primaria brindada en su puesto de salud.

He sido invitado (a) a participar en la investigación **“ATRIBUTOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ”**. Entiendo que se me realizará una encuesta de 29 preguntas. He sido informado que los riesgos son nulos. Sé que habrá beneficio para mi persona y comunidad ya que esta información recopilada se podría usar para solicitar mejoras en la atención primaria de salud brindada en mi puesto de salud. Se me ha proporcionado el nombre y dirección de un investigador que puede ser fácilmente contactado.

He leído y comprendido la información proporcionada que me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera la atención que recibo en el puesto de salud.

Nombre del participante _____
Firma del participante _____
Fecha _____

Analfabeto:

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____
Firma del testigo (huella dactilar del participante) _____
Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador _____
Firma del Investigador _____
Fecha _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____ (iniciales del investigador/subinvestigador).



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Instrumento para evaluación de los atributos de la atención primaria en salud (Primary Care Assessment Tool PCAT)

Encuesta de Usuarios

Instrucciones

Esta es una encuesta voluntaria y anónima, es parte de un estudio que estamos haciendo para conocer su opinión de los servicios que prestan a los pacientes mayores de 18 años. Recoge la opinión sobre siete elementos de la atención en salud: acceso, continuidad, integralidad, coordinación, enfoque familiar, orientación comunitaria y pertinencia cultural. Las preguntas están dirigidas a lo que sucede cotidianamente en el puesto de salud, la mayoría de las preguntas tienen cuatro opciones de respuesta. Usted seleccione la que considere conveniente de acuerdo a la escala que se le presenta. En otras, usted tendrá que escribir la respuesta. No existen respuestas buenas o malas, simplemente queremos conocer su opinión. Es importante que conteste toda la encuesta y lo haga con imparcialidad. Con ello nos ayuda a conocer y mejorar los servicios de salud para la comunidad. Si es posible evite la respuesta no sabe.

PRIMER CONTACTO – UTILIZACIÓN					
1	Cuando necesita una consulta, ¿Va primero a su Puesto de Salud antes de ir a otro lugar?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
2	Una vez en el puesto de salud ¿Usted tiene que esperar más de 30 minutos para que el personal de salud le atienda?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
3	En el puesto de salud ¿Puede obtener una consulta con facilidad en el horario establecido?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
4	En caso de cualquier enfermedad. ¿Lo atienden en el puesto de salud?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN					
5	Cuando usted va al Puesto de Salud, ¿Lo atiende el mismo personal de salud, cada vez que consulta?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
6	Durante la consulta ¿Cree que el personal de salud entiende lo que usted dice o pregunta?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca

7	Durante la consulta ¿Entiende usted lo que le dicen?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
8	¿El personal de salud le da suficiente tiempo para hablar de sus preocupaciones o problemas?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
9	¿El personal de salud conoce cuáles son sus problemas más importantes de salud?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
10	¿Cuál es el nombre la o las personas que atienden en el puesto de salud?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
COORDINACION					
11	¿Le han enviado/a alguna vez al Centro de Salud o al hospital para que sea atendido?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
12	Después de haber ido al centro de salud o al hospital ¿Habló usted con el personal de salud sobre lo que había pasado en esa consulta?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
13	¿El personal del puesto de Salud conoce cuáles fueron los resultados de su consulta con el médico especialista?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
14	¿El personal del puesto de Salud se interesa en la calidad de atención que le brindaron?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
INTEGRALIDAD					
15	Voy a leerle una lista de servicios que usted o su familia podría necesitar en algún momento para cada uno de ellos				
a.	Atienden cuando no son enfermos	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
b.	Vacunación a niños y niñas	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
c.	Atención a las enfermedades actuales	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
d.	Vacunación a mujeres en edad fértil	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
e.	Servicios de control pre y post natal	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
f.	Control de peso y talla en niños mejores de 5 años	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
g.	Servicios de planificación familiar	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
h.	Prueba de Papanicolaou en mujeres en edad fértil	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
i.	Servicios para el detección, control y tratamiento de la tuberculosis	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
j.	Consejería sobre la alimentación	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
k.	Atención a las enfermedades crónicas.	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
l.	Atención y consejería sobre violencia de género, intrafamiliar y maltrato infantil	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
m.	Orientación sobre el uso y manejo de plantas medicinales	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
n.	Curaciones y suturas de heridas menores	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
o.	Atención a emergencias	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
p.	Atención y consejería al adulto y adulto mayor	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca

q.	Detección y control de Dengue, Malaria, Chagas, Zika y Chikungunya	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
r.	Vacunación canina	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
16	Ha llegado al puesto de salud sin estar enfermo, para hacerse un chequeo general	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
17	¿Cuándo usted está enfermo y necesita medicamentos, se la han dado en el puesto de salud?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
ENFOQUE FAMILIAR					
18	¿Durante la consulta por lo general? ¿Le preguntan cómo vive usted y su familia en el hogar? por ejemplo, sobre la vivienda: si tiene luz, agua, letrina, etc.	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
19	Durante la consulta, por lo general ¿Le preguntan a usted acerca de las enfermedades que padecen o han padecido en la familia?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
20	En su opinión, ¿Cree usted que las personas que trabajan en el puesto de salud conocen cuales son los problemas de salud más importantes en la familia?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
ORIENTACIÓN COMUNITARIA					
21	Sabe usted si el personal de salud ¿Hace visitas en las casas?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
22	¿Cree usted que el personal de salud conoce los problemas de salud en la comunidad?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
23	En su Puesto de Salud ¿Le piden opiniones sobre la calidad de los servicios, para mejorar la atención de salud?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
PERTINENCIA CULTURAL					
24	¿Le hablan en su idioma materno?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
25	¿Recomendaría su puesto de salud a un amigo o familiar?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
26	¿Recomendaría el puesto de salud a personas que utilizan medicina natural o tradicional o terapeutas mayas?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
27	¿Recomendaría usted a una persona que no habla bien el español a que visite el puesto de salud?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi Nunca
28	Sabe usted ¿A qué diversidad cultural pertenece el personal de salud de la comunidad? Si, ¿A cuál?	Maya Achi Maya Poqomchi Maya Q'eqchi Maya Quiche Ladino-a Mestizo-a Otro			
29	Usted es:	Maya Achi Maya Poqomchi Maya Q'eqchi Maya Quiche Ladino-a Mestizo-a Otro			

Anexo 11.16.



Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas

Boleta No. _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROVEEDOR

Somos estudiantes del séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Investigamos sobre la calidad de atención primaria que brinda en su puesto de salud y así poder tener en cuenta su apreciación sobre la atención que se da en dicho puesto de salud.

La atención primaria en salud consiste en la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ustedes, con su plena participación y a un costo accesible para la comunidad y el país.

Se tomará en cuenta para este estudio a personas que han laborado más de 1 año en el puesto de salud, que residan en las comunidades de los municipios de Rabinal y Cubulco del departamento de Baja Verapaz de Guatemala. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y anónima. Usted puede elegir participar o no. Si usted decide participar, tener en cuenta que su trabajo no será afectado ya que el estudio es totalmente anónimo. Si en algún momento de la investigación usted decide que ya no quiere participar, puede dejar de hacerlo aun habiendo aceptado antes.

El procedimiento que se llevara a cabo en usted es lo siguiente:

1. Se le leerá un cuestionario que consiste en 30 preguntas en lo cual usted debe responder dependiendo de la opinión de la atención que usted brinda en su puesto de salud. No hay respuestas malas y usted debe responder de una forma honesta, se recuerda que esta investigación es totalmente anónima y su información no será divulgado a ninguna autoridad.

2. Su información será recopilada y se hará un análisis de todos los datos para conocer la opinión de cómo se brinda la atención primaria brindada en su puesto de salud.

He sido invitado (a) a participar en la investigación “**ATRIBUTOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ**”. Entiendo que se me realizara una encuesta de 31 preguntas. He sido informado que los riesgos son nulos. Sé que habrá beneficio para mi persona y comunidad ya que esta información recopilada se podría usar para solicitar mejoras en la atención primaria de salud brindada en mi puesto de salud. Se me ha proporcionado el nombre y dirección de un investigador que puede ser fácilmente contactado.

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se he contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera la atención que brindo en el puesto de salud.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado_____ (iniciales del investigador/subinvestigador).



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Instrumento para evaluación de los atributos de la atención primaria en salud (Primary Care Assessment Tool PCAT)

Encuesta de Proveedores

Instrucciones

Esta es una encuesta voluntaria y anónima, es parte de un estudio que estamos haciendo para conocer su opinión de los servicios que prestan a los pacientes mayores de 18 años. Recoge la opinión sobre siete elementos de la atención en salud: acceso, continuidad, integralidad, coordinación, enfoque familiar, orientación comunitaria y pertinencia cultural. Las preguntas están dirigidas a lo que sucede cotidianamente en el puesto de salud, la mayoría de las preguntas tienen cuatro opciones de respuesta. Usted seleccione la que considere conveniente de acuerdo a la escala que se le presenta. En otras, usted tendrá que escribir la respuesta. No existen respuestas buenas o malas, simplemente queremos conocer su opinión. Es importante que conteste toda la encuesta y lo haga con imparcialidad. Con ello nos ayuda a conocer y mejorar los servicios de salud para la comunidad. Si es posible evite la respuesta no sabe.

PRIMER CONTACTO (ACCESO)					
1	En su puesto de Salud, durante los días de atención y en el horario establecido. ¿Puede un usuario obtener con facilidad una consulta?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
2	Durante la consulta ¿Se atienden personas que no sean de la población asignada al puesto de salud?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
3	¿Se les informa a las y los usuarios acerca de los horarios de atención y los servicios que brinda el puesto de salud a la población en general?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
4	¿Se da consulta al usuario que no habla bien el español?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
5	De acuerdo a la pregunta anterior durante la consulta ¿Se apoya con alguien para que le traduzca?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
ATENCIÓN CONTINUA					
6	En su puesto de salud ¿Son atendidos los usuarios por el mismo personal de salud cada vez que llegan a la consulta?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
7	En su opinión ¿Considera usted que conoce muy bien a los usuarios que atiende?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
8	En su opinión ¿Conoce usted cuales son los problemas más importantes de los usuarios que atiende?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca

9	¿Considera usted que los usuarios durante la consulta comprenden lo que usted les pregunta o dice?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
10	¿Durante la consulta usted cree que le da tiempo suficiente al usuario para que expresa sus preocupaciones o problemas?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
11	¿Para la prestación de los servicios de salud el puesto tiene asignada una población y está definida territorialmente?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
COORDINACIÓN					
12	¿Cuándo debe referir a un usuario le explica a él/ella o al familiar las razones de la referencia?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
13	¿Recibe respuesta del lugar de referencia sobre los usuarios que usted ha referido?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
14	¿Permitiría usted que los usuarios miren sus fichas clínicas si es que lo solicitan?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
15	¿Funciona el archivo clínico, de tal manera que usted puede encontrar y utilizar el expediente del usuario de su población asignada, al momento de atenderlo?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
INTEGRALIDAD					
16	¿Si los usuarios y sus familiares necesitan cualquiera de los siguientes servicios podrían obtenerlos en el puesto de salud?				
a.	Atienden cuando no son enfermos	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
b.	Vacunación a niños y niñas	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
c.	Atención a la morbilidad prevalente	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
d.	Vacunación a mujeres en edad fértil	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
e.	Servicios de control pre y post natal	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
f.	Suplementación con micronutrientes durante el control pre y post natal	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
g.	Control de peso y talla en <5 años	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
h.	Suplementación con micronutrientes a <5 años	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
i.	Servicios de planificación familiar	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
j.	Prueba de Papanicolaou en mujeres en edad fértil	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
k.	Servicios para el detección, control y tratamiento de la tuberculosis	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
l.	Consejería sobre la alimentación	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
m.	Atención a las enfermedades crónicas.	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
n.	Atención y consejería sobre violencia de género, intrafamiliar y maltrato infantil	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
Ñ.	Orientación sobre el uso y manejo de plantas medicinales	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
o.	Curaciones y suturas de heridas menores	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
p.	Atención a emergencias	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca

q.	Atención y consejería al adulto y adulto mayor	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
r.	Detección y control de Dengue, Malaria, Chagas, Zika y Chikungunya	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
s.	Vacunación canina	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
ENFOQUE FAMILIAR					
17	¿Durante la consulta por lo general le pregunta al usuario acerca de las enfermedades que padecen o han padecido en la familia?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
18	¿En su opinión cree usted que conoce cuales son los problemas de salud más importantes de los usuarios y sus familias?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
19	¿Durante la consulta por lo general le pregunta al usuario como vive con su familia en el hogar? Por ejemplo, sobre la vivienda si tiene luz, agua, letrina, etc.	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
ORIENTACIÓN COMUNITARIA					
20	¿Se realizan en el puesto de salud de su comunidad visitas domiciliarias?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
21	¿Usted cree que en su puesto de salud se tiene un conocimiento adecuado sobre los problemas de salud de la comunidad que atienden?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
22	¿En su puesto de salud reciben opiniones e ideas de la comunidad, que podrían ayudar a mejorar la atención de salud?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
23	¿Su puesto de salud usa los siguientes métodos para monitorear y/o evaluar la efectividad de los servicios/programas entregados.				
a.	Retroalimentación de organizaciones comunitarias	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
b.	Evaluaciones sistemáticas de los programas y servicios entregados	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
c.	Representación de usuarios en el consejo de desarrollo local	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
24	¿Su puesto de salud para llegar a las comunidades que atiende, utiliza alguna de las siguientes actividades?				
a.	Establecer redes con organismos estatales y locales involucrados con grupos culturalmente diversos	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
b.	Trabajo conjunto con juntas de vecinos o líderes comunitarios	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
PERTINENCIA CULTURAL					
25	¿Cuándo realiza la consulta les habla en el idioma natal de los usuarios?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
26	Si es necesario, ¿usted tiene en cuenta las creencias especiales de la familia acerca de la atención médica o el uso de medicinas tradicionales (hierbas, remedios caseros)?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
27	¿Utiliza traductor durante la consulta al usuario que no habla español?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
28	¿El personal del puesto de salud pertenece a la diversidad cultural de la comunidad?	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca
29	Habla usted algún idioma Maya	Siempre	Casi siempre	Nunca	Casi nunca