

Análisis de barreras de acceso a los servicios de salud y valoración de condiciones esenciales en 22 distritos municipales de salud de Alta Verapaz, Huehuetenango, Ixil y Chiquimula



Sistemas y Servicios de Salud - OPS/OMS Guatemala



UNIÓN EUROPEA



**Proyecto Atención Primaria
de Salud y Nutrición**

Apoyando al Sistema de Salud en la Atención Primaria
para Combatir la Desnutrición Crónica en Guatemala

Análisis de barreras de
acceso a los servicios
de salud y valoración de
condiciones esenciales en
22 distritos municipales
de salud de Alta Verapaz,
Huehuetenango, Ixil y
Chiquimula

Guatemala, 2022

El Proyecto APS y Nutrición fue implementado por la OPS/OMS en Guatemala en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, autoridades municipales y ancestrales.

El Proyecto busca contribuir a la reducción de la malnutrición en menores de 5 años, adolescentes, mujeres en edad reproductiva, con énfasis en los primeros 1000 días de vida, en 22 municipios priorizados de los departamentos de Huehuetenango, Quiché, Chiquimula, y Alta Verapaz.

Esta iniciativa busca apoyar la implementación y ampliación de un Modelo Integral de Atención Primaria de Salud que permita el acceso, cobertura, pertinencia cultural y calidad de la atención en salud y nutrición con la participación de la comunidad.

La revisión técnica y edición estuvo a cargo del equipo del Proyecto APS y Nutrición y de la Representación de la OPS/OMS en Guatemala.

Esta publicación constituye un bien público internacional. Se autoriza su reproducción total o parcial bajo los términos de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO), siempre que se cite la fuente de manera apropiada.

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Ficha catalográfica

Proyecto Atención Primaria de Salud y Nutrición (APS y Nutrición)]
<i>Análisis de barreras de acceso a los servicios de salud y valoración de las condiciones esenciales en 22 distritos municipales de salud de Alta Verapaz, Huehuetenango, Ixil y Chiquimula. Guatemala: OPS/OMS. Guatemala: OPS/OMS; 2022</i>
148 p.; il.
1. Atención Primaria de Salud. 2. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud. 3. Gestión en Salud. 4. Desnutrición. 5. Poblaciones Vulnerables. 6. Acceso Universal a los Servicios de Salud. 7. Guatemala

Cita recomendada: Proyecto Atención Primaria de Salud y Nutrición (APS y Nutrición). ***Análisis de barreras de acceso a los servicios de salud y valoración de las condiciones esenciales en 22 distritos municipales de salud de Alta Verapaz, Huehuetenango, Ixil y Chiquimula. Guatemala: OPS/OMS. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS); 2022***



Este Informe y su publicación ha sido elaborado con la asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) con el apoyo financiero de la Unión Europea (UE). Su contenido es responsabilidad exclusiva de la (OPS/OMS) y no necesariamente refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

Contenido

I. Presentación.....	1
II: <i>Ámbito y Contextualización</i>	2
III. <i>Propósito</i>	5
IV. <i>Objetivos</i>	5
4.1 <i>Objetivo general</i>	5
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	5
V. <i>Metodología</i>	6
<i>Metodología del trabajo de campo</i>	9
VI: <i>Resultados</i>	11
6.1 <i>DAS Huehuetenango</i>	11
6.2 <i>DAS Ixil</i>	24
6.3 <i>Alta Verapaz</i>	34
6.4 <i>DAS Chiquimula</i>	49
VII. <i>Conclusiones</i>	60
7.1 <i>Valoración de las Condiciones Esenciales (VCE)</i>	60
7.2 <i>Barreras de acceso a servicios de salud según el modelo de Tanahashi</i>	62
7.3 <i>Pertinencia cultural y enfoque de género</i>	65
VIII. <i>Recomendaciones</i>	71
IX. <i>Referencias</i>	73
X. <i>Anexo Resultado de Valoración Condiciones Esenciales</i>	74
XI. <i>Anexo Formato de Encuesta a hogares</i>	111
XII. <i>Anexo Resultados de las Encuestas a hogares</i>	114
XIII. <i>Anexo Guía de discusión de grupos</i>	126
XIV. <i>Anexo Evidencias fotográficas del trabajo de campo</i>	127



I. Presentación

En el marco de la Agenda de Desarrollo Sostenible, la (OPS/OMS) está apoyando los esfuerzos del país para aumentar el acceso a servicios y la cobertura de servicios de salud, especialmente en poblaciones vulnerables, para esto es importante la identificación de las barreras de acceso que impiden una atención integral, integrada, continua y de calidad. Para disminuir dichas barreras, se ha apoyado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS) en implementación del Modelo de Atención y Gestión¹ con base a los valores y principios de la Atención Primaria de Salud Renovada (APS) así como de la Estrategia Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud de Guatemala (ENRISSG)².

En este sentido se han priorizado las Direcciones de Áreas de Salud (DAS) de Alta Verapaz, Huehuetenango, Chiquimula e Ixil, para la implementación de iniciativas que favorezcan el acceso a los servicios de salud, en el marco del proyecto “Apoyo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la Estrategia de atención primaria en salud para combatir la desnutrición crónica en Guatemala”, cuya implementación será coordinada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Representación Guatemala, en conjunto con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala y con financiamiento de la Unión Europea. La meta del proyecto es contribuir a la reducción de la malnutrición en menores de 5 años, adolescentes, mujeres en edad reproductiva, con énfasis en la ventana de oportunidad de los mil días, en 22 Distritos Municipales de Salud priorizados de las cuatro DAS, por medio de los siguientes resultados inmediatos:

- Capacidad mejorada del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y sistemas fortalecidos para la gestión, implementación, monitoreo y ampliación de un modelo integral de atención basado en Atención Primaria en Salud (APS).
- Mayor participación de la comunidad y conocimiento sobre nutrición y servicios adecuados para prevenir la malnutrición.
- Mayor acceso y uso de los servicios de APS por parte de la población objetivo en 22 municipios priorizados

El presente documento muestra los resultados de la consultoría realizada para la investigación sobre la identificación de las barreras de acceso a servicios de salud en los 22 Distritos Municipales de Salud priorizados en las DAS de Alta Verapaz, Huehuetenango, Chiquimula e Ixil. El análisis brinda elementos importantes para diseñar intervenciones que reduzcan las barreras que la población enfrenta para acceder a los servicios de salud provistos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

II. Ámbito y contextualización

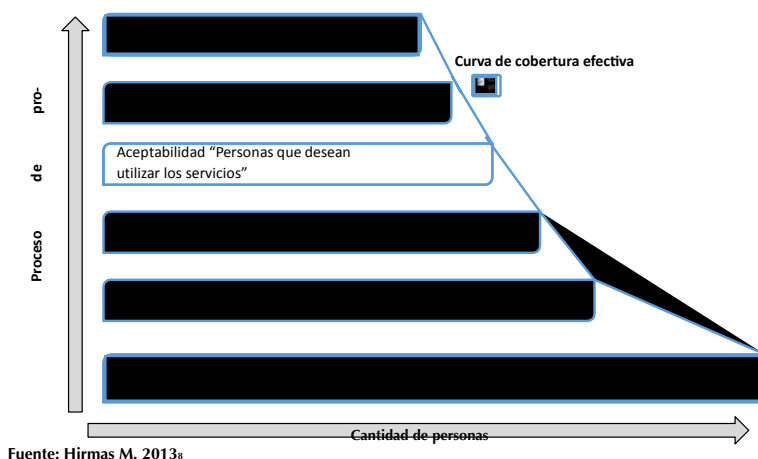
De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud fueron abordadas desde la Declaración de Alma Ata³, y requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso se puede definir como una forma de acercarse, alcanzar o entrar en un lugar como un derecho u oportunidad⁴. Para Donabedian es el grado de ajuste entre las características de los recursos disponibles para la salud y las de la población⁵.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar⁶.

Para el análisis de la accesibilidad se plantea el modelo expuesto por Tanahashi⁷ (Figura 1).

Figura 1. Modelo de evaluación de equidad en el acceso y Brechas para lograr cobertura



Es evidente, en este planteamiento teórico, que la accesibilidad y la disponibilidad se hallan fuertemente ligadas. Si esto es así, se considera las siguientes conceptualizaciones.

- **Accesibilidad:** personas que pueden utilizar el servicio en relación con distancias, costos de transporte, costos de medicamentos y pruebas diagnósticas, horarios de atención, entre otras variables. Pero también brechas culturales como el idioma, cosmovisión indígena, prácticas ancestrales, etc.

Para el análisis de la accesibilidad geográfica en tiempo y distancia de las comunidades a los servicios de salud en los distritos de salud se utilizaron los mapas elaborados por (OPS/OMS) Guatemala, donde se indican los puntos georreferenciados de las comunidades, los servicios y otros datos espaciales requeridos para el análisis.

- **Aceptabilidad:** Entendida como las personas que desean utilizar los servicios de salud. Ante el alto porcentaje de comunidades indígenas, deviene imprescindible enfatizar en el abordaje de la atención con enfoque multicultural; para esto será “necesario determinar las variables socioculturales a abordar con los grupos y las personas.”
- **Contacto:** entendido como las personas que en efecto han utilizado los servicios de salud. Será clave estudiar variables como la percepción de la calidad de la atención, incluida la oportunidad de la misma.

Lo anterior, hay que contextualizarlo a la realidad guatemalteca y tener en consideración la pertinencia cultural y el enfoque de género. Esto no solo es pertinente, sino esencial pues una parte importante de la población pertenece a tradiciones indígenas. Por ello, es necesario incorporar en el análisis elementos estructurales, históricos, culturales y de relaciones de poder que condicionan el comportamiento en el cuidado de la salud.

En estudios realizados en comunidades indígenas de Guatemala⁹ se ha encontrado que las barreras en el acceso a dichos servicios incluyen aspectos económicos, sociales, geográficos, de accesibilidad y transporte, lingüísticos y se vinculan al tratamiento discriminatorio tradicional que separa grupos sociales según su pertenencia, su clase social y una historia de dominación sociocultural y económica. En general, en comunidades del área rural, indígenas o mestizas, el acceso a servicios adecuados de salud es de mucha precariedad.

En estos estudios los pueblos indígenas han expresado descontento por el “trato abusivo por parte de profesionales sanitarios”. El manejo de la interculturalidad en salud deja mucho que desear y la capacitación y concienciación de los servidores de salud en relación con el trato, la empatía y la comprensión y respeto cultural no son adecuados, lo que preserva una actitud de superioridad social, cultural y académica que impide un acercamiento natural de la población hacia los que deberían asegurar su bienestar.

En el caso de la cultura asociada a las relaciones de género, si el esposo no autoriza que su esposa y sus hijos se desplacen a recibir atención, ella no se atreverá a desafiar su autoridad, lo que la pone en riesgo a ella y a los menores. El hecho de que un médico de sexo masculino atienda a una mujer es muchas veces mal visto. El uso del castellano como lengua franca en los servicios oficiales de salud es un obstáculo frecuente. No sólo se trata de palabras, sino que, de toda una cosmovisión que está directamente relacionada con los conceptos profundos del entendimiento de la salud y la enfermedad.

En cuanto al embarazo y parto, es generalizada la preferencia de las mujeres hacia ser tratadas por su partera como fue establecido tradicionalmente. El cambio hacia la atención prenatal, de parto y puerperio en los centros oficiales de salud con métodos occidentales ha sido traumático. Las mujeres indígenas manifiestan que “durante los partos son maltratadas” (Hautecoeur et.al.). La escasez y precariedad de los servicios de salud en zonas alejadas de los centros urbanos constituye una barrera adicional (falta de recursos, infraestructura, medicamentos y profesionales).

III. Propósito

Recolectar y sistematizar información de pobladores, usuarios y no usuarios de los servicios de salud del MSPAS, sobre los elementos que consideran les facilitan o dificultan acceder a servicios de salud del MSPAS en sus comunidades.

IV. Objetivos

4.1 Objetivo general:

Identificar las principales barreras para el acceso a servicios de salud en los municipios del estudio, y valorar las condiciones esenciales de los servicios para orientar el desarrollo de estrategias que permitan reducir las barreras y mejorar las condiciones esenciales.

4.2 Objetivos específicos:

- a. Definir la disponibilidad de la oferta de los servicios de salud en los municipios priorizados.
- b. Analizar la accesibilidad de las personas a los servicios de salud prestados por los servicios de salud.
- c. Abordar la aceptabilidad de las personas que desean utilizar los servicios de salud ofertados por el MSPAS.
- d. Analizar el contacto de las personas que utilizan los servicios de salud, a nivel de la calidad, seguridad, entre otros.

V. Metodología

El análisis, desde el punto de vista organizacional y logístico, comprendió las siguientes etapas:

Cuadro 1. Etapas, propósitos operacionales y productos del análisis

Etapa	Propósito operacional	Producto
Etapa 1	<ul style="list-style-type: none"> • Organización del trabajo • Revisión de información secundaria • Reuniones diversas • Visitas a municipios seleccionados 	<p><i>Producto 1:</i> Propuesta metodológica de la consultoría. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propuesta metodológica para la realización del estudio. • Herramientas operativas para la recolección de datos. • Presentación de formatos de encuesta, entrevistas y grupos focales relacionados con pertinencia cultural y enfoque de género. • Definiciones técnicas y operativas respecto a la Valoración de Condiciones Esenciales (VCE) de los servicios de salud. • Cronograma de acciones .
Etapa 2	<p>Trabajo de campo:</p> <p>Recopilación mediante metodología sistemática de los materiales, instrumentos, matrices y otros documentos a fin de capturar datos e información primaria. En todo momento, el desarrollo de las actividades dependerá de las condiciones locales del estado de la pandemia; en algunos casos, la actividad presencial podría ser reemplazada o complementada por la modalidad virtual.</p>	Datos/información recolectados.
Etapa 3	<p>Trabajo de gabinete:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la información obtenida • Elaboración del Borrador del informe final • Elaboración del borrador de Informe final de consultoría que incluye las observaciones al informe previo. 	<p><i>Producto 2:</i> Borrador del informe final del análisis Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avance de la VCE • Diagnóstico de las barreras de acceso <p><i>Producto 3:</i> Informe final de la consultoría. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observaciones al Producto 2 • Base de datos de las encuestas • VCE realizadas • Anexos varios

De manera general, el equipo consultor realizó, entre otras, las siguientes actividades:

- Revisión y análisis de la documentación.
- Trabajo de campo en cada uno de los 22 distritos municipales seleccionados.
- Reuniones virtuales y/o teleconferencias (tanto por las restricciones de la pandemia, como por el costo-efectividad de esta modalidad).
- Plan metodológico y sus respectivos instrumentos de recolección de información, incluyendo el listado de actores a abordar con cada instrumento, la garantía de la calidad de la información y el debido plan de análisis e interpretación de la información.
- Recolección in situ de información sobre barreras (encuestas, entrevistas, grupos focales, VCE, otros).
- Sistematización de la información en tablas y gráficos para su análisis e interpretación.
- Análisis de la información recopilada, triangulación e interpretación.
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones.
- Redacción de informes.
- Presentación de resultados.
- Incorporación de observaciones técnicas recibidas.
- Informe final.

El equipo de consultores, trabajó en estrecha relación con el equipo de la Representación (OPS/OMS) en Guatemala a cargo de la consultoría, los equipos de las Direcciones de Área de Salud relacionadas y de los Distritos de Salud en los que se realizó el estudio.

Población

El área geográfica del análisis se muestra en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Área geográfica y distritos

Departamento/DAS	Distritos municipales
DAS Huehuetenango	Barillas, San Juan Ixcoy, San Mateo Ixtatán, San Pedro Soloma, San Rafael la Independencia, San Sebastián Coatán, Santa Eulalia, San Miguel Acatán.
DAS Ixil	Cotzal, Nebaj y Chajul (Triángulo Ixil).
DAS Alta Verapaz	Cobán, San Juan Chamelco, San Cristóbal Verapaz, Tactic, Tamahú y Santa Cruz Verapaz.
DAS Chiquimula	Chiquimula, Jocotán, San Juan la Ermita, Olopa y Camotán.

En la Tabla establecim

bilidad de

Tabla 1. Información demográfica y de disponibilidad de servicios de salud

	Poblacional	Poblacional
HUEHUETENAN- GO		

Fuente: INE Guatemala y MSPAS 2021.

Metodología del trabajo de campo

El trabajo de campo tuvo un enfoque multicultural, participativo, lingüísticamente pertinente, con enfoque de género.

Se conformaron dos equipos para el trabajo de campo, cada uno de los cuales realizó las siguientes actividades:

En las unidades de salud seleccionadas:

Para determinar sobre todo la Disponibilidad, es decir, los elementos institucionales de la oferta de los servicios, se llevó a cabo:

- a) Observación estructurada
- b) Valoración de Condiciones Esenciales
- c) Entrevistas a informantes clave
- d) Encuestas a hogares.

Observación estructurada. Aportó los primeros insumos técnicos a los consultores respecto a las características de las comunidades y de los establecimientos y los equipos locales del SIAS.

Encuestas a hogares: se realizaron en los 22 establecimientos de las cuatro DAS seleccionadas. Se utilizó un formato de encuesta que previamente había sido validado.

De manera particular, para el proceso de recolección de datos de la encuesta a hogares en los 22 distritos municipales se utilizó la herramienta Survey CTO, que, mediante la utilización de teléfonos inteligentes y tablets por los supervisores de campo y encuestadores, garantizó la obtención de datos de alta calidad.

Dentro de las principales características de la herramienta propuesta se encuentra la captura de coordenadas geográficas, controles de calidad automatizados para detectar valores atípicos, distribuciones y medios sospechosos y la toma de encuestas offline, permitiendo trabajar en lugares con conexión a Internet poco fiable, almacenar una copia de seguridad de los datos en el dispositivo móvil y cargarla una vez que se disponga de una conexión a Internet.

Posterior a la toma de datos la información recolectada fue almacenada en una base de datos de tipo NO-SQL MongoDB. El análisis de datos cuantitativos fue realizado en conjunto con la plataforma de Survey CTO y el sistema de información geográfica QGIS

Valoración de las condiciones Esenciales (VCE). Las condiciones esenciales son la evidencia de la forma en que los servicios de salud garantizan la atención a los pacientes: acceso, seguridad de la atención y calidad del servicio. Es la garantía de una atención integral, integrada y continua, y de alta calidad. La VCE es una herramienta desarrollada por la (OPS/OMS) para dar respuesta a los enfoques y prácticas en la dinámica gerencial de los servicios de salud y que se orienta a la organización y gestión óptima de los servicios en el marco de sistemas de salud basados en Atención Primaria en Salud - APS y las Redes Integradas de Servicios de Salud - RISS con el objetivo fundamental de garantizar el Acceso Universal a la salud y la Cobertura Universal de Salud.

El instrumento de la VCE incluye la observación directa, la aplicación de una matriz de evaluación y la valoración cuantitativa. Cuenta con ocho criterios; Infraestructura y Ambiente Físico, Dotación de y Recursos Materiales, Recurso Humano, Procesos Prioritarios, Calidad y Mejoramiento Continuo, Gestión y Dirección, Educación y Procesos Clínicos. En el presente caso, se desarrolló una autovaloración por el personal de cada establecimiento de salud con el apoyo técnico del equipo. Sus resultados constituyen el insumo clave para la elaboración de los Planes de Mejora.

Con los resultados de las encuestas a hogares, Grupos focales, VCE e información diversa obtenida de fuentes secundarias, se elaboró el borrador de informe final en el que se identificaron y caracterizaron el acceso a los establecimientos seleccionados de los cuatro departamentos, en cada contexto social, cultural, económico, geográfico, destacando generalidades y particularidades. Posteriormente, de acuerdo a las observaciones del equipo de la Representación de la (OPS/OMS) en Guatemala, SHIN presentó el Informe final.

VI. Resultados

6.1 DAS Huehuetenango

6.1.1 Valoración de las Condiciones Esenciales

Se realizó mediante una visita programada a cada establecimiento incluido en el estudio.

Los formatos utilizados, proporcionados por (OPS/OMS) Guatemala comprenden ocho criterios de evaluación cuyo resultado determinará el nivel de desarrollo de cada establecimiento, de acuerdo a la siguiente escala:

Nivel de desarrollo:

Bajo: menor al 40%. Identificado con el color rojo.

Medio: entre el 41% y el 80% identificado con el color amarillo.

En el caso de la DAS de Huehuetenango ninguno de los establecimientos alcanzó un nivel alto (color verde). Fueron críticas las valoraciones del Centro de Salud de Barillas (6 criterios rojos) y del CAP San Rafael La Independencia (5 criterios rojos). Los CAP de San Pedro Soloma y San Miguel Acatán alcanzaron un nivel de desarrollo medio (los 8 criterios amarillos).

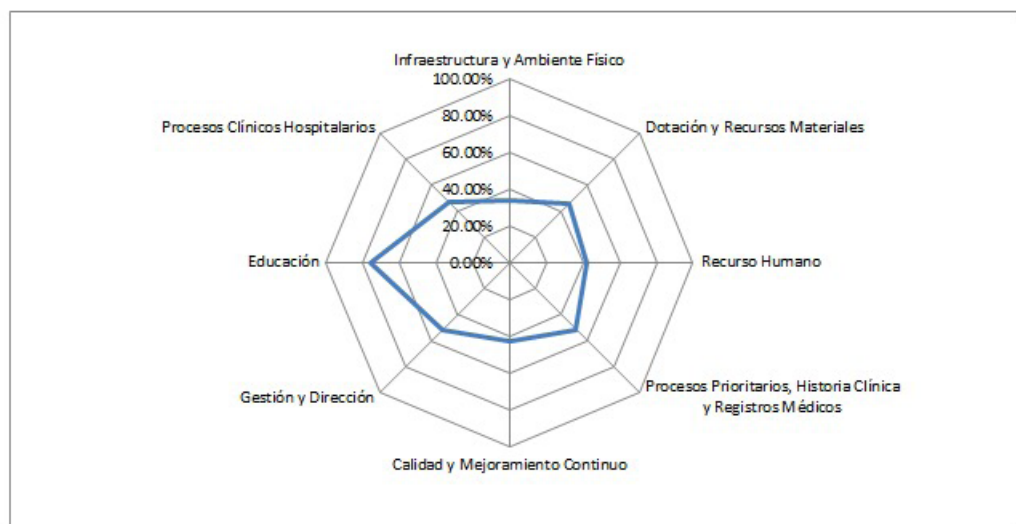
El promedio de los 8 establecimientos de salud fue 38%, es decir nivel bajo, color (rojo).

A continuación se muestran los resultados alcanzados por cada uno de los establecimientos:

Consolidado VCE Huehuetenango 2021

NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Barillas		San Juan Ixcay		San Mateo Ixtatán		San Pedro Soloma		San Rafael La Independencia		San Sebastián Coatán		Santa Eulalia		San Miguel Acatán		Huehuetenango	
	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	83	22.43%	183	49.46%	0	0.00%	200	54.05%	85	22.97%	151	40.81%	107	28.92%	210	56.76%	127	34.43%
Criterio 2	79	32.92%	133	55.42%	110	45.83%	154	64.17%	71	29.58%	87	36.25%	98	40.83%	136	56.67%	109	45.21%
Criterio 3	52	35.86%	58	40.00%	68	46.90%	79	54.48%	57	39.31%	45	31.03%	53	36.55%	75	51.72%	61	41.98%
Criterio 4	89	43.41%	118	57.56%	112	54.63%	120	58.54%	84	40.98%	106	51.71%	100	48.78%	113	55.12%	105	51.34%
Criterio 5	61	39.35%	81	52.26%	67	43.23%	73	47.10%	61	39.35%	49	31.61%	62	40.00%	78	50.32%	67	42.90%
Criterio 6	57	36.77%	95	61.29%	92	59.35%	90	58.06%	67	43.23%	66	42.56%	74	47.74%	95	61.29%	80	51.29%
Criterio 7	35	70.00%	27	54.00%	29	58.00%	32	64.00%	29	58.00%	35	70.00%	26	52.00%	30	60.00%	30	75.94%
Criterio 8	79	36.74%	114	53.02%	92	42.79%	122	56.74%	70	32.56%	118	54.88%	99	46.05%	118	54.88%	102	47.21%
Total	456	29.71%	695	45.28%	478	31.14%	748	48.73%	454	29.58%	539	35.11%	500	33.88%	737	48.01%	578	37.93%

Nota: El criterio 1 en el caso del CAP San Mateo Ixtatán no fue evaluado porque actualmente se encuentra en remodelación; en la actualidad funciona en tres viviendas alquiladas.



6.1.2 Encuestas a hogares

Información demográfica

Distrito	No. Encuestas	Rol en el hogar	Edad promedio de los encuestados	Sexo predominante y %	Escolaridad	Ocupación
Barillas	135	Madre: 53%	Entre 15 y 44 años: 83%	Femenino: 73%	Primaria: 23% Básica: 27%	Ama de casa: 47%
San Juan Ixcoy	32	Madre: 38% Hijo: 31%	Entre 15 y 44 años: 84%	Femenino: 50%	Primaria: 28% Diversificado: 28%	Empleado: 22% Ama de casa: 19% Comerciante: 19%
San Pedro Soloma	69	Madre: 57%	Entre 15 y 44 años: 51%	Femenino: 64%	No tiene estudios: 33% Primaria: 32%	Ama de casa: 47% Comerciante: 23%
San Sebastián Coatlán	33	Madre: 70%	Entre 15 y 44 años: 65%	Femenino: 64%	No tiene estudios: 52% Primaria: 37%	Ama de casa: 61% Agricultor: 21% Lorem ipsum
San Mateo Ixtatán	39	Madre: 49% Padre: 49%	Entre 15 y 44 años: 90%	Masculino: 51%	No tiene estudios: 20% Básica: 18% Diversificado: 18%	Ama de casa: 26% Empleado: 26%
Santa Eulalia	46	Madre: 57%	Entre 15 y 44 años: 80%	Femenino: 67%	No tiene estudios: 50% Primaria: 28%	Ama de casa: 58%
San Miguel Acatán	18	Madre: 50%	Entre 15 y 44 años: 78%	Femenino: 67%	No tiene estudios: 39% Primaria: 28%	Ama de casa: 59%
Total Departamento Huehuetenango	372	Madre: 53%	Entre 15 y 44 años: 76%	Femenino: 65%	No tiene estudios: 31% Primaria: 30%	Ama de casa: 44%

Resultados seleccionados

Gráfico 3. Cuando usted o un familiar fue al establecimiento de salud, ¿le dieron receta para comprar afuera del establecimiento?

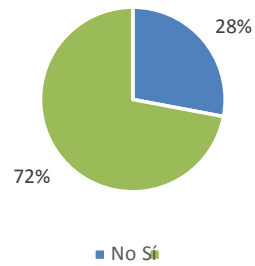


Gráfico 4. En caso de que no los compró, ¿Por qué no?

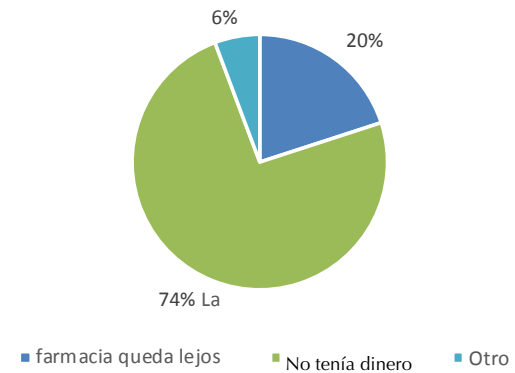


Gráfico 5. ¿El médico (la enfermera, la auxiliar de enfermería) que lo atendió fue amigable con usted o su familiar?

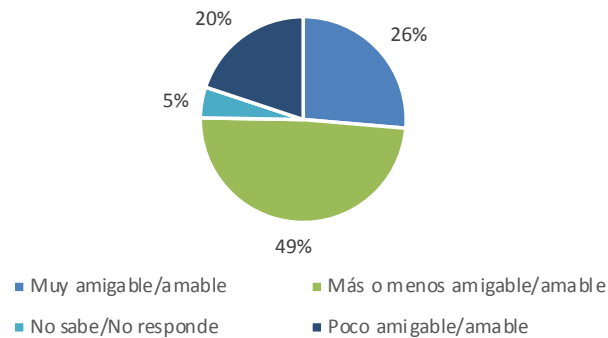


Gráfico 6. ¿Cómo usted o su familiar califica la atención que ha recibido en el establecimiento de salud ?

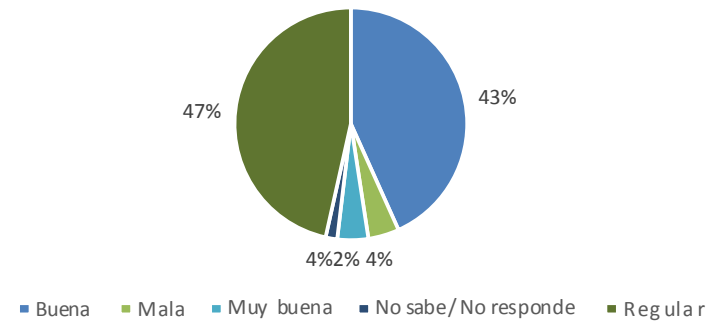


Gráfico 7. El horario de atención del establecimiento de salud le parece

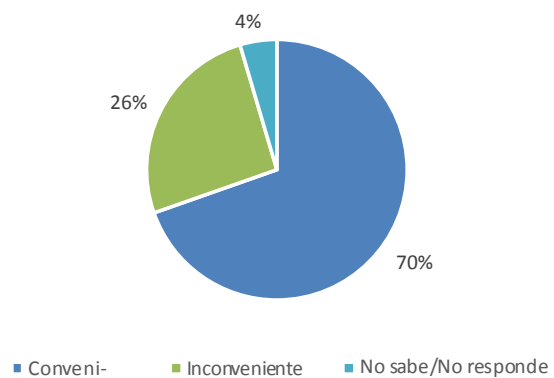
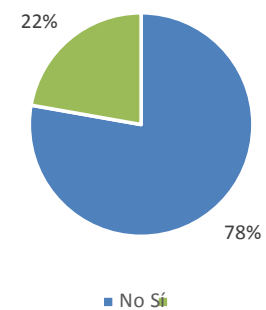


Gráfico 8. ¿Considera que el establecimiento de salud tiene suficientes medicinas?



6.1.3 Resumen de grupos focales Huehuetenango

Los grupos focales complementaron los hallazgos de las encuestas a hogares respecto a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto, pero sobre todo permitieron conocer las percepciones de los usuarios/as de los servicios de salud estudiados respecto a la pertinencia cultural. ¿Existen en la unidad de salud condiciones que los hagan sentir cómodos o incómodos? ¿Han sentido algún tipo de discriminación o rechazo? ¿El personal de salud respeta las creencias culturales de los usuarios? En el caso de que necesitaron comunicarse en su propia lengua ¿cómo el personal de salud logró interactuar con ustedes? También los grupos focales permitieron conocer respecto al enfoque de género al tratar temas sobre los motivos por los que los usuarios/as buscaban una prestación de salud en el área de la salud sexual y reproductiva, especialmente la atención de partos.

Preguntas/ tema	Respuestas/ comentarios
1. ¿Por qué motivos visita la unidad de salud?	Control de embarazo Por vacunas Porque la han atendido bien Atención a los bebés Cobran lo correcto Por obligación, ahí hay las vacunas A chequeos médicos Vacunas de Covid Por falta de dinero
2. ¿Existen en la unidad de salud condiciones que los hagan sentir cómodos o incómodos? Sí/No. Explicar la respuesta.	Comodidad Hay personas que trabajan con cariño y pasión Incomodidad Hacer colas largas. Falta de dinero para atenderse. Le hacen esperar por su vestimenta indígena. Hay discriminación hacia la gente pobre e indígena, no nos atienden o nos hacen esperar. Existe racismo en el personal. Los servicios de salud no cuentan con personal ni equipo para la atención. El personal por ser pagado. Si te enfermas la mayoría se muere. No hay personal capacitado. Faltan equipos para exámenes. No hay buena atención. Faltan experiencias y buenas ideas de atención.

Preguntas/ tema	Respuestas/ comentarios
3. ¿Han sentido algún tipo de discriminación o rechazo? (Indagar si el personal de salud respeta las creencias culturales de los usuarios).	Sí, por mi vestimenta tradicional. Sí, por ser pobre Sí, por ser indígena Sí, hay personal médico y de enfermería sin paciencia
4. En el caso de que necesitaron comunicarse en su propia lengua, cómo el personal de salud logró interactuar con ustedes (cómo resolvió).	Solo digo "vengo a una consulta" en castellano, porque el personal castellano hablante, no entiende más o se hace el que no entiende, porque todos son locales y si conocen el idioma maya. Hay personal que si nos entiende y nos contesta en nuestra propia lengua.No a todos les gusta, pero si hay personal que lo hace.
5. ¿El servicio de salud está adecuado/ preparado para atenderlas convenientemente ?	No, todo derivan. Si el doctor está ocupado en consulta, deja en practicantes al paciente de emergencia y todo derivan, ni un parto atienden. El personal no está capacitado. Las instalaciones están bien, hay encargados de limpieza, tenemos más problemas en el personal médico, cirujías, etc.
6. ¿Qué es lo que más les ha gustado de la unidad de salud? 7. ¿Qué es lo que menos les ha gustado de la unidad de salud?	Les gusta Me han atendido bien en el embarazo. Las vitaminas que entregan para los bebés. La vacunación la llevan muy bien. Hay higiene en las instalaciones. No les gusta Hay profesionales que no atienden bien. Dejan a las personas pobres e indígenas en espera, les mienten diciendo que el profesional no ha llegado y sí está, en la cafetería. No les interesa atender a tiempo. Que no manejen el idioma local. Atienden a los familiares del personal primero. Sabemos que dice que nuestro sistema de salud está colapsado desde hace años, entonces no dan ganas de ir honestamente. El espacio no es adecuado, es insuficiente. Hay mucha gente queriendo atenderse.
8. ¿Qué obstáculos impiden que ustedes acudan a la unidad de salud?	No cumplen cuando dan fecha de atención, llego en la fecha correcta y estando en el centro de salud me cambian la cita para dos o tres días más. Saben hablar el idioma nuestro, pero el personal se hace el que no sabe para no atender a los que hablan en el idioma local. Siempre hago la lucha, me toca avanzar 45 minutos e igual voy por mis hijos y por mi salud, me cobran 10Q de ida 10Q de vuelta, 20Q del ultrasonido. En total 40Q gasto en una atención. No le hacen el ultrasonido si no paga, afuera el ultrasonido es más caro, por eso buscamos la forma de llegar al CAP. Faltan medicinas.

Preguntas/ tema	Respuestas/ comentarios
	<p>No todas las medicinas tienen en el CAP, o solo entregan las medicinas a quienes quieren. La distancia es el mayor obstáculo, toca caminar 45 minutos si no hay bus, en bus 30 minutos. Sabemos que no todos tenemos dinero. 20Q en buses más el costo de la medicación son obstáculos, para ella es bastante, lo que para otros es poco. Como tiene que dejar a sus hijos en casa, estar dos o tres horas fuera de casa, esto también es un gran obstáculo. Porque para que te atiendan se demora mucho. Falta de personal especializado. El factor tiempo es un obstáculo, porque hay muchas comunidades lejanas, que no le permite un acceso fácil al centro de salud. El centro de salud cuenta con dos ambulancias, pero no hay combustible. A veces los familiares tienen que poner el combustible de las ambulancias.</p>
<p>9. ¿Qué recomendaciones darían al personal de salud para mejorar el servicio?</p>	<p>Que nos atiendan a todos por igual, sin discriminar si somos pobres o si no hablamos español. Que el personal no tenga miedo de hablar nuestro idioma maya. Necesitamos su ayuda para que nos atiendan y nos den medicinas, nos atiendan bien y a todos por igual. Que nos traten por igual a todos, que porque llevo corte y otros que no sean indígenas los van a tratar mejor, esto no debe ser así. Todos tenemos el mismo derecho, al castellano hablante no tienen por qué atenderlo antes. Que el personal domine y hable el idioma local. Que mejoren las unidades de salud. Mejorar las instalaciones para que no haya problemas. Que el gobierno se preocupe de que haya mejor atención al público. Que se contrate a personas que realmente tengan ese deseo de desempeñar su profesión, porque a veces sólo llegan a cumplir horarios, no hay una real motivación por parte de ellos para ejercer su profesión y a veces el sistema falla en ese sentido. Que se cumpla en el centro de salud con el 75% de los medicamentos para poder atender a la población, porque recuerde que los enfermeros y doctores no pueden hacer milagros si no hay medicamentos, lo que cura realmente son los medicamentos. Que se amplíe más el centro de salud, para atender los pacientes que están necesitados.</p>

6.1.4 Hallazgos sobre barreras para el acceso a los servicios de salud en Huehuetenango

La accesibilidad constituye el puente que integra la oferta con la demanda. Sin embargo, esto no debe considerarse de manera lineal, pues el concepto Accesibilidad incluye (o debe incluir) tanto las variaciones de los servicios de salud como de las condiciones y necesidades de la población, hecho complejo de operacionalizar.

Los resultados son producto de la revisión de información documental y del trabajo de campo que incluyó la observación directa de las comunidades y los establecimientos de salud, la Valoración de las Condiciones Esenciales de los servicios de salud del primer nivel y segundo nivel (oferta institucional), entrevistas a informantes clave, discusión de grupos focales y encuestas a hogares (demanda de la población).

Una vez procesados los datos, los resultados confirmaron la existencia de notorias barreras a los servicios de salud originadas por deficiencia de la oferta sanitaria como por las características de la demanda, situación que ahonda la inequidad en salud ya existente por otros factores.

El estudio de la demanda, se basó, sobre todo, en la encuesta a hogares. Así, se realizaron 372 encuestas a usuarios/as de los establecimientos de salud. Sociodemográficamente el 65% de la muestra fueron mujeres, el 76% se encontraban en el rango de 15 a 44 años, 53% eran madres, 44% amas de casa, el 31% no tenía estudios y el 30% había alcanzado la educación primaria.

- **Disponibilidad**

Está vinculada con los elementos institucionales de la oferta de servicios. El análisis de la disponibilidad, además de las encuestas a hogares, se complementó con la Valoración de las Condiciones Esenciales.

En general, según las encuestas a hogares, la disponibilidad de los CAP es conveniente en cuanto al horario de atención (70%) y la información que el personal de salud brinda respecto al problema de salud y el tratamiento (77%). Por el contrario, los usuarios/as consideran que el establecimiento de salud al que acuden no tiene suficientes medicinas (69%).

En cuanto al déficit de medicinas también se discutió en los grupos focales y fue notorio el malestar de los participantes (que hablaron también por la población).

- **Accesibilidad**

En su concepción más simple y operativa entendida como la posibilidad real de que los usuarios lleguen al establecimiento de salud y sean atendidos. No es tan sencillo, por el

contrario, las condiciones socioeconómicas de la población, las barreras geográficas, los tiempos que conlleva el desplazamiento desde las comunidades hasta el establecimiento de salud, los tiempos de espera, la consecución del “número”, la posibilidad de adquirir los medicamentos cuando no son dados por el proveedor. El acceso no es resultado sólo de la existencia del establecimiento de salud, sino del uso en consonancia con la necesidad.

Debe tenerse en consideración que el acceso a los servicios de salud es cambiante y multifactorial; por ejemplo las leyes del mercado, evidentes en la práctica privada de la medicina, y solapada en la oferta pública por profesionales que también ejercen privadamente, no sólo colocan intereses personales de lucro, sino que influyen en la estructura y funcionamiento de los servicios sanitarios, hecho del que no escapan los establecimientos estudiados.

En este marco conceptual se identificaron barreras dependientes de los usuarios y barreras dependientes de los servicios de salud.

Entre las barreras dependientes de los usuarios, el 37% de los encuestados o un familiar ha dejado de acudir al establecimiento de salud cuando lo necesitaba por falta de dinero. En el 72% de los casos le dieron una receta para comprarla fuera del establecimiento; en el 13% de las oportunidades las recetas no fueron adquiridas, mayormente por falta de dinero.

Sobre el 80% de los encuestados o sus familiares pueden llegar a la unidad en 30 minutos o menos y son atendidos rápidamente.

En el 50% de los casos se requirieron hacer exámenes fuera del establecimiento, algunos de los cuales los usuarios no se hicieron por falta de dinero.

• **Aceptabilidad**

En este trabajo, entendida como las personas que desean utilizar los servicios de salud dadas sus experiencias o las de sus familiares o conocidos, en torno a la unidad de salud estudiada. Así, la aceptabilidad se basa en experiencias en la resolución efectiva de los problemas de salud, la aceptación y respeto del proveedor hacia las creencias del usuario y la calidez percibida.

Los factores socioculturales, usualmente propiciados por la cosmovisión de la población, y en consecuencia sus creencias sobre la salud-enfermedad determinan decisiones respecto a acudir o no a los servicios de salud en caso de enfermedades, atención de niños, partos. Es decir, estos factores pueden convertirse en barreras.

Dentro de las barreras socioculturales, se pueden identificar las denominadas barreras personales, originadas por la falta de reconocimiento de los usuarios de sus necesidades de atención médica y, sobre todo, de sus derechos a ser atendidos oportunamente y con calidad.

En general, existe una buena aceptación de los servicios ofertados pues los usuarios en un gran porcentaje (80%) reconocen que el personal de salud resolvió sus problemas de salud, que entendió correctamente lo que él/ella decía (82%). Sin embargo, el 10% manifestó que el personal de salud no respetó las creencias culturales suyas o de un familiar; y un 25% prefiere acudir al terapeuta tradicional. Tratándose del parto, aunque en algunas de las unidades existe un área para la atención del parto con adecuación cultural, el 59% prefiere que se dé en la casa con el apoyo de una comadrona.

La Aceptabilidad también se menoscaba por el maltrato que los usuarios reciben de ciertos proveedores, en la mayoría de los casos, un médico o una enfermera. El 9%, manifestó que ellos, un familiar o un conocido, habían sido maltratados verbalmente o con un gesto o una burla. En este mismo sentido se manifestaron algunos participantes de los Grupos Focales.

• **Contacto**

Entendido como las personas que efectivamente han utilizado los servicios de salud.

A efectos de determinar las características del contacto se estudió la satisfacción del usuario mediante su percepción de la calidez (personal amigable) y la calidad de la atención.

Este componente de la accesibilidad resultó el más crítico. Así, el 69% de los encuestados contestó que el personal de salud fue poco amigable al momento de atenderlo o a un familiar.

De similar forma, 47% de los encuestados calificó como Regular, y 43% como buena la atención recibida en el establecimiento de salud.

Estos resultados muestran la precariedad del momento clave del encuentro entre la oferta y la demanda (la clásica interacción médico-paciente) y constituye para el análisis la mayor barrera encontrada.

Este resultado podría deberse a las características de una inadecuada atención de algunos servidores públicos, esto es apenas una parte de la causa del maltrato o poca calidez y de la falta de calidad de la atención. En realidad es el modelo biomédico, que descontextualiza sus intervenciones, y la debilidad del modelo de atención propuesto, poco arraigado en la APS y en las redes integrales de salud, el que genera frecuentes desencuentros del personal sanitario con los usuarios.

Habría que reconocer, también, la escasa disponibilidad de personal con competencias calificadas, entre las que deben contarse las fortalezas sociológicas para entender, respetar y responder idóneamente a la visión indígena maya, y de factores motivacionales intrínsecos en la relación contractual (bajos salarios, ausencia de educación permanente e inestabilidad laboral, entre otros) que determinan ciertas conductas inadecuadas.

Pertinencia cultural

Como se señaló anteriormente, los grupos focales aportaron datos sobre el trato igualitario o discriminado en caso de pertenecer a diferentes pueblos o grupos culturales. También se captaron las opiniones de los grupos en cuanto a la aceptación o rechazo de características indígenas tales como la comunicación en el idioma local o el uso del traje típico.

A continuación, se muestra información clave abordada en los grupos focales:

En San Juan Ixcoy, Huehuetenango, en el caso de necesitar comunicarse en el idioma Q'anjob'al, se dijo que en el centro de salud "se atiende bien porque hay personas oriundas del mismo municipio y si queremos hablar en nuestro idioma nos responden en nuestro idioma, nos atienden en nuestro idioma". También se maneja la lengua española, pero "la mayoría atiende en el idioma local".

En el grupo de San Miguel Acatán se comentó que si acuden a los centros de salud es por falta de dinero pues le toca hacer "colas largas" y observan "que entran otras personas" y no saben si es "por la vestimenta indígena o por si somos pobres" que "no los atienden bien y prefieren atender a otros". Se siente incomodidad por el personal, pues según se dijo "existe racismo... se nota en el trato a personas pobres", "los enfermeros hacen esperar con discriminación a las personas pobres", "por ser indígenas les tratan así".

La vestimenta y la apariencia "pobre" fueron así identificados como elementos de discriminación en las unidades de salud.

También se expresó que lo mismo ocurre con el idioma: "he observado malos tratos a personas pobres o a los indígenas porque no entienden su idioma". Cuando necesitan comunicarse en su idioma los usuarios dicen: "vengo a una consulta" en castellano, "porque el personal no entiende más o se hace el que no entiende, porque todos son locales y sí conocen el idioma maya".

En este grupo focal se recomendó que se debe atender "a todos por igual, sin discriminar si somos pobres o si no hablamos español... que el personal no tenga miedo de hablar nuestro idioma maya". Que no se dé rechazo o menosprecio si las personas llevan su corte o su traje indígena, que no se perciba un mejor trato a los no indígenas: "Todos tenemos el mismo derecho, al castellano hablante no tienen por qué atenderlo antes. Es necesario que el personal domine y hable el idioma local".

Enfoque de género

El tema de género es central en un análisis de los servicios de salud públicos, en primer lugar, porque hay una división en cuanto a la utilización de los mismos, siendo que, al parecer las que más acuden a estos son las mujeres y sobre todo para temas de salud reproductiva tanto en el periodo de embarazo, parto y puerpe-

rio. Después del parto, las unidades de salud son necesarias para los controles postnatales, vacunas y demás cuidados del neonato. Es normalmente la madre la que se ocupa de estos temas y prevalece por lo común a lo largo de la infancia de los hijos. En algunos casos las parejas acompañan a la mujer y a los hijos(as), pero su función es la de acompañante. De esta forma los hombres adultos usan menos las unidades de salud.

Corroborando esta apreciación en San Juan Ixcoy, al preguntar al grupo la razón por la que normalmente visitan la unidad de salud, se respondió que “para vacunar a sus hijos o cuando las embarazadas van a chequearse o a vacunarse” “porque si vamos para que nos curen, no creo que me mediquen algo pues sabemos que nuestro sistema de salud está colapsado desde hace años” “no dan ganas de ir...”; “las mujeres embarazadas son las que más se acercan a los centros de salud”.

En San Miguel Acatán, al igual que en los demás grupos, se expresó que las que más acuden a la unidad de salud son las mujeres embarazadas y por vacunas. En este caso se estima que han recibido buena atención, que han sido “gentiles”, “atienden a los bebés, cobran lo correcto.”

En cuanto a la adecuación del servicio de parto se dijo que a veces llegan mujeres “en labor de parto” y quedan en manos de practicantes si el doctor está ocupado en consulta.

Sin embargo, hubo comentarios positivos sobre la atención del embarazo, en la provisión de vitaminas para los niños y en la vacunación.

A continuación se resumen las principales barreras de acceso a los servicios de salud en la DAS de Chiquimula:

Cuadro 4. Principales barreras de acceso a servicios de salud, DAS de Huehuetenango

Momento	Definición práctica	Barreras
Disponibilidad	Servicio de salud listo para recibir a los usuarios	Falta de medicamentos. Se entregan recetas para comprarse fuera del establecimiento de salud. Faltan equipos médicos, de laboratorio clínico, insumos... Escasez de personal. Y en ciertos casos, personal motivado y atento. Infraestructura física obsoleta o estrecha. Problemas con la dotación de agua potable. Baños en mal estado.
Accesibilidad	Posibilidad real de llegar al servicio de salud	Usuarios no acuden al establecimiento de salud por falta de dinero para el transporte, medicina, exámenes. (Resulta interesante anotar que la mayoría de los usuarios pueden llegar al establecimiento de salud en 30 minutos o menos desde su casa. Sin embargo, de noche, e incluso en una emergencia, no existe transporte público y es muy oneroso alquilar un vehículo, en caso de que hubiera uno disponible.)
Aceptabilidad	Deseo de utilizar el servicio de salud	En ciertos casos el personal de salud no respeta las creencias culturales de los usuarios mayas. Discriminación racial. Parte del personal de salud no conoce el idioma local. En pocos casos, un alto porcentaje de partos en casa son la mayoría.
Contacto	Utilización del servicio de salud	Un alto porcentaje de los usuarios/as considera "regular" la calidad de la atención recibida. Personal de salud poco amigable.

6.2 DAS Ixil

6.2.1 Valoración de las Condiciones Esenciales

Se realizó mediante una visita programada a cada establecimiento incluido en el estudio.

Los formatos utilizados, proporcionados por OPS/OMS, Guatemala, comprenden ocho criterios de evaluación cuyo resultado determina el nivel de desarrollo de cada establecimiento, de acuerdo a la siguiente escala:

Nivel de desarrollo:

Bajo: menor al 40%. Identificado con el color rojo.

Medio: entre el 41% y el 80% identificado con el color amarillo.

Alto: Más del 80%. Identificado con el color verde.

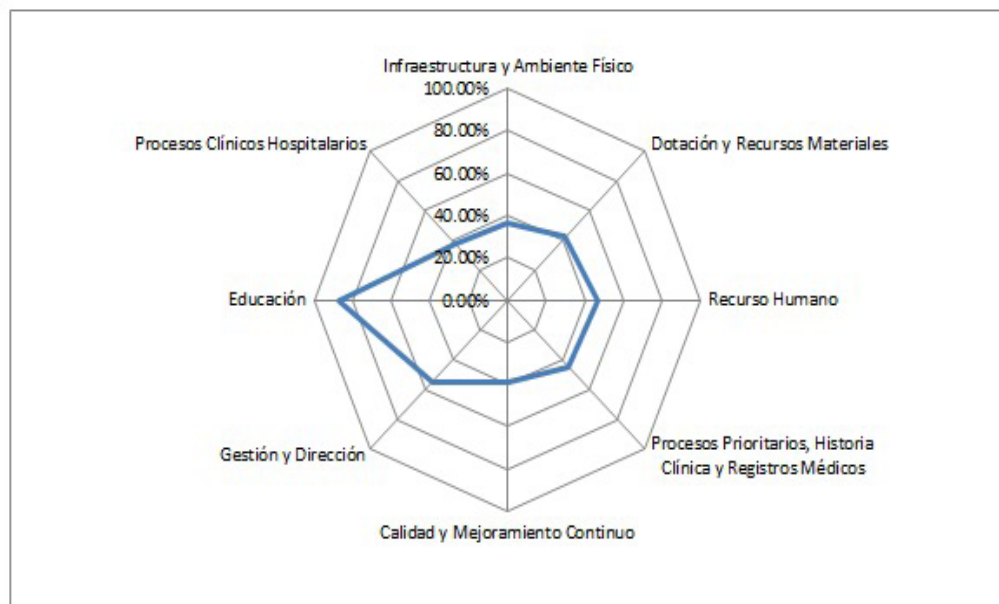
En el caso de la DAS de Ixil, ninguno de los CAP, Cotzal y Chajul, alcanzó un nivel alto (color verde). El primero obtuvo bajo en 2 criterios (rojos) y del CAP Chajul Bajo desarrollo en 2 criterios (rojos).

El promedio del nivel de desarrollo de los 2 establecimientos de salud fue 38%, es decir nivel bajo (color rojo).

A continuación se muestran los resultados alcanzados por cada uno de los establecimientos:

Resumen VCE IXIL 2021

NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Chajul		Cotzal		Ixil		
	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	133	35.95%	140	38.89%	137	36.89%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	92	38.33%	110	45.83%	101	42.08%
Criterio 3	Recurso Humano	63	43.45%	72	55.38%	68	46.55%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	93	45.37%	91	44.39%	92	44.88%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	59	38.06%	61	39.35%	60	38.71%
Criterio 6	Gestión y Dirección	86	55.48%	85	54.84%	86	55.16%
Criterio 7	Educación	35	87.50%	35	70.00%	35	87.50%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	73	33.95%	89	41.40%	81	37.67%
	Total	561	36.79%	594	39.34%	578	37.87%



Información demográfica

Cuadro 5. Información demográfica por distritos

Distrito	No. Encuestas	Rol en el hogar	Edad promedio de los encuestados	Sexo predominante y %	Escolaridad	Ocupación
Nebaj	156	Madre: 72 %	Entre 15 y 44 años: 68%	Femenino: 78%	No tiene estudio: 63% Primaria: 15%	Ama de casa: 67%
Chajul	119	Madre: 61%	Entre 15 y 44 años: 73%	Femenino: 85%	No tiene estudio: 52% Primaria: 18%	Ama de casa: 76%
Cotzal	84	Madre: 83%	Entre 15 y 44 años: 79%	Femenino: 90%	No tiene estudio: 35% Primaria: 24%	Ama de casa: 77%
Total Ixil	359	Madre: 71%	Entre 15 y 44 años: 72%	Femenino: 83%	No tiene estudio: 53% Primaria: 18%	Ama de casa: 73%

Resultados seleccionados

Gráfico 9. Cuando usted o un miembro de la familia se enferma, ¿a donde prefiere ir?

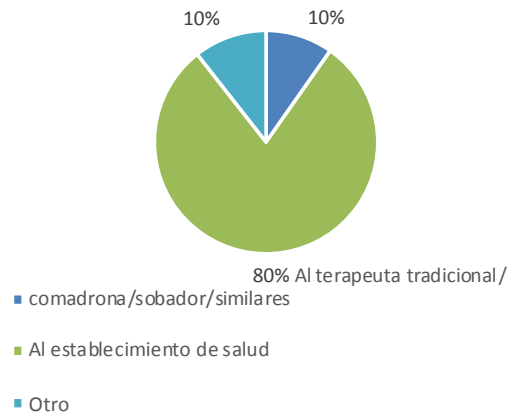


Gráfico 10. ¿Dónde usted o un familiar tuvo su parto?

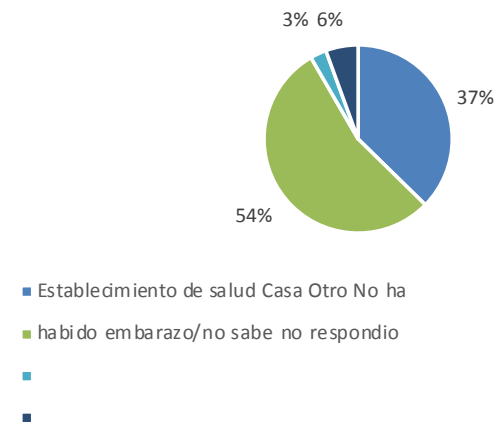


Gráfico 11. Cuando usted o un familiar fue al establecimiento de salud, ¿le dieron receta para comprar afuera del establecimiento?

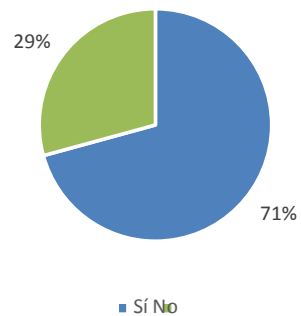


Gráfico 12. En caso de que no los compró, ¿Por qué no?



Gráfico 13. ¿El médico (la enfermera, la auxiliar de enfermería) que lo atendió fue amigable con usted o su familiar?

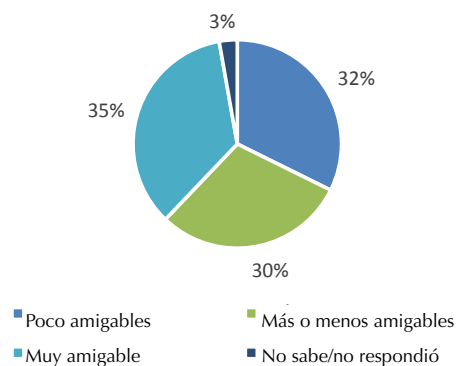


Gráfico 14. ¿Cómo usted o su familiar califica la atención que ha recibido en el establecimiento de salud ?

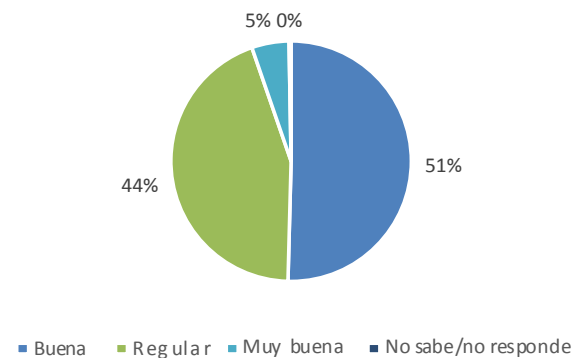


Gráfico 15. El horario de atención del establecimiento de salud le parece

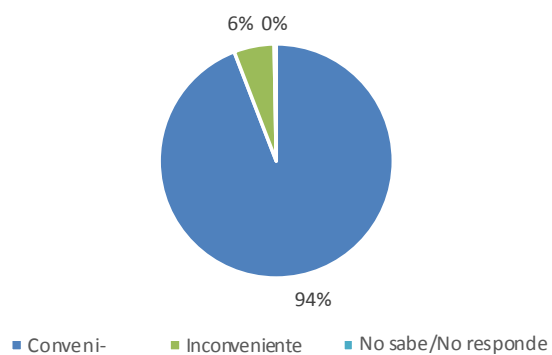
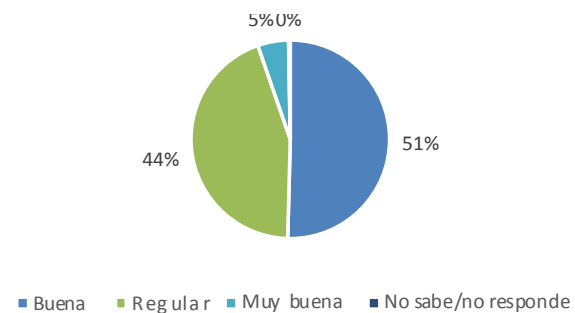


Gráfico 16. ¿Cómo usted o su familiar califica la atención que ha recibido en el establecimiento de salud?



6.2.3 Resumen de los grupos focales Ixil

Los grupos focales complementaron los hallazgos de las encuestas a hogares respecto a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto, pero sobre todo permitieron conocer las percepciones de los usuarios/as de los servicios de salud estudiados respecto a la pertinencia cultural ¿Existen en la unidad de salud condiciones que los hagan sentir cómodos o incómodos? ¿Han sentido algún tipo de discriminación o rechazo? ¿El personal de salud respeta las creencias culturales de los usuarios? En el caso de que necesitaron comunicarse en su propia lengua, cómo el personal de salud logró interactuar con ustedes, etc.). También los grupos focales permitieron conocer respecto al enfoque de género al tratar temas sobre los motivos por los que los usuarios/as buscaban una prestación de salud en el área de la salud sexual y reproductiva, especialmente la atención de partos.

Preguntas/ tema	Respuestas/ comentarios
1. ¿Por qué motivos visitan la unidad de salud?	Visito el CAP todos los meses por una fractura que tuve. Por una gastritis, a veces hemos ido por infecciones intestinales. Por control de sus hijos Porque nos atienden bien, aunque a veces dan receta para comprar, pero nos atienden bien Porque vamos al control prenatal Nos motiva a ir por los medicamentos, son gratis y nos ayudan, dan consulta.
2. ¿Existen en la unidad de salud condiciones que los hagan sentir cómodos o incómodos? Sí/No. Explicar la respuesta.	Nos atienden , son amables , el servicio de salud si es cómodo o bien . Solamente sería con los medicamentos , a veces no lo tienen abasto entonces esa sería la única situación por la que me siento un poquito incómodo. He ido al centro de salud y pues gracias a Dios me han brindado buen servicio, los enfermeros siempre han sido amables y la verdad me han atendido muy bien y no daría ninguna queja porque todo ha salido bien. Nos atienden rápido, nos tratan con amabilidad. No hay de todas las medicinas y nos toca comprarlas. Están en una casa pequeña por construcción del nuevo CAP y no hay agua ni papel en el baño para cuando están esperando consulta. El personal del centro nos apoya.
3. ¿Han sentido algún tipo de discriminación o rechazo?	Cuando no nos dan medicamento a veces pensamos que es porque no nos quieren dar Les hablan en su idioma casi siempre. Sienten que le da vergüenza al personal hablar en Ixil.
4. En el caso de que necesitaron comunicarse en su propia lengua, cómo el personal de salud logró interactuar con ustedes (cómo resolvió).	En mi caso hay algunas enfermeras que hablan en español y yo les digo que hablo mejor si nos comunicamos en Ixil. En su mayoría el personal habla el idioma local.

Preguntas/ tema	Respuestas/ comentarios
5. ¿El servicio de salud está adecuado/ preparado para atenderlas convenientemente?	En mi persona la verdad para mí está bien, el único problema es que a veces pasa con los enfermeros nuevos que no tienen como las habilidades. En el CAP sí las instalaciones están bien, pero en los otros puestos de Cotzal hay muchas cosas que no están bien, como los techos y paredes. Las sábanas no siempre están limpias, y las camillas ya están viejas. El servicio ese en un lugar pequeño, es una casa, y espero que cuando ya esté el otro servicio sea adecuado.
6. ¿Qué es lo que más les ha gustado de la unidad de salud? 7. ¿Qué es lo que menos les ha gustado de la unidad de salud?	Les gusta Nos atiendan amables. La mayoría nos hablan en nuestro idioma. No todos, pero son amables. No me gusta. Que nos pidan el número de expediente y / o el certificado, o una identificación y a veces vamos por emergencia y no lo tenemos. No siempre hay medicinas. Hay que comprarlas afuera y no hay dinero. Existe personal que no es amable. Cuando me atendieron el parto me dejaron sola y mi familia estuvo conmigo, el personal me dejó sola. Por eso muchas mujeres prefieren que su parto sea en casa. Las embarazadas no acuden porque tienen miedo o les tratan mal. Los enfermeros no tienen educación.
8. ¿Qué obstáculos impiden que ustedes acudan a la unidad de salud?	No hay ambulancias suficientes. Yo tengo los medios para ir al CAP, pero otras personas no tienen y les dificulta. La pandemia, no quiero que me hagan el hisopado para un procedimiento. No hay un número fijo del CAP para llamar y poder ir. Lo que dificultad es tanto tiempo de espera, dan número y se demoran.
9. ¿Qué recomendaciones darían al personal de salud para mejorar el servicio?	Que tal vez puedan contratar más enfermeros. Tengan toda la medicina Que las camillas no estén tan viejas. Que las sábanas no estén sucias. Que los servicios de salud de las aldeas estén mejor de las paredes y los techos. Que no dejen sola a la paciente para su parto, que las cuiden. Deberían de mejorar, que atiendan bien, porque hay algunos que dicen -sí ahorita lo vamos a atender-, pero al final de cuentas una espera media una hora y no están ahí.

6.2.4 Hallazgos sobre barreras para el acceso a los servicios de salud en Ixil

La accesibilidad constituye el puente que integra la oferta con la demanda. Sin embargo, esto no debe considerarse de manera lineal, pues el concepto Accesibilidad incluye (o debe incluir) tanto las variaciones de los servicios de salud como de las condiciones y necesidades de la población, hecho complejo de operacionalizar.

Los resultados se basan en la revisión de información documental y en el trabajo de campo que incluyó la observación directa de las comunidades y los establecimientos de salud, la Valoración de las Condiciones Esenciales de los servicios de salud del primer nivel y segundo niveles (oferta institucional), entrevistas a informantes clave, discusión de grupos focales y encuestas a hogares (demanda de la población).

Se realizaron 359 encuestas a usuarios/as de los establecimientos de salud. Sociodemográficamente la muestra estuvo conformada por 71% de madres; 73% amas de casa, el 83% de los participantes de la muestra fueron del sexo femenino; 71% eran madres, 73% amas de casa; el 72% correspondía al rango etario de 15 a 44 años; el 13% eran agricultores; el 18% tenía educación primaria y el 14% tenía educación a nivel diversificado.

• Disponibilidad

Está vinculada con los elementos institucionales de la oferta de servicios. El análisis de la disponibilidad, además de las encuestas a hogares, se complementó con la Valoración de las Condiciones Esenciales.

Los resultados de las encuestas a hogares revelan que mayoritariamente la disponibilidad de los CAP es conveniente en cuanto al horario de atención (94%) y la información que el personal de salud brinda respecto al problema de salud y el tratamiento (90%). Por el contrario, los usuarios/as consideran que el establecimiento de salud al que acuden no cuenta con suficientes medicinas (66%).

• Accesibilidad

En su concepción más simple y operativa entendida como la posibilidad real de que los usuarios lleguen al establecimiento de salud y sean atendidos. No es tan sencillo, por el contrario, al estimar el rol de las condiciones socioeconómicas de la población, las barreras geográficas, los tiempos que conlleva el desplazamiento desde las comunidades hasta el establecimiento de salud, los tiempos de espera, la consecución del “número”, la posibilidad de adquirir los medicamentos cuando no son dados por el proveedor. El acceso no es resultado sólo de la existencia del establecimiento de salud, sino del uso en consonancia con la necesidad.

Debe tenerse en consideración que el acceso a los servicios de salud es cambiante y multifactorial; por ejemplo, las leyes del mercado, evidentes en la práctica privada de la medicina, y solapada en la oferta pública por profesionales que también ejercen privadamente, no sólo colocan intereses personales de lucro, sino que influyen en la estructura y funcionamiento de los servicios sanitarios, hecho del que no escapan los establecimientos estudiados.

En este marco conceptual se identificaron barreras dependientes de los usuarios y barreras dependientes de los servicios de salud.

Entre las barreras dependientes de los usuarios, el 37% de los encuestados o un familiar ha dejado de acudir al establecimiento de salud cuando lo necesitaba por falta de dinero. En el 71% de los casos le dieron una receta para comprarla fuera del establecimiento; en el 9% de las oportunidades las recetas no fueron adquiridas, mayormente por falta de dinero.

Sobre el 95% de los encuestados o sus familiares pueden llegar a la unidad en 30 minutos o menos y son atendidos rápidamente.

En el 24% de los casos se requirieron hacer exámenes fuera del establecimiento, algunos de los cuales los usuarios no se hicieron por falta de dinero.

• **Aceptabilidad**

Entendida como las personas que desean utilizar los servicios de salud dadas sus experiencias o las de sus familiares o conocidos, en torno a la unidad de salud estudiada. Así, la aceptabilidad se basa en experiencias en la resolución efectiva de los problemas de salud, la aceptación y respeto del proveedor hacia las creencias del usuario, la calidez percibida.

Los factores socioculturales, usualmente propiciados por la cosmovisión de la población, y en consecuencia sus creencias sobre la salud-enfermedad determinan decisiones respecto a acudir o no a los servicios de salud en caso de enfermedades, atención de niños, partos. Es decir, estos factores pueden convertirse en barreras.

Dentro de las barreras socioculturales, se pueden identificar las denominadas barreras personales. Originadas por la falta de reconocimiento de los usuarios de sus necesidades de atención médica y, sobre todo, de sus derechos a ser atendidos oportunamente y con calidad.

En general, existe una buena aceptación de los servicios ofertados pues el 96% de los encuestados contestó que el personal de salud entendió correctamente lo que decían y el 92% considera que le resolvieron su problema. Sin embargo, el 6% manifestó que el personal de salud no respetó las creencias culturales suyas o de un familiar; y el 10% prefiere acudir al terapeuta tradicional. El 54% de los partos ocurrieron en casa.

Los casos de maltrato al encuestado/a o un familiar constituyeron el 7%. En este mismo sentido se manifestaron algunos participantes de los Grupos Focales

• **Contacto**

Entendido como las personas que efectivamente han utilizado los servicios de salud.

A efectos de determinar las características del Contacto se estudió la satisfacción del usuario mediante su percepción de la calidez (personal amigable) y la calidad de la atención.

Este componente de la Accesibilidad resultó el más crítico. Así, el 52% de los encuestados contestó que el personal de salud fue poco amigable al momento de atenderlo o a un familiar.

Adicionalmente, 44% de los encuestados calificó como Regular, y 50% como Buena la atención recibida en el establecimiento de salud.

Estos resultados muestran la precariedad del momento clave del encuentro entre la oferta y la demanda (la clásica interacción médico-paciente) y constituye para SHIN la mayor barrera encontrada.

Aunque podría elucubrarse que este resultado se debe a las características de unos pocos malos servidores públicos, esto es apenas una parte de la causa del maltrato o poca calidez y de la falta de calidad de la atención. En realidad es el modelo biomédico, que descontextualiza sus intervenciones, y la debilidad del modelo de atención propuesto, poco arraigado en la APS y en las redes integrales de salud, el que genera frecuentes desencuentros del personal sanitario con los usuarios.

Habrá que reconocer, también, la escasa disponibilidad de personal con competencias calificadas, entre las que deben contarse las fortalezas sociológicas para entender, respetar y responder idóneamente a la visión indígena maya, y de factores motivacionales intrínsecos en la relación contractual (bajos salarios, ausencia de educación permanente e inestabilidad laboral, entre otros) que determinan ciertas conductas inadecuadas.

Pertinencia cultural

Como se señaló anteriormente, los grupos focales aportaron datos sobre el trato igualitario o discriminado en caso de pertenecer a diferentes pueblos o grupos culturales. También se captaron las opiniones de los grupos en cuanto a la aceptación o rechazo de características indígenas tales como la comunicación en el idioma local o el uso del traje típico.

A continuación, se muestran los datos más relevantes encontrados en los grupos focales:

En el grupo de Chajul se expresó que a veces pareciera que “no les quieren dar medicamento a propósito” y que en ocasiones al personal le “da vergüenza hablar en Ixil” a pesar de que la mayoría sabe hablarlo.

En Cotzal, sin embargo, no se dio este tipo de apreciaciones, sino más bien se remarcó que el personal habla en Ixil, han recibido un buen trato y no han sentido rechazo. Incluso cuando se solicita al personal que es mejor comunicarse en ixil, este cambia al idioma requerido para comprender mejor a los pacientes. El personal médico en su mayoría habla el idioma Ixil. Este es un elemento que les hace sentir bien.

Enfoque de género

El tema de género es central en un análisis de los servicios de salud públicos, en primer lugar, porque hay una división en cuanto a la utilización de los mismos, siendo que, al

parecer las que más acuden a estos son las mujeres y sobre todo para temas de salud reproductiva tanto en el periodo de embarazo, parto y puerperio. Después del parto, las unidades de salud son necesarios para los controles postnatales, vacunas y demás cuidados del neonato. Es normalmente la madre la que se ocupa de estos temas y prevalece por lo común a lo largo de la infancia de los hijos. En algunos casos las parejas acompañan a la mujer y a los hijos(as), pero su función es la de acompañante. De esta forma los hombres adultos usan menos las unidades de salud.

En cuanto a la atención institucional de los partos, en el grupo de Chajul se dijo que en la atención de los partos “no dejen solas a las pacientes... que las cuiden”, que algunos dicen “sí ahorita lo vamos a atender, pero al final de cuentas una espera media, una hora y no están ahí...”

A continuación se resumen las principales barreras de acceso a los servicios de salud en la DAS de Ixil:

Momento	Definición práctica	Barreras
Disponibilidad	Servicio de salud listo para recibir a los usuarios	Los medicamentos son insuficientes y hay que comprarlos en las farmacias privadas. En ciertas unidades no hay agua ni papel higiénico en el baño. En el CAP de Cotzal el techo y las paredes se encuentran en mal estado.
Accesibilidad	Posibilidad real de llegar al servicio de salud	La falta de dinero impide que muchas personas al establecimiento de salud. No hay dinero para las medicinas ni los exámenes.
Aceptabilidad	Deseo de utilizar el servicio de salud	A cierto personal de salud no le gusta hablar en Ixil. Muchos partos se atienden en casa.
Contacto	Utilización del servicio de salud	En algunos casos, el personal de salud ha sido poco amigable.

6.3 DAS Alta Verapaz

6.3.1 Valoración de las Condiciones Esenciales

Se realizó mediante una visita programada a cada establecimiento incluido en el estudio.

Los formatos utilizados, proporcionados por (OPS/OMS)-Guatemala comprenden ocho criterios de evaluación cuyo resultado determinará el nivel de desarrollo de cada establecimiento, de acuerdo a la siguiente escala:

Nivel de desarrollo:

Bajo: menor al 40%. Identificado con el color rojo.

Medio: entre el 41% y el 80% identificado con el color amarillo.

Alto: **Más del 80%. Identificado con el color verde.**

En el caso de la DAS de Alta Verapaz ninguno 6 de los establecimientos alcanzó un nivel de desarrollo promedio alto (color verde). Sin embargo, todos mostraron un desarrollo sobre el 80% en el Criterio /. Educación, lo cual se entiende porque en la DAS se han desarrollado diversas iniciativas de educación continua.

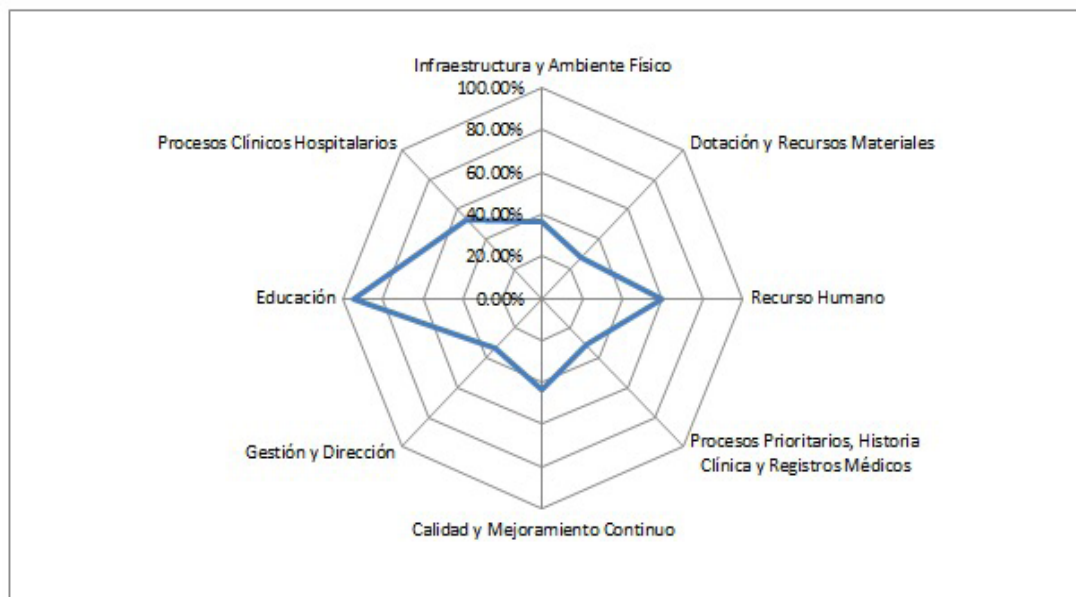
El CAP de San Juan Chamelco obtuvo la más baja valoración, no solo de su DAS, sino de todos los establecimientos evaluados: 24%. El Centro de Salud de Cobán obtuvo la segunda valoración más baja de la DAS de Alta Verapaz: 26%, lo cual podría atribuirse a que funciona precisamente a la par de la DAS y sus instalaciones son pocas funcionales; a esto se suma la carencia de recursos materiales y recursos humanos.

El promedio de los 6 establecimientos de salud fue 34%, es decir ,nivel bajo (color rojo).

A continuación se muestran los resultados alcanzados por cada uno de los establecimientos:

Resumen VCE ALTA VERAPAZ 2021

NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Cobán		San Juan Chamelco		San Cristóbal Verapaz		Tactic		Tamahú		Santa Cruz Verapaz		Alta Verapaz	
	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	104	28.11%	90	24.32%	157	42.43%	158	42.70%	89	24.05%	212	57.30%	125	36.49%
Criterio 2	38	15.83%	44	18.33%	99	41.25%	61	25.42%	34	14.17%	125	52.08%	67	27.85%
Criterio 3	51	35.17%	84	57.93%	118	81.38%	71	48.97%	86	59.31%	107	73.79%	86	59.43%
Criterio 4	49	23.90%	5	2.44%	69	33.66%	78	38.05%	83	40.49%	95	46.34%	63	30.81%
Criterio 5	55	35.48%	30	19.35%	108	69.68%	82	52.90%	89	57.42%	38	24.52%	67	43.23%
Criterio 6	58	37.42%	63	40.65%	58	37.42%	33	21.29%	49	31.61%	55	35.48%	53	33.98%
Criterio 7	42	84.00%	45	90.00%	49	98.00%	50	100.00%	48	96.00%	50	100.00%	47	94.67%
Criterio 8	95	44.19%	71	34.42%	152	70.70%	146	67.91%	116	53.95%	101	48.37%	115	53.26%
Total	397	25.86%	361	23.52%	658	42.87%	533	34.72%	478	31.14%	682	44.43%	518	33.76%



6.3.2 Encuestas a hogares

Información demográfica

Cuadro 7. Información demográfica por distritos

Distrito	No. Encuestas	Rol en el hogar	Edad promedio encuestados	Sexo predominante y %	Escolaridad	Ocupación
Cobán	232	Madre: 49 %	Entre 15 y 44 años: 75%	Femenino: 74%	Diversificado: 33%	Ama de casa: 28%
					Primaria: 22%	Empleado: 25%
San Juan Chamelco	59	Madre: 49 %	Entre 15 y 44 años: 81%	Femenino: 64%	Diversificado 41%	Ama de casa: 36%
					Básica: 24%	Empleado: 24%
San Cristóbal	46	Madre: 48 %	Entre 15 y 44 años: 66%	Femenino: 67%	No tiene estudios: 35%	Ama de casa: 28%
					Diversificado 26%	Comerciante: 22%
Santa Cruz	46	Madre: 52 %	Entre 15 y 44 años: 80%	Femenino: 83%	Primaria: 37%	Ama de casa: 41%
					Diversificado: 24%	Empleado 26%
Tamahú	19	Madre: 63 %	Entre 15 y 44 años: 89%	Femenino: 58%	Diversificado: 47%	Ama de casa: 32%
					No tiene estudios; 21%	Comerciante 16%
					Primaria: 21%	Empleado: 16%
Tactic	30	Madre: 63 %	Entre 15 y 44 años: 70%	Femenino: 77%	Primaria: 33%	Ama de casa: 33%
					Diversificado: 30%	Comerciante: 17%

Resultados seleccionados de las encuestas a hogares

Gráfico 17. Cuando usted o un miembro de la familia se enferma, ¿Dónde prefiere ir?

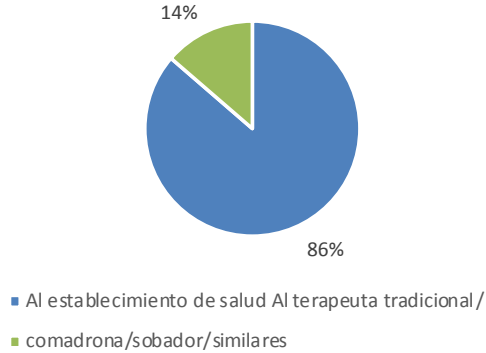


Gráfico 18. ¿Dónde usted o un familiar tuvo su parto?

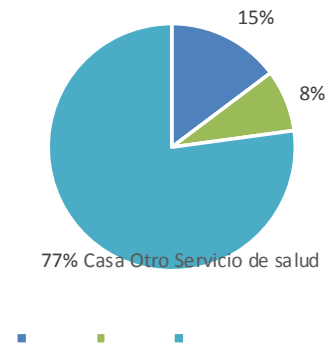


Gráfico 21. ¿El médico (la enfermera, la auxiliar de enfermería) que lo atendió fue amigable con usted o su familiar?

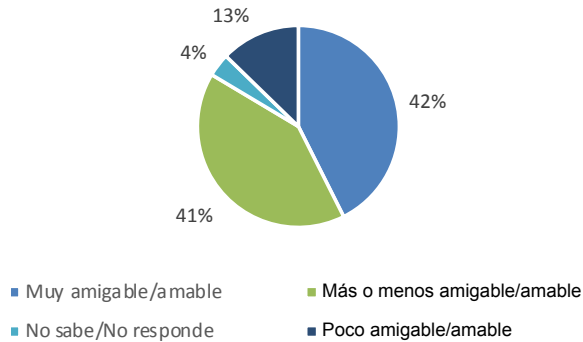


Gráfico 20. En caso de que no los compró, ¿Por qué no?

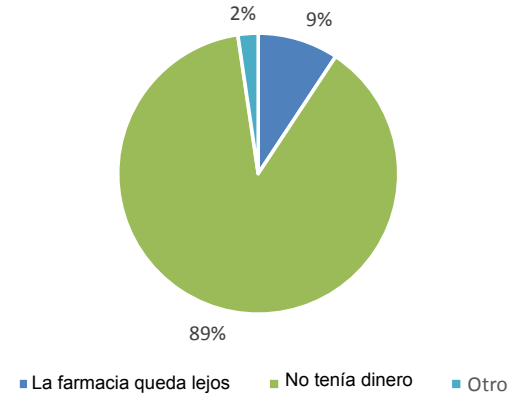


Gráfico 23. El horario de atención del establecimiento de salud le parece

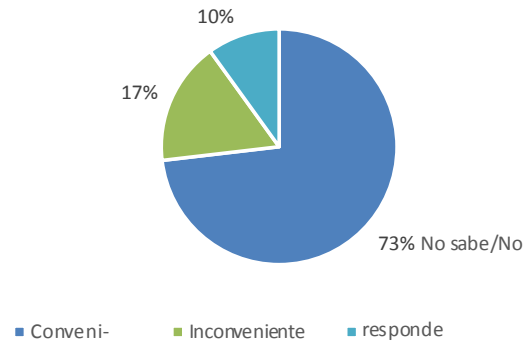


Gráfico 22. ¿Cómo usted o su familiar califica la atención que ha recibido en el establecimiento de salud?

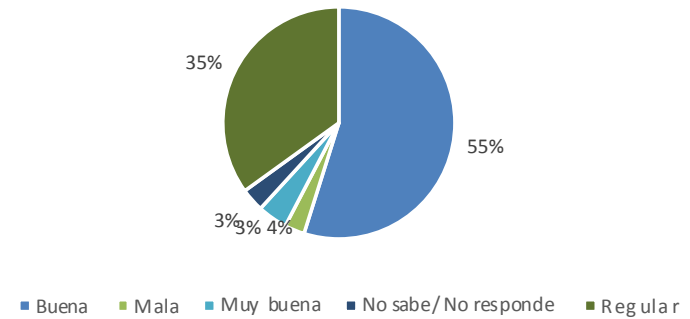


Gráfico 19. Cuando usted o un familiar fue al establecimiento de salud, ¿le dieron receta para comprar afuera del establecimiento?

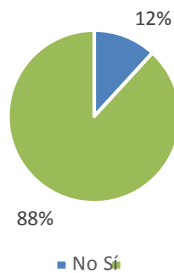
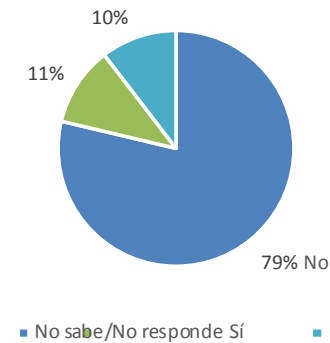


Gráfico 24. ¿Considera que el establecimiento de salud tiene suficientes medicinas?



6.3.3 Resultado de los grupos focales Alta Verapaz

Los grupos focales complementaron los hallazgos de las encuestas a hogares respecto a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto, pero sobre todo permitieron conocer las percepciones de los usuarios/as de los servicios de salud estudiados respecto a la pertinencia cultural. ¿Existen en la unidad de salud condiciones que los hagan sentir cómodos o incómodos? ¿Han sentido algún tipo de discriminación o rechazo? ¿El personal de salud respeta las creencias culturales de los usuarios? En el caso de que necesitaron comunicarse en su propia lengua, ¿cómo el personal de salud logró interactuar con ustedes? etc. También los grupos focales permitieron conocer respecto al enfoque de género al tratar temas sobre los motivos por los que los usuarios/as buscaban una prestación de salud en el área de la salud sexual y reproductiva, especialmente la atención de partos.

Preguntas/ tema	Respuestas/ comentarios
1 . ¿Por qué motivos visitan la unidad de salud?	<p>Por la vacuna del COVID, lastimosamente hay muchas deficiencias. Por problemas de salud.</p> <p>Por vacunación de mi nena para neumococo, no existía la vacuna, no hay calidad.</p> <p>Por emergencias de mis sobrinos, diarreas y fiebres. Por mis hijas y por mi mamá que es diabética. Por controles de mi embarazo.</p> <p>Los controles médicos.</p> <p>Fui por una parálisis facial por estrés, y gastritis. Soy docente y tengo seguro.</p> <p>Por mis partos, mi hijo fue de los primeros partos en el centro de salud de Chamelco.</p> <p>Porque soy hipertensa Por un padecimiento Por la vacuna de la influenza. Tengo seguro social. La consulta privada no baja de 200 quetzales.</p>

Preguntas/ tema	Respuestas/ comentarios
<p>2. ¿Existen en la Unidad de salud condiciones que los hagan sentir cómodos o incómodos? Sí/No. Explicar la respuesta.</p>	<p>Nos hacen esperar para decirnos que no hay medicamentos o vacunas. A un familiar lo llevamos a emergencia, nos hicieron esperar mucho, estando mal, mucha espera para la atención. Los médicos y enfermeros están enfocados en COVID y no enfocados en los temas restantes que se necesitan. Antes no importaba la hora o el día y te atendían bien. El nuevo personal no ha llegado con mística de servir, hace falta vocación de servicio. Las personas del ingreso al centro, si eres humilde te dejan esperando. Tienes que armar revolución para que te pongan asunto. Nos atendieron bien porque fuimos recomendados a través de un doctor que hace turnos ahí en el CAIMI. Hay mala atención. Al centro de convergencia va por necesidad, es mejor en ciudad capital. Problemas de distancia, esperan hasta 5 horas. En el del centro hay mucha gente, hay más privacidad en el barrio, hasta el número de la enfermera tengo y me responde. Hay personas en el centro de salud del barrio muy atentas, muy accesibles y amables, doña Gloria es la enfermera. El maltrato en el centro de salud central por los laboratorios y el estrés Las personas que estamos en la reunión somos del mismo barrio, Gloria Vargas está pendiente de todos, apoyó a las familias con el COVID. En el barrio hay un médico practicante que también ha apoyado. Antes había otro muchacho muy atento. Con las mamás la doctora llegaba a la casa, muy atentas. En el caso del centro de salud central todo lo contrario. En el centro de convergencia estuvieron alquilando, ahora están en otro lugar, un poco lejos. No tenemos puesto de salud cercano, hemos ido al central en horarios donde no hay mucha afluencia y hay un médico que nos va a atender. Si tuviéramos un centro cercano a nuestro barrio sería mejor y tener más confianza (San Juan).</p>

Preguntas/ tema	Respuestas/ comentarios
3. ¿Han sentido algún tipo de discriminación o rechazo?	<p>Hay discriminación en los centros de salud a los indígenas. esperar, no los atienden, dicen que no los entienden. La falta de vocación hace que no atiendan a los pacientes como amerita. Hay personas de escasos recursos a quienes los tratan diferente En el del centro hay personas que no tienen buen trato, pero en general, es mejor en el puesto de convergencia del barrio. Hay rechazo cultural; nunca me ha pasado a mí, pero he visto que gente del área rural los tratan mal, les gritan.</p> <p>Me enviaron del centro de convergencia y no me querían atender. Hay enfermeras que lo tratan mal a uno.</p>
4. En el caso de que necesitaron comunicarse en supropia lengua, cómo el personal de salud logró interactuar con ustedes (cómo resolvió).	<p>La persona de seguridad de la puerta del centro de salud, trata de traducir lo que la persona está tratando de decir. El personal y enfermería no habla el idioma. Una vez me molesté y les hice ver que debían hablar el idioma quekchí. Rechazo por el traje lo ha tenido. En Chamelco no, porque la conocen. En otros servicios de salud si lo ha sentido, ha visto cuando llega gente del área rural y no se comunican, ni les comprenden, ni les explican, el maltrato de no saber el idioma sí existe.</p>
5. ¿El servicio de salud está adecuado/ preparado para atenderlas convenientemente ?	<p>Les falta medicamentos y vacunas Tendríamos que hacer magia para que la atención mejore. Los baños a intemperie, no está bien. No, la infraestructura del CAIMI está deteriorado, el personal gestiona para ir arreglando cosas, el gobierno debe arreglarlo más. No están las condiciones necesarias para la privacidad, ni en el área urbana ni menos en la rural, en un parto el baño estaba por ahí y estaba sucio y uno veía el parto, sin higiene ni normas, nos hace falta mucho, contar con infraestructura . También identificarse con la cultura , la mayoría somos mujeres las que asistimos al centro de salud. Los centros de salud construidos por la secretaría o el gobierno tienen privacidad , los centros de convergencia alquilan una casa y no tienen condiciones, es la situación que vivimos en Guate. En el centro de convergencia va gente de escasos recursos, pensé que me iban a rechazar porque puedo pagar un médico, pero me trataron bien. En el centro de San Juan llega más gente. Pésimo estado, en todos lados.</p>
6. ¿Qué es lo que más les ha gustado de la unidad de salud? 7. ¿Qué es lo que menos les ha gustado de la unidad de salud?	<p>Les gusta cuando tratan de hacer llegar información en el idioma natal, lo que genera más alcance. En casos de abusos o violencia la trabajadora social y psicóloga da acompañamiento. Algún personal se esfuerza en dar buen servicio. Eso es de felicitar.</p> <p>Hacen lo posible por hablar en el idioma maya a las mujeres, hacen un esfuerzo al menos. No les gusta. No se cubre la necesidad de la atención en San Cristóbal, y lo remiten de</p>

Preguntas/ tema	Respuestas/ comentarios
	<p>inmediato, no tratan de solucionar. La paciente sola se limpió la herida producto de un accidente, no hay calidad. Se ven caras para atender, a este sí, a este no. No se brinda la información completa, no le comentan el proceso completo y se pierde la cita. Malas experiencias, trataron mal a mi mamá, no quiso recibirle y la sacó de la consulta. Estaba grave. Mi esposa se cortó, acudimos, el Dr. dijo que solo coloquemos agua con sal y la herida era profunda. A cada rato cambian al personal, por tanto es complicado que te atiendan en base a la confianza. La infraestructura, merece mejorarse. En Cobán, para decirnos que no había vacuna de neumococo nos hicieron esperar 2 horas. Siempre tienen preferencias.</p>
<p>8. ¿Qué obstáculos impiden que ustedes acudan a la unidad de salud?</p>	<p>La ubicación es muy retirada para la población, pese a ello es accesible. Por falta de medicamentos, llegas te dan la receta y no se tiene plata para comprar los medicamentos.</p> <p>No hay doctores que atiendan a todos rápido, te dan números para la atención y demora mucho.</p> <p>El tiempo, la distancia, buscar espacio para ir a consultas.</p> <p>No siempre está abierto, viajar, las distancias, en la ciudad tenemos todo accesible. En los centros de salud es el medio más seguro por la situación COVID.</p> <p>Solo por la mañana atienden, en la tarde no hay atención médica. Cierta número de personas a quienes van a atender, por la pandemia ya no atienden en la tarde.</p> <p>No hay vehículos, lejanía, la misma familia no quiere llevar al paciente Hay desconfianza, dicen “¿para qué vamos si no nos van a dar medicamentos?”.</p> <p>Un bebe falleció de 4 meses hace unos días, lo llevaron al curandero, un “muerto lo había tocado”. En el centro de salud le dijeron que tenía bronconeumonía. Murió. Una dificultad es el miedo.</p>
<p>9. ¿Qué recomendaciones darían al personal de salud para mejorar el servicio?</p>	<p>La atención al cliente, se debe trabajar más en las relaciones humanas. Más motivación del personal. Las áreas deben estar mejor identificadas, mejor rotuladas, y te toca andar de puerta en puerta. Identifican las áreas con hojas de papel impresa. Que se pongan algunos pasos a seguir para conocer los trámites o citas, eso ayudaría mucho. Rótulos tal vez. Mejorar la atención a las mujeres. Al menos brindar un consuelo al paciente. Recibir taller de relaciones humanas al personal, prestar un servicio con pasión. Los baños están en pésimas condiciones, hay que mejorarlos. Las personas que hablen idioma maya, o que haya quien les traduzca. El personal debe ser más capacitado.</p> <p>Se debe crear un vínculo para que el paciente entienda correctamente. Mantenimiento de los baños.</p>

Preguntas/ tema	Respuestas/ comentarios
	<p>Que den cursos de atención al cliente a las que están en archivo, que aprendan quekchí. Marvin: hacer evaluaciones del desempeño permanente. Capacitaciones en atención al cliente. A un bebé lo discriminaron porque salió positivo de COVID. Que tengan más consideración sobre todo con los niños, que haya igualdad. Capacitaciones para que controlen el mal genio, a la Sra. que atiende en archivo y que pregunten el número, les molesta cuando uno no lo sabe. Importante hablar con las señoras de farmacia, no dan buen trato a los que llegan a pedir los medicamentos, oportuno hablarles de relaciones humanas y servicio al usuario.</p>

6.3.4 Hallazgos sobre barreras para el acceso a los servicios de salud en Alta Verapaz

La accesibilidad constituye el puente que integra la oferta con la demanda. Sin embargo, esto no debe considerarse de manera lineal, pues el concepto Accesibilidad incluye (o debe incluir) tanto las variaciones de los servicios de salud como de las condiciones y necesidades de la población, hecho complejo de operacionalizar.

Los resultados se basan en la revisión de información documental y en el trabajo de campo que incluyó la observación directa de las comunidades y los establecimientos de salud, la Valoración de las Condiciones Esenciales de los servicios de salud del primer nivel y segundo nivel (oferta institucional), entrevistas a informantes clave, discusión de grupos focales y encuestas a hogares (demanda de la población).

Se realizaron 432 encuestas (programadas: 384) a usuarios/as de los establecimientos de salud. Sociodemográficamente la muestra estuvo conformada por 51% de madres; 31% amas de casa, 21% empleados y 18% comerciantes; 75% el rango de 15-44 años de edad; 67% femenino, 33% estudios en el nivel diversificado y 23% primaria.

- **Disponibilidad**

Está vinculada con los elementos institucionales de la oferta de servicios. El análisis de la disponibilidad, además de las encuestas a hogares, se complementó con la Valoración de las Condiciones Esenciales

De acuerdo a las encuestas a hogares, la disponibilidad de los CAP es conveniente en cuanto al horario de atención (73%) y la información que el personal de salud brinda respecto al problema de salud y el tratamiento (64%). Es un serio problema que los usuarios/as consideren que el establecimiento de salud al que acuden no cuente con suficientes medicinas (79%).

Sobre el déficit de medicinas también se discutió en los grupos focales y fue notorio el malestar de los participantes (que hablaron también por la población).

• **Accesibilidad**

En su concepción más simple y operativa entendida como la posibilidad real de que los usuarios lleguen al establecimiento de salud y sean atendidos. No es tan sencillo, por el contrario, justipreciar el rol de las condiciones socioeconómicas de la población, las barreras geográficas, los tiempos que conlleva el desplazamiento desde las comunidades hasta el establecimiento de salud, los tiempos de espera, la consecución del “número”, la posibilidad de adquirir los medicamentos cuando no son dados por el proveedor. El acceso no es resultado sólo de la existencia del establecimiento de salud sino del uso en consonancia con la necesidad.

Complementariamente debe tenerse en consideración que el acceso a los servicios de salud es cambiante y multifactorial; por ejemplo, las leyes del mercado, evidentes en la práctica privada de la medicina, y solapada en la oferta pública por profesionales que también ejercen privadamente, no sólo colocan intereses personales de lucro, sino que influyen en la estructura y funcionamiento de los servicios sanitarios, hecho del que no escapan el CAIMI y CAP estudiados.

En este marco conceptual se identificaron barreras dependientes de los usuarios y barreras dependientes de los servicios de salud.

Entre las primeras, el 88% de los casos a los encuestados/as o familiar le dieron una receta para comprarla fuera del establecimiento; 11% no compró la receta, en la mayoría de los casos por falta de dinero.

El 93% de los encuestados o sus familiares pueden llegar a la unidad en 30 minutos o menos y son atendidos rápidamente.

En el 42% de los casos se requirieron hacer exámenes fuera del establecimiento, algunos de los cuales los usuarios no se hicieron por falta de dinero.

• **Aceptabilidad**

Entendida como las personas que desean utilizar los servicios de salud dadas sus experiencias o las de sus familiares o conocidos, en torno a la unidad de salud estudiada. Así, la aceptabilidad se basa en experiencias en la resolución efectiva de los problemas de salud, la aceptación y respeto del proveedor hacia las creencias del usuario, la calidez percibida.

Los factores socioculturales, usualmente propiciados por la cosmovisión de la población, y en consecuencia sus creencias sobre la salud-enfermedad determinan decisiones respecto a acudir o no a los servicios de salud en caso de enfermedades, atención de niños, partos. Es decir, estos factores pueden convertirse en barreras.

Dentro de las barreras socioculturales, se pueden identificar las denominadas barreras

personales. Originadas por la falta de reconocimiento de los usuarios de sus necesidades de atención médica y, sobre todo, de sus derechos a ser atendidos oportunamente y con calidad.

En general, existe una buena aceptación de los servicios ofertados pues un alto porcentaje de los usuarios reconoció que el personal de salud resolvió sus problemas de salud (83%), que entendió correctamente lo que él/ella o un familiar decía (71%). Sin embargo, el 12% manifestó que el personal de salud no respetó las creencias culturales suyas o de un familiar; un 14% prefiere acudir al terapeuta tradicional. Tratándose del parto, aunque en algunas de las unidades existe un área para la atención del parto con adecuación cultural, el 14% prefiere que se dé en la casa.

El 17%, manifestó que ellos, un familiar o un conocido habían sido maltratados verbalmente o con un gesto o una burla. En este mismo sentido se manifestaron algunos participantes de los grupos focales.

• **Contacto**

Entendido como las personas que efectivamente han utilizado los servicios de salud.

A efectos de determinar las características del Contacto se estudió la satisfacción del usuario mediante su percepción de la calidez (personal amigable) y la calidad de la atención.

Este componente de la Accesibilidad resultó ser el más crítico. Así, el 54% de los encuestados contestó que el personal de salud fue poco amigable al momento de atenderlo o a un familiar.

Adicionalmente, 35% de los encuestados calificó como regular, y 55% como Buena la atención recibida en el establecimiento de salud.

Estos resultados muestran la precariedad del momento clave del encuentro entre la oferta y la demanda (la clásica interacción médico-paciente) y constituye para SHIN la mayor barrera encontrada.

Aunque podría elucubrarse que este resultado se debe a las características de unos pocos malos servidores públicos, esto es apenas una parte de la causa del maltrato o poca calidez y de la falta de calidad de la atención. En realidad es el modelo biomédico, que descontextualiza sus intervenciones, y la debilidad del modelo de atención propuesto, poco arraigado en la APS y en las redes integrales de salud, el que genera frecuentes desencuentros del personal sanitario con los usuarios.

Habrá que reconocer, también, la escasa disponibilidad de personal con competencias calificadas, entre las que deben contarse las fortalezas sociológicas para entender, respetar y responder idóneamente a la visión indígena maya, y de factores motivacionales

intrínsecos en la relación contractual (bajos salarios, ausencia de educación permanente e inestabilidad laboral, entre otros) que determinan ciertas conductas inadecuadas.

Pertinencia cultural

Como se señaló anteriormente, los grupos focales aportaron datos sobre el trato igualitario o discriminado en caso de pertenecer a diferentes pueblos o grupos culturales. También se captaron las opiniones de los grupos en cuanto a la aceptación o rechazo de características indígenas tales como la comunicación en el idioma local o el uso del traje típico.

A continuación, se parafrasean y comentan momentos relevantes de estos grupos focales:

En San Juan Chamelco los integrantes del grupo focal expresaron que ellos mismos nunca han sentido rechazo cultural, pero que, sin embargo, sí han visto que “a la gente del área rural los tratan mal, les gritan”. Una participante sí sintió rechazo pues la habían remitido desde el centro de convergencia y “no la querían atender”, “hay enfermeras que lo tratan mal a uno”.

En el caso de necesitar comunicarse en el idioma Q’eqchi, una de las participantes indicó que “una vez se molestó y les hizo ver que debían hablar el idioma local”. Otro miembro del grupo focal expresó que ha sentido “rechazo por el traje”, aunque no en San Juan Chamelco “porque la conocen”, sino que en otros servicios de salud. También ha visto cuando llega gente del área rural y no se comunican ni les comprenden ni les explican, “el maltrato de no saber el idioma sí existe”. Es importante observar que a mayor confianza y familiaridad parece haber un mejor trato y una mayor inclusión.

Un tema importante que abordar con respecto a la pertinencia cultural es el manejo adecuado de la interculturalidad en salud en vez del rechazo o la imposición de una cultura sobre otra. Por ejemplo, en el grupo de San Juan Chamelco se refirieron al caso de un infante de 4 meses quien falleció a causa de un diagnóstico equivocado realizado por un especialista local o curandero. Al llevarlo al centro de salud le dijeron que tenía bronconeumonía, sin embargo, ya era muy tarde y el niño murió. A este respecto se dijo que una de las dificultades es “el miedo” que pueden sentir las personas de comunidades alejadas para acercarse a una clínica o un centro de salud institucionalizado.

Igualmente, otra participante de este mismo grupo relató el hecho de otro bebé discriminado por salir positivo de COVID-19. Se dijo en el grupo que es necesario que el personal “tenga más consideración sobre todo con los niños, que haya igualdad, capacitaciones, que controlen el mal genio”.

En San Cristóbal, , los participantes del grupo focal también se han sentido discriminados expresando que “si eres humilde te dejan esperando y tienes que armar revolución para que te pongan asunto”. También que hay discriminación en los centros de salud hacia los indígenas, “los hacen esperar, no los atienden, dicen que no los entienden”; “la falta de vocación hace que no atiendan a los pacientes como amerita”.

En el caso de que necesitaran comunicarse en Q'eqchi se dijo que “las personas que hablan idioma maya no hay quien les traduzca”, que “el personal debe ser más capacitado” y “se debe crear un vínculo para que el paciente entienda correctamente”.

Como en los demás grupos focales se expresó que, al ser parte de las comunidades locales los empleados del establecimiento deben saber el idioma; por ejemplo, se mencionó el caso de un vigilante de seguridad en la puerta de un centro quien “trata de traducir lo que el paciente está queriendo decir” y, sin embargo, el personal de salud no habla ni entiende el Q'eqchi.

Los participantes destacaron que se sienten bien y les gusta cuando en los centros tratan de hacer llegar información en el idioma natal, lo que genera más alcance. También que, en casos de abusos o violencia, la trabajadora social y la psicóloga dan acompañamiento. “Algún personal se esfuerza en dar buen servicio y eso es de felicitar”. Un miembro del grupo dijo que “hacen lo posible por hablar en el idioma maya a las mujeres, hacen un esfuerzo”.

Enfoque de género

El tema de género es central en un análisis de los servicios de salud públicos, en primer lugar, porque hay una división en cuanto a la utilización de los mismos, siendo que, al parecer las que más acuden a estos son las mujeres y sobre todo para temas de salud reproductiva tanto en el periodo de embarazo, parto y puerperio. Después del parto, las unidades de salud son necesarias para los controles postnatales, vacunas y demás cuidados del neonato. Es normalmente la madre la que se ocupa de estos temas y prevalece por lo común a lo largo de la infancia de los hijos. En algunos casos las parejas acompañan a la mujer y a los hijos(as) pero su función es la de acompañante. De esta forma los hombres adultos usan menos las unidades de salud.

En San Juan Chamelco con respecto a las condiciones de higiene e infraestructura se dijo que no están las condiciones necesarias para la privacidad ni en el área urbana ni en la rural, por ejemplo, el caso señalado por una participante quien relató que ella fue al baño de la unidad de salud el cual estaba sucio y aparte desde ahí pudo ver la sala de parto y la parturienta, “sin higiene ni normas”. Ella misma señaló que “hace falta mucho, sobre todo contar con infraestructura” y “también identificarse con la cultura, la mayoría somos mujeres las que asistimos...”.

Un participante de San Juan Chamelco agregó que los centros de salud construidos por la Secretaría si tienen privacidad mientras que son los centros de convergencia los que alquilan una casa y no tienen las condiciones: “El centro de convergencia es de escasos recursos la gente que llega”.

En el grupo de San Cristóbal se señaló que es necesario mejorar la provisión de medicamentos y vacunas, la infraestructura: “Los baños están en pésimas condiciones...”. También que hay que mejorar la atención a las mujeres: “...al menos brindar un consuelo al paciente... recibir un taller de relaciones humanas al personal, prestar un servicio con pasión”.

A continuación se resumen las principales barreras de acceso a los servicios de salud en la DAS de Alta Verapaz:

6.4 DAS Chiquimula

6.4.1 Valoración de las Condiciones Esenciales

Momento	Definición práctica	Barreras
Disponibilidad	Servicio de salud listo para recibir a los usuarios	Falta de medicamentos El personal de salud está enfocado en el Covid, y relega otras demandas de los usuarios/as. Establecimientos de salud obsoletos.
Accesibilidad	Posibilidad real de llegar al servicio de salud	Falta de dinero para desplazarse hasta el establecimiento de salud. Y para comprar los medicamentos y realizarse los exámenes.
Aceptabilidad	Deseo de utilizar el servicio de salud	Discriminación racial. Maltrato al usuario en ciertos casos. El personal no conoce el idioma local.
Contacto	Utilización del servicio de salud	En ciertos establecimientos el personal no es amigable o poco amigable.

Se realizó mediante una visita programada a cada establecimiento incluido en el estudio.

Los formatos utilizados, proporcionados por (OPS/OMS)-Guatemala comprenden ocho criterios de evaluación cuyo resultado determinará el nivel de desarrollo de cada establecimiento, de acuerdo a la siguiente escala:

Nivel de desarrollo:

Bajo: menor al 40%. Identificado con el color rojo.

Medio: entre el 41% y el 80% identificado con el color amarillo.

En el caso de la DAS de Chiquimula ninguno de los 5 establecimientos alcanzó un nivel de desarrollo alto (color verde).

El Centro de Salud de Chiquimula obtuvo la más baja valoración en sus condiciones esenciales: 31%, aunque este porcentaje está influido por el criterio 1. Infraestructura y Ambiente físico, que no se evaluó pues actualmente se realizan obras de reparación y remodelación.

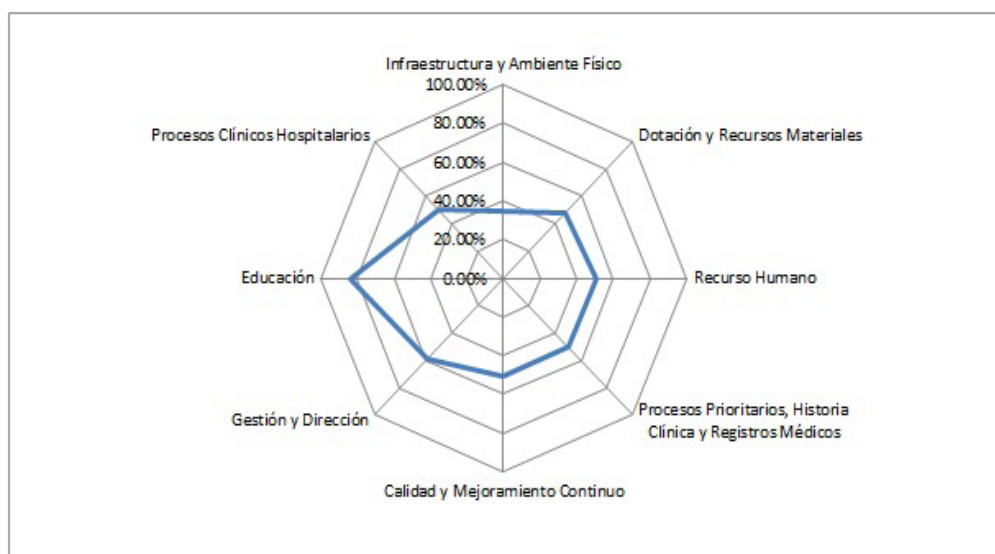
Los demás establecimientos obtuvieron un nivel de desarrollo medio (color amarillo)

El promedio de los 5 establecimientos de salud fue 41%, es decir Medio (amarillo) y el más alto entre las cuatro DAS.

A continuación se muestran los resultados alcanzados por cada uno de los establecimientos:

Resumen VCE CHIQUIMULA 2021

NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Chiquimula		Jocotán		San Juan La Ermita		Oloa		Camotán		Chiquimula	
	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	0	0.00%	177	47.84%	141	38.11%	199	53.78%	126	34.05%	128.6	34.76%
Criterio 2	124	51.67%	120	50.00%	90	37.50%	147	61.25%	98	40.83%	116	48.25%
Criterio 3	59	40.69%	81	55.86%	65	44.83%	92	63.45%	73	50.34%	74	51.03%
Criterio 4	83	40.49%	112	54.63%	108	52.68%	117	57.07%	92	44.88%	102.4	49.95%
Criterio 5	86	55.48%	65	41.94%	68	43.87%	101	65.16%	73	47.10%	78.6	50.71%
Criterio 6	89	57.42%	85	54.84%	81	52.26%	120	77.42%	81	52.26%	91.2	58.84%
Criterio 7	34	68.00%	29	58.00%	30	60.00%	40	80.00%	34	68.00%	33.4	83.50%
Criterio 8	69	32.09%	110	51.16%	111	51.63%	148	68.84%	97	45.12%	107	49.77%
Total	475	30.94%	669	43.58%	583	37.98%	816	53.16%	577	37.59%	624	40.92%



6.4.2 Encuestas a hogares

Información demográfica

Cuadro 9. Información demográfica por distritos

Distrito	No. Encuestas	Rol en el hogar	Edad promedio encuestados	Sexo predominante y %	Escolaridad	Ocupación
Chiquimula	188	Madre: 57% Padre: 31%	Entre 15 y 44 años: 76%	Femenino: 62%	Diversificado: 35% Básica: 21%	Empleado: 30% Ama de casa: 25%
Camotán	69	Madre: 75%	Entre 15 y 44 años: 87%	Femenino: 81%	Diversificado: 26% Primaria: 25%	Ama de casa: 52% Empleado: 15%
Jocotán	69	Madre: 75%	Entre 15 y 44 años: 87%	Femenino: 81%	Diversificado: 26% Primaria: 25%	Ama de casa: 52%
Olopa	45	Madre: 58%	Entre 15 y 44 años: 76%	Femenino: 62%	Diversificado: 29% Primaria: 24%	Ama de casa: 51%
San Juan la Ermita	16	Madre: 63%	Entre 15 y 44 años: 74%	Femenino: 75%	Diversificado: 31% Primaria: 19% No tiene estudios: 19%	Ama de casa: 44%
Total Departamento Chiquimula	386	Madre: 62%	Entre 15 y 44 años: 78%	Femenino: 66%	Diversificado: 32% Primaria: 22%	Ama de casa: 35% Empleado: 26%

Resultados seleccionados de las encuestas a hogares

Gráfico 25. Cuando usted o un miembro de la familia se enferma, ¿Dónde prefiere ir?

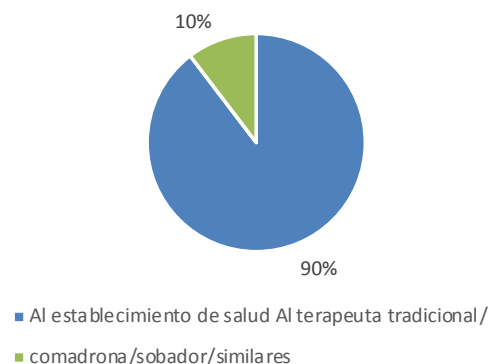


Gráfico 26. ¿Dónde usted o un familiar tuvo su parto?

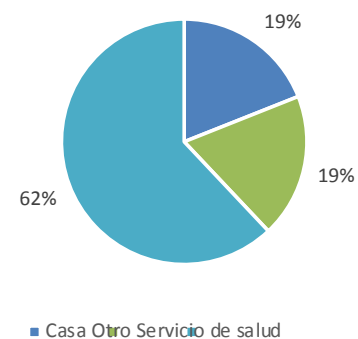


Gráfico 27. Cuando usted o un familiar fue al establecimiento de salud, ¿le dieron receta para comprar afuera del establecimiento?

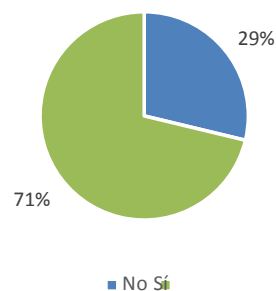


Gráfico 28. En caso de que no los compró, ¿Por qué no?

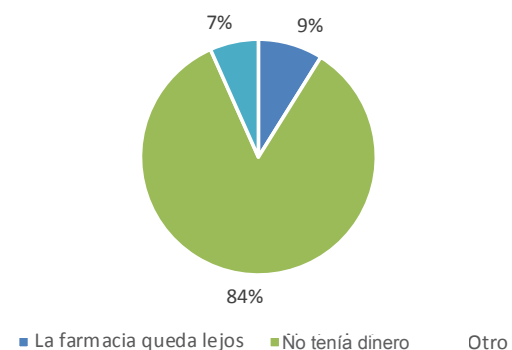


Gráfico 29. ¿El médico (la enfermera, la auxiliar de enfermería) que lo atendió fue amigable con usted o su familiar?

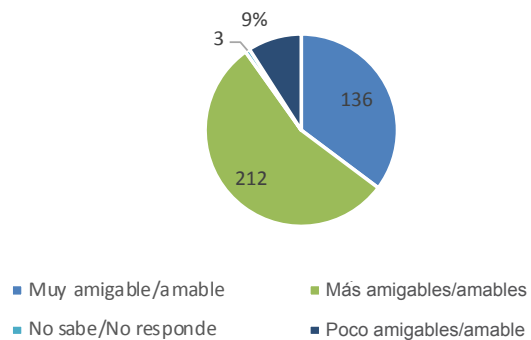


Gráfico 32. ¿Considera que el establecimiento de salud tiene suficientes medicinas?

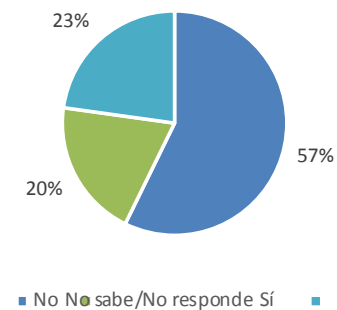
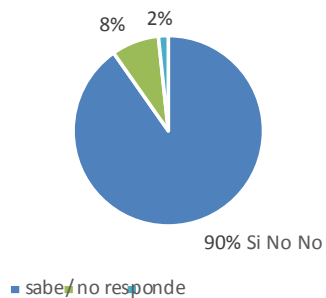


Gráfico 31. Considera usted que el personal de salud dio a usted o a su familiar información clara y suficiente respecto a su problema de salud y el tratamiento?



6.4.3 Resultado de los grupos focales Chiquimula

Los grupos focales complementaron los hallazgos de las encuestas a hogares respecto a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto, pero sobre todo permitieron conocer las percepciones de los usuarios/as de los servicios de salud estudiados (respecto a la pertinencia cultural). ¿Existen en la unidad de salud condiciones que los hagan sentir cómodos o incómodos? ¿Han sentido algún tipo de discriminación o rechazo? ¿El personal de salud respeta las creencias culturales de los usuarios? En el caso de que necesitaron comunicarse en su propia lengua ¿cómo el personal de salud logró interactuar con ustedes? etc.). También los grupos focales permitieron conocer respecto al enfoque de género al tratar temas sobre los motivos por los que los usuarios/as buscaban una prestación de salud en el área de la salud sexual y reproductiva, especialmente la atención de partos.

Preguntas/ tema	Respuestas/ comentarios
1. ¿Por qué motivos visitan la unidad de salud?	He ido porque he tenido molestias del estómago. Mis hermanos van por molestias del estómago, fiebre. Por molestias, cuando no me siento bien, algo relacionado a mi salud. Mis sobrinos si van al CAP más frecuente. Asistí por una quemadura en el pie derecho. Me dieron buena atención, me limpiaron, me curaron y me dieron cremas para curarme, ahí ya no me molestó más. Cuando hay enfermedad o síntomas. En caso de fiebre, presión alta. Por un accidente. Uno acude primero ahí que a un médico privado, lo uso bastante.
2. ¿Existen en la unidad de salud condiciones que los hagan sentir cómodos o incómodos? Sí/No. Explicar la respuesta.	Me han tratado atentamente y el servicio es bueno .Hace falta medicinas A veces no hay laboratorio y toca ir a Chiquimula. Todo bien. Si he resuelto mi problema, somos bien tratados.He ido varias veces. Me han atendido bien.
3. ¿Han sentido algún tipo de discriminación o rechazo? (Indagar si el personal de salud respeta las creencias culturales de los usuarios.)	No he sentido discriminación, todos nacimos en el mismo lugar y no se discriminar a su propia gente. Han tratado a todos de igual manera, el mismo trato con amabilidad. Me he sentido bien, nos tratan bien, las medicinas se acaban muy rápido Hay personas en el CAP que sí conocen el idioma natal y se comunican a través de ellos. No he visto casos de maltrato. Es un municipio pequeño, el trato es igual, no importa las lenguas que hablen.
4. En el caso de que necesitaron comunicarse en su propia lengua, cómo el personal de salud logró interactuar con ustedes (cómo resolvió).	Como el personal es de acá mismo conocen el lenguaje y no hay problemas. Se habla chortí en el centro de salud. No hay intérpretes, hablan chortí y español todos. También han aprendido y entienden a las personas que vienen. Saben los dos idiomas.

Preguntas/ tema	Respuestas/ comentarios
5. ¿El servicio de salud está adecuado/ preparado para atenderlas convenientemente ?	El centro no está bien preparado, hay situaciones en que se ayuda, pero en casos más complicados no se puede atender en este lugar. En enfermedades complicadas toca llevar al paciente al hospital de Chiquimula. Instalaciones limpias. Vivimos acá, no entramos a los baños, se ven bien, nunca he entrado.
6. ¿Qué es lo que más les ha gustado de la unidad de salud? 7. ¿Qué es lo que menos les ha gustado de la unidad de salud?	Les gusta. Fui por emergencia, me atendieron rápido. La atención que dan a todos los pacientes. Me tratan bien. Baños limpios, hay una persona encargada. No les gusta. La medicina que me dieron no me funcionó, tuve que comprar otras medicinas. Hay que modificar el lugar, pintarlo, no es agradable. Tardan en atender, depende de si están ocupados. El baño estaba sucio. Aunque si había agua. No tienen medicinas, siempre hacen falta. Para emergencias debe ser eficiente la ambulancia. En las aldeas hay puestos de salud y centros de convergencia, las que no tienen se les complica llegar.
8. ¿Qué obstáculos impiden que ustedes acudan a la unidad de salud?	La gente cree que no es gratuito. Nosotros sí sabemos que es gratuito y vamos sin problemas. No he tenido porque vivo muy cerca. Un obstáculo es la movilización y no tienen en qué atenderlo a uno. Vivo retirado. Me toca molestar a amigos para que me lleven. No tengo problemas para llegar al CAP. A veces no hay mototaxis y necesito 5 o 10 Qz para que me lleven al CAP. Exámenes hacen en otra parte y eso sí se paga. La localización, el acceso para llegar allí es difícil, para tercera edad, para enfermos, hay una cuesta pronunciada, sin vehículo es bien difícil, está en la parte alta el centro de salud, suben con bordón.
9. ¿Qué recomendaciones darían al personal de salud para mejorar el servicio?	Mejorar la limpieza, tratándose de salud debe estar limpio. Necesita mejoras, la sala de espera mejorarla para sentirnos cómodos, mejorar las sillas, tener un dispensador de agua. Deben mejorar y tener todas las medicinas. Que se mejore la limpieza. De aldeas primero llegan al puesto de salud, y después acuden al centro. En los puestos de Salud les dicen “aquí no tenemos” solo hay una enfermera o los mandan al centro, solo les dan la indicación, sería bueno dar seguimiento.

6.4.4 Hallazgos sobre barreras para el acceso a los servicios de salud en Chiquimula

La accesibilidad constituye el puente que integra la oferta con la demanda. Sin embargo, esto no debe considerarse de manera lineal, pues el concepto Accesibilidad incluye (o debe incluir) tanto las variaciones de los servicios de salud como de las condiciones y necesidades de la población, hecho complejo de operacionalizar.

Los resultados se basan en la revisión de información documental y en el trabajo de campo que incluyó la observación directa de las comunidades y los establecimientos de salud, la Valoración de laS Condiciones Esenciales de los servicios de salud del primer nivel y segundo nivel (oferta institucional), entrevistas a informantes clave, discusión de grupos focales y encuestas a hogares (demanda de la población).

Se realizaron 386 encuestas a usuarios/as de los establecimientos de salud. Sociodemográficamente la muestra estuvo conformada por 62% de madres; 35% de amas de casa; 78% el rango de 15-44 años de edad; 66% femenino, 32% estudios en el nivel diversificado y 22% nivel primario.

• Disponibilidad

Está vinculada con los elementos institucionales de la oferta de servicios. El análisis de la disponibilidad, además de las encuestas a hogares, se complementó con la Valoración de las Condiciones Esenciales.

De acuerdo a las encuestas a hogares, la disponibilidad de los CAP es conveniente en cuanto al horario de atención (74%) y la información que el personal de salud brinda respecto al problema de salud y el tratamiento (92%). Sin embargo, el 57% de los usuarios/as estima que el establecimiento de salud al que acuden no cuenta con suficientes medicinas.

Sobre el déficit de medicinas también se discutió en los grupos focales y fue notorio el malestar de los participantes (que hablaron también por la población).

• Accesibilidad

En su concepción más simple y operativa entendida como la posibilidad real de que los usuarios lleguen al establecimiento de salud y sean atendidos. No es tan sencillo, por el contrario, justipreciar el rol de las condiciones socioeconómicas de la población, las barreras geográficas, los tiempos que conlleva el desplazamiento desde las comunidades hasta el establecimiento de salud, los tiempos de espera, la consecución del “número”, la posibilidad de adquirir los medicamentos cuando no son dados por el proveedor. El acceso no es resultado sólo de la existencia del establecimiento de salud, sino del uso en consonancia con la necesidad.

Complementariamente debe tenerse en consideración que el acceso a los servicios de salud es cambiante y multifactorial; por ejemplo, las leyes del mercado, evidentes en la práctica privada de la medicina, y solapada en la oferta pública por profesionales que también ejercen privadamente, no sólo colocan intereses personales de lucro, sino que influyen en la estructura y funcionamiento de los servicios sanitarios, hecho del que no escapan los establecimientos estudiados.

En este marco conceptual se identificaron barreras dependientes de los usuarios y barreras dependientes de los servicios de salud.

En el 71% de los casos a los encuestados/as o familiar le dieron una receta para comprarla fuera del establecimiento; 16% no compró la receta, en la mayoría de los casos por falta de dinero.

El 93% de los encuestados o sus familiares pueden llegar a la unidad en 30 minutos o menos y son atendidos rápidamente.

En el 42% de los casos se requirieron hacer exámenes fuera del establecimiento; en el 15% de los casos los usuarios no se los hicieron, en su mayoría por falta de dinero.

• **Aceptabilidad**

Entendida como las personas que desean utilizar los servicios de salud dadas sus experiencias o las de sus familiares o conocidos, en torno a la unidad de salud estudiada. Así, la aceptabilidad se basa en experiencias en la resolución efectiva de los problemas de salud, la aceptación y respeto del proveedor hacia las creencias del usuario, la calidez percibida.

Los factores socioculturales, usualmente propiciados por la cosmovisión de la población, y en consecuencia sus creencias sobre la salud-enfermedad determinan decisiones respecto a acudir o no a los servicios de salud en caso de enfermedades, atención de niños, partos. Es decir, estos factores pueden convertirse en barreras.

Dentro de las barreras socio-culturales, se pueden identificar las denominadas barreras personales. Originadas por la falta de reconocimiento de los usuarios de sus necesidades de atención médica y, sobre todo, de sus derechos a ser atendidos oportunamente y con calidad.

En general, existe una buena aceptación de los servicios ofertados pues el 95% de los encuestados contestó que el personal de salud entendió correctamente lo que decían y el 94% considera que le resolvieron su problema. Sin embargo, el 17% manifestó que el personal de salud no respetó las creencias culturales suyas o de un familiar; y el 10% prefiere acudir al terapeuta tradicional. El 18% de los partos ocurrieron en casa.

Los casos de maltrato al encuestado/a o un familiar comprenden el 11%.

• Contacto

Entendido como las personas que efectivamente han utilizado los servicios de salud.

A efectos de determinar las características del Contacto se estudió la satisfacción del usuario mediante su percepción de la calidez (personal amigable) y la calidad de la atención.

Este componente de la Accesibilidad resultó ser el más crítico. Así, el 64% de los encuestados contestó que el personal de salud fue poco amigable al momento de atenderlo o a un familiar.

Adicionalmente, 46% de los encuestados calificó como regular, y 40% como buena la atención recibida en el establecimiento de salud.

Estos resultados muestran la precariedad del momento clave del encuentro entre la oferta y la demanda (la clásica interacción médico-paciente) y constituye la mayor barrera encontrada.

Aunque podría pensarse que este resultado se debe a la prestación inadecuada de algunos servidores públicos, esto es apenas una parte de la causa del maltrato o poca calidez y de la falta de calidad de la atención. En realidad es el modelo biomédico, que descontextualiza sus intervenciones, y la debilidad del modelo de atención propuesto, poco arraigado en la APS y en las redes integrales de salud, el que genera frecuentes desencuentros del personal sanitario con los usuarios.

Habrá que reconocer, también, la escasa disponibilidad de personal con competencias calificadas, entre las que deben contarse las fortalezas sociológicas para entender, respetar y responder idóneamente a la visión indígena maya, y de factores motivacionales intrínsecos en la relación contractual (bajos salarios, ausencia de educación permanente e inestabilidad laboral, entre otros) que determinan ciertas conductas inadecuadas.

Pertinencia cultural

Como se señaló anteriormente, los grupos focales aportaron datos sobre el trato igualitario o discriminado en caso de pertenecer a diferentes pueblos o grupos culturales. También se captaron las opiniones de los grupos en cuanto a la aceptación o rechazo de características indígenas tales como la comunicación en el idioma local o el uso del traje típico.

Resultó interesante que en San Juan La Ermita los participantes de los grupos focales no identificaron casos de maltrato motivado por hablar un idioma indígena. Se dijo que “el trato es igual” no importando en que idioma se hable, el personal habla chortí y español y en los dos se atiende a los usuarios. Algunos de los servidores de salud han aprendido el chortí para atender correctamente a la población de este pueblo.

De manera similar, en Jocotán no se refirieron a discriminación por hablar el idioma chortí ya que el personal de salud también es oriundo de la zona, “todos nacimos en el mismo lugar y no se podría discriminar a su propia gente”. Se dijo que se trata “a todos de igual manera, el mismo trato con amabilidad”; en el CAP “conocen el idioma natal y se comunican a través de él”.

Enfoque de género

El tema de género es central en un análisis de los servicios de salud públicos, en primer lugar, porque hay una división en cuanto a la utilización de los mismos, siendo que, al parecer las que más acuden a estos son las mujeres y sobre todo para temas de salud reproductiva tanto en el periodo de embarazo, parto y puerperio. Después del parto, las unidades de salud son necesarias para los controles postnatales, vacunas y demás cuidados del neonato. Es normalmente la madre la que se ocupa de estos temas y prevalece por lo común a lo largo de la infancia de los hijos. Al igual que en otros establecimientos de las DAS estudiadas, en los establecimientos de Chiquimula en algunos casos las parejas acompañan a la mujer y a los hijos(as), pero su función es la de acompañante.

A continuación se resumen las principales barreras de acceso a los servicios de salud en la DAS de Chiquimula:

Cuadro 10. Principales barreras de acceso a servicios de salud, DAS de Chiquimula

Momento	Definición práctica	Barreras
Disponibilidad	Servicio de salud listo para recibir a los usuarios	Los establecimientos de salud tienen pocos medicamentos. Determinados exámenes de laboratorio hay que hacerlos privadamente y pagar por ello. En determinadas aldeas no hay puestos de salud o centros de convergencia.
Accesibilidad	Posibilidad real de llegar al servicio de salud	Para quienes viven en aldeas remotas es difícil llegar a un establecimiento de salud. Hay que comprar la receta fuera del establecimiento de salud y no hay dinero.
Aceptabilidad	Deseo de utilizar el servicio de salud	Algunos funcionarios no respetan las creencias culturales de la población. Hay casos de maltrato al usuario/a por el personal de salud.
Contacto	Utilización del servicio de salud	Cerca del 50% de usuarios/as califican como regular la calidad de atención.

VII. Conclusiones

Desde el punto de vista conceptual, el trabajo se adhirió al modelo de Tanahashi, que considera cuatro dimensiones: aceptabilidad, accesibilidad, contacto y disponibilidad. Además, para el estudio de la oferta se realizó la Valoración de las Condiciones Esenciales, pues esta herramienta da una justa medida de la disponibilidad y calidad de los servicios de salud.

Se sabe que la accesibilidad constituye el puente que integra la oferta con la demanda. Sin embargo, esto no debe considerarse de manera lineal, pues el concepto Accesibilidad incluye (o debe incluir) tanto las variaciones de los servicios de salud como de las condiciones y necesidades de la población, hechos complejos de analizar.

Desde el punto de vista metodológico, el planteamiento fue pertinente para el logro de los objetivos pues no sólo permitió la obtención de los datos/información sino, la caracterización de cada una de las barreras de acceso a los servicios de salud de las cuatro Direcciones de Áreas de Salud. Para ello, se procedió a la revisión de información documental, la observación directa de las comunidades y los establecimientos de salud, la aplicación de la Valoración de las Condiciones Esenciales de los servicios de salud del segundo nivel (herramienta técnica de (OPS/OMS), entrevistas a informantes clave, discusión de grupos focales y encuestas a hogares.

Una vez procesados los datos, los resultados confirmaron la existencia de notorias barreras a los servicios de salud originadas por deficiencia de la oferta sanitaria como por las características de la demanda, situación que ahonda la inequidad en salud ya existente por otros factores.

7.1 Valoración de las Condiciones Esenciales (VCE)

Para obtener resultados óptimos de acuerdo al modelo de atención se requiere que estén presentes en determinadas Condiciones Esenciales de una unidad en un establecimiento de salud. En el caso de los distritos considerados en este trabajo los resultados son el producto de la valoración colectiva de estas condiciones por el personal técnico de los CAIMI, CAP, Centros de Salud y consultores.

El análisis general se basa en el porcentaje de cumplimiento de las condiciones. Ninguno de los establecimientos mostró un nivel de desarrollo Alto. Dos establecimientos de Alta Verapaz, dos de Chiquimula y dos de Huehuetenango obtuvieron una valoración sobre 40%, es decir se hallan en un nivel de desarrollo Medio. El resto de los establecimientos

obtuvieron una valoración bajo el 40%, es decir un nivel de desarrollo Bajo.

Si la VCE muestra niveles bajos, la accesibilidad, que depende de la oferta, y particularmente de la disponibilidad real, se deteriora sustantivamente. Pues la valoración obtenida por cada una de las unidades demuestra que criterios como infraestructura, recursos humanos, recursos materiales, gestión y dirección, educación del personal son deficitarios. El patrón común es que no esté completa la plantilla del personal, con notorio déficit de especialistas en ginecología-obstetricia y pediatría; que no se cuente con rayos X; que los equipos de ultrasonido, cuando existen, se hallen rotos o no se utilicen en determinadas horas o días; que falten medicamentos e insumos básicos; que no hayan recursos económicos en el CAIMI o el CAP para resolver localmente incidentes frecuentes de bajo costo.

Los resultados de la VCE configuran desde ya una seria barrera de carácter estructural y no garantizan la calidad de las prestaciones y menoscaba la seguridad de los pacientes, su satisfacción y aceptabilidad.

Los resultados de la Valoración de las Condiciones esenciales de los establecimientos de segundo nivel de las cuatro DAS se sintetizan en:

- Infraestructuras en muchos casos obsoletas, poco funcionales, con fallos estructurales y riesgo ante sismos u otros eventos.
- Déficit de recursos humanos, particularmente en ciertas especialidades, y en profesionales de enfermería.
- Inexistencia de planes y programas de riesgo y terapia ocupacional.
- Condiciones de orden y limpieza deficitario, pero con oportunidades de mejoras.
- La gestión por procesos, el uso de guías y protocolos, el mejoramiento de la calidad de la atención no es un tema de prioridad.
- Los planes de prevención de infecciones no son llevados a cabo a cabalidad.
- El sistema gerencial y financiero está centralizado en las áreas de salud.
- Los materiales y recursos son limitados en base a las expectativas de la población que se atiende.
- No existe un seguimiento a la atención del usuario.

7.2 Barreras de acceso a servicios de salud según el modelo de Tanahashi

7.2.1 Disponibilidad

Está vinculada con los elementos institucionales de la oferta de servicios. El análisis de la disponibilidad se basó en la Valoración de las Condiciones Esenciales de los 21 establecimientos utilizando la metodología y herramienta diseñadas por (OPS/OMS). Esta herramienta permitió comprobar los graves problemas de infraestructura y ambiente físico de la mayoría de los establecimientos estudiados. La encuesta a hogares reiteró hechos de antemano conocidos: el grave déficit de medicinas en todos los establecimientos y, en varios de ellos, horarios que no son adecuados para ciertos segmentos de usuarios.

7.2.2 Accesibilidad

Entendida como la posibilidad real de que los usuarios lleguen al establecimiento de salud y sean atendidos. No es tan sencillo, por el contrario, justipreciar el rol de las condiciones socioeconómicas de la población, las barreras geográficas, los tiempos que conlleva el desplazamiento desde las comunidades hasta el establecimiento de salud, los tiempos de espera, la consecución del “número” (turno), la posibilidad de adquirir los medicamentos cuando no son entregados por el proveedor. El acceso no es resultado sólo de la existencia del establecimiento de salud sino, del uso en consonancia con la necesidad.

De igual modo, debe tenerse en consideración que el acceso a los servicios de salud es cambiante y multifactorial; por ejemplo, las leyes del mercado, evidentes en la práctica privada de la medicina, y solapada en la oferta pública por profesionales que también ejercen privadamente, no sólo colocan intereses personales de lucro, sino que influyen en la estructura y funcionamiento de los servicios sanitarios, hecho del que no escapan los CAIMI, CAP y Centros de Salud estudiados.

Sobre la base de lo expuesto se identificaron barreras dependientes de los usuarios y barreras dependientes de los servicios de salud.

Entre las barreras dependientes de los usuarios, fue constante la baja escolaridad, en especial de las madres, que acusan la falta de conciencia sobre la necesidad de recuperar la salud o mantenerla. Es una barrera extrasectorial y estructural que el sector sanitario no puede directamente confrontar, pero si tener en consideración al momento de planificar, organizar y brindar sus prestaciones. La deprimida capacidad económica de los usuarios les impide adquirir las recetas en las farmacias privadas o realizarse exámenes clínicos de

laboratorio o pruebas de rayos X o ultrasonido. Resulta inequitativo que los médicos proporcionen las mencionadas recetas a sabiendas de que muchas de ellas no serán compradas por falta de dinero; pero es también el reflejo de la inexistencia de medicamentos básicos, o de mala gestión en esta área, en todos los veintiún establecimientos.

Adicionalmente, en el caso de que el usuario supere las barreras económicas, el gasto de bolsillo causará un desbalance en su ya empobrecido presupuesto.

Las barreras geográficas, es decir las condiciones espaciales, ortografía, distancias, deben relacionarse con la existencia de vías de comunicación. Y si bien es cierto, en las encuestas a hogares, esta variable no mostró ser estadísticamente crítica, un porcentaje de usuarios dejan de acudir a los servicios de salud por este tipo de barreras; esto es más acusado en las comunidades rurales de Huehuetenango e Ixil.

De manera similar a las barreras geográficas, el acceso físico de los usuarios al establecimiento de salud, el tiempo del desplazamiento y el medio de transporte no afloraron en las encuestas como barreras en la mayoría de los casos. Sin embargo, en los Grupos Focales se comentó que en ciertas comunidades, ciertos días y en horas de la tarde y noche los pobladores no disponen de medios de transporte y que es oneroso alquilar uno para trasladar un paciente emergente.

Tampoco el tiempo de espera para obtener una atención apareció como una barrera organizacional dependiente de la oferta. Hubo, no obstante, algunas opiniones respecto a la dificultad para obtener un “número” cuando un usuario vive lejos del establecimiento y no le es posible llegar al momento en que se asignan aquellos a pesar de haber madrugado. Este tiempo dedicado a obtener atención médica es en realidad un costo de oportunidad (tiempo que el usuario deja de dedicar a otras actividades) o costo social que no suele valorarse y que se pierde en el caso de no obtener la atención buscada.

7.2.3 Aceptabilidad

Se refiere a las personas que desean utilizar los servicios de salud dadas sus experiencias, o las de sus familiares o conocidos, en torno a la unidad de salud. Estas experiencias, buenas o malas, se configuran en la resolución efectiva de los problemas de salud, la aceptación y respeto del proveedor hacia las creencias del usuario, la calidez percibida.

Los factores socioculturales, fundamentados en la cosmovisión de la población, y en consecuencia sus creencias sobre la salud-enfermedad determinan decisiones respecto a acudir o no a los servicios de salud en caso de enfermedades, atención de niños, partos. Es decir, estos factores pueden convertirse en barreras.

Entre las barreras socioculturales, se pueden identificar las denominadas barreras personales originadas por la falta de reconocimiento de los usuarios de sus necesidades de

atención médica y, sobre todo, de sus derechos a ser atendidos oportunamente y con calidad.

Las encuestas a hogares mostraron que en general hay una buena aceptación de los servicios ofertados pues los usuarios en un gran porcentaje reconocen que el personal de salud resolvió sus problemas de salud, que entendió y aceptó sus creencias culturales respecto al proceso salud-enfermedad. En consecuencia, acuden al establecimiento de salud. No obstante, tratándose del parto, aunque en algunas de las unidades existe un área para la atención del parto con adecuación cultural, más del 50% prefiere que se dé en la casa con el apoyo de una comadrona; esto es más notorio en los distritos de Ixil. Así, en cuanto al parto el componente sociocultural indígena, presente en la mayoría de las comunidades, poco entendido y abordado por el personal de salud, deviene en una barrera que en determinados casos conduce a complicaciones obstétricas e incluso a la muerte materna.

También fue un hallazgo preocupante el maltrato que los usuarios reciben de ciertos proveedores, en la mayoría de los casos un médico o una enfermera. Algunos encuestados aseveraron que ellos, un familiar o un conocido habían sido maltratados verbalmente o con un gesto o una burla. En este mismo sentido se manifestaron algunos participantes de los grupos focales.

7.2.4 Contacto

Entendido como las personas que efectivamente han utilizado los servicios de salud. En cuanto a Contacto, se estudió la satisfacción del usuario mediante su percepción de la calidez, (personal amigable) y la calidad de la atención.

En relación a la calidez más del 50% de los encuestados contestó que el personal de salud fue poco amigable o más o menos amigable al momento de atenderlo o a un familiar. De similar forma, gran parte de los encuestados calificaron de regular la atención recibida.

Lo señalado muestra la precariedad del momento clave del encuentro entre la oferta y la demanda (la clásica interacción médico-paciente). Aunque podría elucubrarse que este resultado se debe a las características de unos pocos malos servidores públicos, esto es apenas una parte de la causa del maltrato o poca calidez y de la falta de calidad de la atención. En realidad es el modelo biomédico, que descontextualiza sus intervenciones, poco arraigado en la APS y en las redes integrales de salud, y sometido a sobrecarga de trabajo por la pandemia COVID-19, el que genera frecuentes desencuentros del personal sanitario con los usuarios.

En rigor, debe señalarse también la escasa disponibilidad de personal con competencias calificadas, entre las que deben contarse las fortalezas sociológicas para entender, respetar y responder idóneamente a la visión indígena maya, y de factores motivacionales intrínsecos en la relación contractual (bajos salarios, ausencia de educación permanente e inestabilidad laboral, entre otros) que determinan ciertas conductas inadecuadas.

7.3 Pertinencia cultural y enfoque de género

Cuando se habla de pertinencia cultural es necesario tratar el tema de la interculturalidad en salud.

Según la Organización Panamericana de la Salud:

“...La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de reconocer, respetar, concertar” ((OPS/OMS) en Secretaría de Salud de México, 2009, p.5)

Para comprender el significado de interculturalidad es necesario entender un concepto básico acuñado por la disciplina de la antropología, el de cultura. En primer lugar, se debe entender que todos los seres humanos contamos con cultura, en las sociedades en las que convivimos compartimos normas, valores, lenguaje, costumbres, cosmovisión, formas de pensar, arte y maneras de actuar. Para algunos autores la cultura es “una red de significaciones o formas de entender la realidad que un determinado grupo social desarrolla respecto al mundo en el que se inserta y que le sirve para organizar y actuar en su vida diaria” (González, 2017, p. 15) .

La “interculturalidad” se entiende como el “modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido”. En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial. Se sustenta en cuatro principios básicos: El reconocimiento de la diversidad cultural; relaciones equitativas; respeto a las diferencias y enriquecimiento mutuo (Campaña nacional por la diversidad de México, s/f) .

Conceptos como “multiculturalidad” y “pluriculturalidad” también son importantes en las relaciones entre pueblos indígenas y los Estados nacionales, sin embargo, aunque parten del mismo elemento de reconocimiento de la diversidad cultural, se diferencian de la interculturalidad en cómo establecen las relaciones entre las culturas. Mientras que la multiculturalidad es una noción descriptiva, no incorpora la necesidad de un diálogo y trabajo integrado entre los distintos pueblos, la pluriculturalidad reconoce la diversidad de culturas en un país, define la cultura en tanto existente como relación y como “reconocimiento” de las otredades. Es un enfoque interpretativo que se presenta través de la pluralidad cultural, mediante intercambios y comunicaciones entre actores que utilizan diferentes categorías de expresión e identificación, de análisis e interpretación (González, 2017 p.15 y 16).

Gonzalez, Silvia, Fajardo, Carmen J., Mejía, Mario, 2017. Caracterización de Prácticas Terapéuticas y Alimentarias Tradicionales en Comunidades Lenca y Chortís: Un enfoque Intercultural de la Salud. Departamento de antropología de la UNAH. 1a ed. Tegucigalpa: IGuardabarranco.
Campaña nacional por la diversidad de México, s/f. Interculturalidad en Salud (marco conceptual y operativo) Modelo para su implantación en los Servicios de Salud.

Por su parte, el enfoque intercultural es una visión de las relaciones humanas y sociales que busca la valoración del otro en función de un proyecto común, construido con equidad, interaprendizaje, participación, manejo de conflictos y la armonización de los derechos de los pueblos, involucrando planteamientos jurídicos, sociales y políticos, propiciando el acceso a la igualdad y reconociendo las diferencias. La interculturalidad implica establecer relaciones y alianzas con los múltiples sectores sociales que constituyen nuestras sociedades (González, 2017 p. 16).

Todo proceso de interculturalidad implica entonces, el contacto entre culturas; el entendimiento de la diversidad, el intercambio, comunicación, aprendizaje, transformación y la necesidad de tender puentes entre las diversas culturas que interactúan. El concepto de interculturalidad es entendido como “un proceso social interactivo, de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una y varias culturas, en un espacio determinado, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, económico, social, cultural, lingüístico, de género y generacional”. Al aplicarlo a la salud, el concepto de interculturalidad supone un trabajo intra e intersectorial encaminado al bienestar integral del individuo y la comunidad (OPS, 2007).

La Resolución V: Salud de los Pueblos Indígenas (Res.CD37.R5) de la Organización Panamericana de la Salud establece cinco principios para el trabajo con las comunidades indígenas: 1. La necesidad de un abordaje integral de la salud; 2. El derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas; 3. El derecho a la participación sistemática; 4. El respeto y la revitalización de las culturas indígenas, y 5. La reciprocidad en las relaciones.

Así, se entiende como interculturalidad al “proceso de comunicación en relaciones de convivencia entre dos o más individuos o grupos culturales con características diversas, promoviendo la inclusión y la horizontalidad, a través del respeto mutuo, la comprensión y sinergia. La interculturalidad reconoce al “otro” u “otros” como seres dignos de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial” (Alcina 1997) .

La interculturalidad pretende (Secretaría de Salud de México, 2009, p.5) : (1) la existencia de un espacio y tiempo común para grupos humanos diferenciados por elementos culturales; (2) abarca a las minorías junto a la gran mayoría, incide en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social; (3) promueve el conocimiento y el reconocimiento de las distintas culturas que conviven, aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social y ambiental; (4) favorece la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente, accediendo a claves de desigualdad económica y a la necesidad de paliar las desventajas; (5) enseña a afrontar los conflictos de forma positiva, no negando, que existen y son reales, asumiendo que pueden ser motor del cambio para mejorar.

Alcina, Miquel Rodrigo, 1997. Elementos para una comunicación Intercultural. Universidad de Barcelona, España, Afers Internacionals, núm. 36, pp. 11-21, Fundació CIDOB.

Secretaría de Salud, 2009. “Competencias interculturales para el personal de salud”. Dirección General De Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección general adjunta de implantación en sistemas de salud, Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural. Estados Unidos Mexicanos.

En el ámbito de los servicios de salud, el enfoque interculturalidad comprende la inclusión del entorno cultural, la diversidad y el respeto, interpretaciones de salud y enfermedad, la participación activa de actores sociales de salud, considerando la relación entre las personas, los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección. Todo personal de la salud debe conocer el marco jurídico nacional e internacional con que se cuenta para el trabajo con pueblos indígenas (González, 2017).

En este sentido y, al respecto del análisis que nos ocupa en este estudio, en el ejercicio y la prestación de servicios de salud, la calidad no solo dependerá de la existencia de recursos y capacidades técnicas, sino que, en contextos multiculturales, el personal profesional y técnico debe mostrar “competencias interculturales”, es decir, habilidades en relación al entendimiento y respeto de la cultura regional, a la pertenencia étnica de los usuarios, la cultura alimentaria, el contexto ambiental y los condicionantes sociales para fomentar respeto a los derechos de las personas a recibir un servicio por personal competente y calificado. Igualmente, la propuesta intercultural fomenta el respeto y comprensión de aspectos de género, edad, preferencia sexual, religión, clase social y de la identidad gremial. Un elemento imprescindible para adoptar un enfoque como el descrito es el abordaje de las barreras culturales de los servicios de salud y adoptar los mecanismos más adecuados para lograr la “competencia cultural” en los servicios de salud que permitan eliminar dichas barreras (Secretaría de Salud de México, 2009, p. 6).

Rodrigo Alcina (1997) define la competencia intercultural como la “...habilidad para negociar los significados culturales y de actuar comunicativamente de una forma eficaz de acuerdo a las múltiples identidades de los participantes”. La competencia intercultural comprende: La identificación de la singularidad cultural de la población usuaria de los servicios de salud; el desarrollo de actitudes de respeto al usuario en sus expectativas, expresiones y prácticas correctas en torno al proceso salud-enfermedad-atención; una capacidad de comunicación eficiente y asertiva; una capacidad de comprensión de la percepción de la causalidad y riesgo de la población usuaria; el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan otros modelos y/o prácticas terapéuticas que utiliza la población.

Para este mismo autor, los profesionales de salud interculturalmente competentes son “aquellos con capacidad para interactuar y negociar eficazmente con grupos culturalmente diversos, la forma y el tipo de servicios que se ofrecen con y para ellos en una relación sinérgica, en las cuales se celebran las contribuciones de cada cultura, se animan los resultados positivos de obrar recíprocamente con muchas culturas y

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Viceministerio de Atención Primaria, Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, Departamento de Desarrollo de los Servicios de Salud, 2018. Modelo de atención y gestión para áreas de salud. Guatemala.

Almaguer-González, Jaime. A., Camp; Mas-Oliva, José. (2009). Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud (2a. ed.). México, D.F., México: Imprenta Universitaria.

se discuten las diferencias sin imponer, actuando en una forma respetuosa y eficaz de acuerdo a las múltiples identidades de los participantes y/o usuarios” (1997, p. 8). La pertinencia cultural y el enfoque de género determinan fuertemente la aceptabilidad o no de los servicios de salud por parte de la población. De acuerdo a los resultados obtenidos en los grupos focales realizados con usuarios indígenas de centros de salud en Guatemala, observamos que no hay una homogeneidad en el trato y en los factores de discriminación en los diferentes lugares estudiados. Mientras que algunos de los participantes de los grupos focales se sintieron satisfechos por el trato recibido en los establecimientos de salud, en otros pareciera prevalecer una actitud de desdén hacia las culturas indígenas. Esto resulta paradójico, como mencionaron algunos participantes, pues normalmente los servidores de salud pertenecen a los mismos grupos poblacionales que los usuarios.

Los grupos focales aportaron datos sobre el trato igualitario o discriminado en caso de pertenecer a diferentes pueblos o grupos culturales. También se captaron las opiniones de los grupos en cuanto a la aceptación o rechazo de características indígenas tales como la comunicación en el idioma local o el uso del traje típico.

En el análisis expuesto, y de manera específica en el contexto guatemalteco de la consultoría, es necesario incorporar elementos estructurales, históricos, culturales y de relaciones de poder que condicionan el comportamiento en el cuidado de la salud. En estudios realizados en otras comunidades indígenas de Guatemala (Maeve Hautecoeur, 2007) se ha encontrado que las barreras en el acceso a dichos servicios incluyen aspectos económicos, sociales, geográficos, de accesibilidad y transporte, lingüísticos y se vinculan al tratamiento discriminatorio tradicional que separa grupos sociales según su pertenencia, su clase social y una historia de dominación sociocultural y económica. En general, en comunidades del área rural, indígenas o mestizas, el acceso a servicios de salud adecuados es de mucha precariedad.

Estos estudios también refieren quejas por parte de los indígenas por el “trato abusivo por parte de profesionales sanitarios”. El manejo de la interculturalidad en salud no es el apropiado, como tampoco lo son la capacitación y concienciación de los servidores de salud en relación al trato, la empatía y la comprensión y respeto cultural. En consecuencia, se preserva una actitud de superioridad social, cultural y académica que impide un acercamiento natural de la población hacia los que deberían asegurar su bienestar.

Adicionalmente, situaciones comunes tanto en Guatemala como en otros países de la región centroamericana son la escasez y precariedad de los servicios de salud en zonas alejadas de los centros urbanos (falta de recursos, infraestructura, medicamentos y profesionales). De hecho, para los usuarios/as se impone la necesidad de desplazarse distancias considerables para acceder a instalaciones de salud, lo que incluye madrugar, pagar transporte, quizás pasar hambre y ansiedad mientras se espera la consulta. En ocasiones la gente debe caminar por falta de efectivo para pagar un medio de transporte o también por la no disponibilidad de autobuses y/o carreteras.

Las costumbres culturales son otra barrera con diferentes aristas. En el caso de la cultura

asociada a las relaciones de género, si el esposo no autoriza que su mujer y sus hijos se desplacen a recibir atención, ella ésta no se atreverá a desafiar su autoridad, lo que la pone en riesgo a ella y a los menores. El hecho de que un médico de sexo masculino atienda a una mujer es muchas veces mal visto.

Otra barrera cultural es el uso del castellano como lengua franca en los servicios oficiales de salud. No sólo se trata de palabras, sino del frecuente desestimar por el personal sanitario de toda una cosmovisión indígena autóctona que está directamente relacionada con los conceptos profundos del entendimiento de la salud y la enfermedad.

Valga el ejemplo del embarazo y parto. Es generalizada la preferencia de las mujeres a ser tratadas por su partera como ha venido ocurriendo durante generaciones. De allí que el cambio hacia la atención prenatal, de parto y puerperio en los centros oficiales de salud con métodos occidentales resulte traumático. Las mujeres indígenas manifiestan que “durante los partos son maltratadas” (Hautecoeur et. al.).

No obstante, en Guatemala existe un marco legal apropiado que debe facilitar el desarrollo correcto de las competencias interculturales: Un antecedente en el Modelo de atención y gestión para áreas de salud en Guatemala (Ministerio de Salud Pública, Guatemala, 2018), es la publicación del Acuerdo Ministerial No. 152-2017 que define la estrategia para el fortalecimiento de la gestión institucional y la atención en salud en el marco de redes integradas, para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades e incidir en los determinantes sociales de la salud, con enfoque de género e interculturalidad (p. 12).

Entre los instrumentos más relevantes del marco legal que orienta las acciones del sector salud y se ha tomado como base para la elaboración del modelo, está el Acuerdo Ministerial No. 1632-2009 de la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad y su Reglamento (p.13).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) desarrolla un modelo de atención pertinente a la cultura de los pueblos que coexisten en Guatemala: maya, garífuna, xinka y mestizo, al “reconocer, respetar y comprender las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y elementos terapéuticos en el mejoramiento de la salud de la población y la existencia de otras formas de entender el proceso de salud enfermedad- muerte y sus formas de abordaje, a fin de establecer una relación armónica entre los diferentes sistemas de salud y generar confianza de la población hacia los servicios de salud, para que el Estado a través del MSPAS cumpla con su objetivo de garantizar el acceso a la salud a todas las personas sin discriminación alguna ” (Almaguer-González y Mas-Oliva, 2009 en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, 2018).

La Unidad de Atención en Salud para Pueblos Indígenas e Interculturalidad de Guatemala fue creada a través del Acuerdo Ministerial 1632-2009 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2009.

El manual de Normas con Pertinencia Cultural - hacia la interculturalidad (Cabrera s/f) destaca “la naturaleza multicultural” de Guatemala, por lo que “exige al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el desarrollo de modelos de atención pertinentes a la cultura de los cuatro pueblos que coexisten...” Para esto, expresa: “se han ejecutado acciones dentro del Ministerio de Salud, para que las políticas, programas y normas respondan a un Estado multicultural y multilingüe”.

Dentro de las acciones específicas desarrolladas en Guatemala se mencionan el Fortalecimiento del Programa de Medicina Tradicional y Alternativa y la creación de la Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala, que en coordinación estrecha, han generado condiciones para iniciar un proceso de pertinencia cultural en los servicios de salud. “El Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas a través del Programa de Medicina Tradicional y Alternativa, en respuesta a sus funciones de diseño, emisión, actualización y reajuste periódico de las normas de atención, en coordinación con la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad, elaboraron el documento para la incorporación de la Pertinencia Cultural en las Normas de Atención en Salud Integral ” (Cabrera s/f, p. 1).

Con respecto a la equidad de género, ésta significa la distribución justa de los beneficios, poder, recursos y responsabilidades entre mujeres y hombres. El modelo reconoce las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las necesidades en materia de salud, al acceso y al control de los recursos, unido al abordaje de las diferencias con el fin de corregir desequilibrios entre hombres y mujeres (La Política de Igualdad de Género. Publicación (OPS/OMS).

El objetivo de la equidad de género en el modelo, es ofrecer a todas las personas las condiciones de acceso, oportunidades de atención y tratamiento diferenciado, teniendo en cuenta las necesidades, características y creencias particulares de cada uno. Además, la identificación de diferencias de género en las enfermedades permite formular estrategias de promoción de la salud y prevención más eficaces que redunde en mejoras de la salud de la población.

La pertinencia cultural en salud se deriva del principio de “derecho a la diferencia” y quiere decir “adecuado a la cultura”. En la prestación de servicios de salud se busca que los mismos sean conceptualizados, organizados e implementados tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos, de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten su forma de vida y creencias (Acuerdo Ministerial MSPAS. 1632-2009. Guatemala, 2009).

VIII. Recomendaciones

Ante el complejo y lamentable escenario creado por la pandemia COVID-19, el MSPAS debe replantear qué es o debe ser, en términos operativos, el Acceso efectivo a los servicios de salud, de acuerdo a las políticas sanitarias y a los recursos existentes.

Teóricamente, se requieren accesibilidad y disponibilidad para lograr cobertura. Si la meta es la Cobertura Universal y en último término la Salud Universal la discusión técnica es cómo implantar realísticamente el modelo de atención. Esto atañe a la asignación de recursos, siempre complicada, pero también a las estrategias que universalmente se cuentan como más eficaces y eficientes: sin Atención Primaria de Salud en el contexto de una RISS nacional consolidada, no habrá mejora sustantiva en la accesibilidad, disponibilidad, calidad, calidez, oportunidad, etcétera. Por decir, la mortalidad materna no podrá abatirse de otra forma; tampoco acercarse a la, para algunos utopía de la equidad en salud.

Considerando los pobres resultados de la Valoración de las Condiciones Esenciales, además de la perentoria mejora de la infraestructura de los establecimientos y del fortalecimiento de los recursos humanos, debe adecuarse el modelo de atención y gestión, para, que se corresponda con las características socioeconómicas y culturales de las comunidades. Un punto relevante será la incorporación en la práctica (no teóricamente) de consideraciones de género, poco o nada presentes en la cotidianidad de los establecimientos de salud, teniendo en cuenta que en los cuatro departamentos, en especial en Quiché, existe un gran peso demográfico de población indígena. Esto es, no basta con tener la posibilidad de traducir los idiomas mam o ixil al castellano. Se trata de incorporar enfoques sociológicos y antropológicos al modelo de atención para responder eficazmente a las aspiraciones de los usuarios en el marco de su mundo, de la Guatemala profunda, que es más que una mixtura de lo maya y lo occidental.

Dada la diversidad de los servicios sanitarios y las condiciones y necesidades de la población, se deben replantear los horarios, el otorgamiento de los “números”, las actividades extramurales, priorizar a las mujeres. Son ideas prácticas, Acciones de mejoras, que pueden abordarse en un Plan de Mejoras concreto y viable, con los recursos disponibles localmente (en ciertos casos con el apoyo extrasectorial como el de los municipios). En estos planes se incluirán también abordajes a la falta de calidez y maltrato al usuario, la insuficiencia de medicamentos; y otras iniciativas como el empoderamiento de los usuarios a partir del conocimiento de sus derechos y deberes. El personal de salud

necesita de la participación social para posicionar el sector salud en la agenda política, y para cogestionar los servicios (resolución de problemas coyunturales y locales) y la consecución de recursos frescos.

Finalmente, se recomienda la implantación de un programa de Telemedicina por constituir una estrategia radicalmente diferente, efectiva y eficiente, sobre todo equitativa, para eliminar barreras de acceso. La Representación de OPS/OMS en el país al momento adelanta estudios en esta dirección y en algunos establecimientos de Ixil se han puesto en funcionamiento teleclínicas. Por supuesto, más allá de los estudios técnicos y de iniciativas circunscritas, la disponibilidad de los servicios de telemedicina a mayor escala será posible con el respaldo técnico y político del MSPAS y de organismos de cooperación que pudieran contribuir con recursos.

IX. Referencias

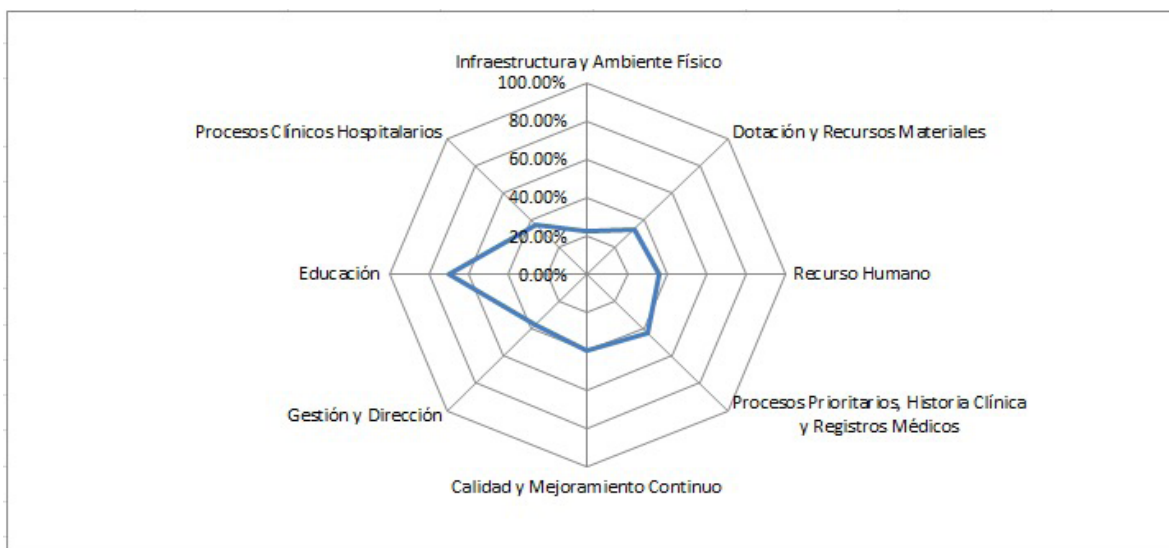
1. MSPAS. Modelo de Atención y Gestión de Salud, para Áreas de Salud. 2018.
2. MSPAS. Estrategia Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud de Guatemala. MSPAS, 2019.
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 6-12 de junio 1978; Alma Ata, USSR. Ginebra: OMS; 1978.
4. Arrivillaga, M. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud. *Cad. Saúde Pública*, 32 (5): e0011415. 2016.
5. Villareal R. Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. *Atención Primaria*, Vol. 25, Núm. 7. 2000.
6. OPS/OMS. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. CD53/5, WDC, 2014.
7. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*. 1978;56(2):295–303.
8. Hirmas M. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Pública* 33(3), 2013.
9. Hautecoeur M; Zunzunegui, M. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud pública Méx* [online]. 2007, vol.49, n.2, pp.86-93. ISSN 0036-3634

X. Anexo

Anexo 1 Resultados Valoración Condiciones Esenciales

DAS Huehuetenango

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	83	22.43%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	79	32.92%
Criterio 3	Recurso Humano	52	35.86%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	89	43.41%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	61	39.35%
Criterio 6	Gestión y Dirección	57	36.77%
Criterio 7	Educación	35	70.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	79	36.74%
	Total	456	29.71%



Debilidades y problemas

Infraestructura y Ambiente Físico:

- ◇ El servicio cuenta con infraestructura en mal estado.
- ◇ Cuenta con debilidades en cuanto a orden y limpieza.
- ◇ La distribución de espacios es reducida.
- ◇ La ruta de desechos sólidos no es según normas y protocolos.

Dotación de y Recursos Materiales:

- ◇ No existe personal destinado al mantenimiento de equipo.
- ◇ Equipo deteriorado en clínicas.
- ◇ No cuenta con ultrasonido.
- ◇ Cuentan únicamente con lo básico en el laboratorio.
- ◇ No se evidencian las políticas de logística de materiales y medicamentos.

Recurso Humano:

- ◇ El proceso de inducción al personal no está establecido.
- ◇ El proceso de selección, dotación y gestión del talento humano depende de la dirección de área de salud en un 80%.
- ◇ La evaluación de desempeño no es estandarizada.

Procesos Prioritarios:

- ◇ La historia clínica no se estandariza a toda la población, se da prioridad a las embarazadas.

Calidad y Mejoramiento Continuo:

- ◇ No existe programa de gestión de riesgo.
- ◇ Comité de riesgo existe, pero no está activo.
- ◇ La atención al cliente no se da de manera exclusiva.

Gestión y Dirección:

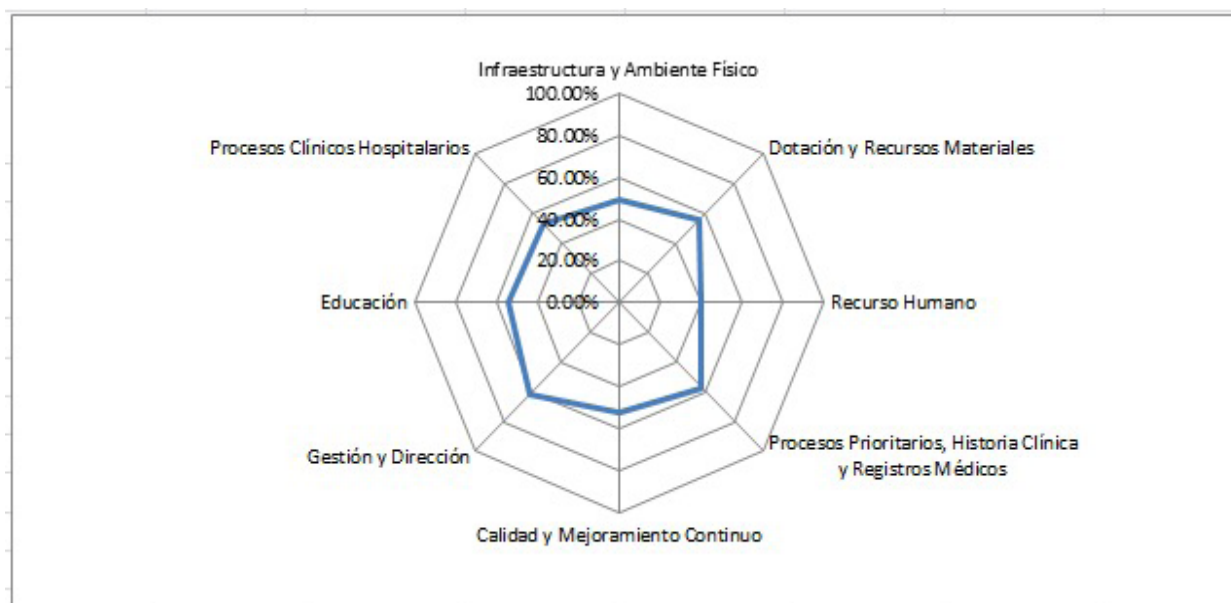
- ◇ La planificación, asignación y ejecución del presupuesto se da de manera centralizada.
- ◇ El equipo técnico no ha sido capacitado para el análisis sistemático de metas y toma de decisiones .

Educación:

- ◇ El programa de educación continua existe, pero no se ejecuta a cabalidad.
- ◇ No se evalúan programas de promoción y educación para la salud.

CAP San Juan Ixcoy

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	183	49.46%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	133	55.42%
Criterio 3	Recurso Humano	58	40.00%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	118	57.56%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	81	52.26%
Criterio 6	Gestión y Dirección	95	61.29%
Criterio 7	Educación	27	54.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	114	53.02%
	Total	695	45.28%



Debilidades y problemas

Infraestructura y Ambiente Físico:

- ◇ Muro de contención con riesgo de derrumbe.
- ◇ No cuenta con rampas para el acceso a segundo y tercer nivel.
- ◇ Los lugares destinados para el almacenamiento central y temporal, así como la disposición de residuos hospitalarios y similares no son los adecuados.

- ◇ El laboratorio está equipado con lo nece-

Dotación de y Recursos Materiales:

- ◇ No cuenta con profesionales que apoyen en el mantenimiento de equipo
- ◇ El laboratorio no cuenta con laboratorista.

Recurso Humano:

- ◇ No cuentan con laboratorista.
- ◇ La administración y dotación de recurso humano no depende del servicio, sino de la dirección de área.
- ◇ No se cuenta con programa de terapia ocupacional.
- ◇ El cumplimiento de un programa de salud ocupacional no es prioridad para el servicio.
- ◇ El proceso de selección, dotación y gestión del talento humano depende de la dirección de área de salud.

Procesos Prioritarios:

- ◇ Cuenta con guías específicas para la atención de parto, donde se definen las responsabilidades de los médicos, enfermeras, auxiliares o profesionales entrenados en atención de partos, sin embargo, no las utilizan ni las consultan.

Calidad y Mejoramiento Continuo:

- ◇ El servicio no realiza análisis acerca de lo financiero .
- ◇ El personal no está identificado.
- ◇ El sistema de continuidad y alcance de metas no está estandarizado.

Gestión y Dirección:

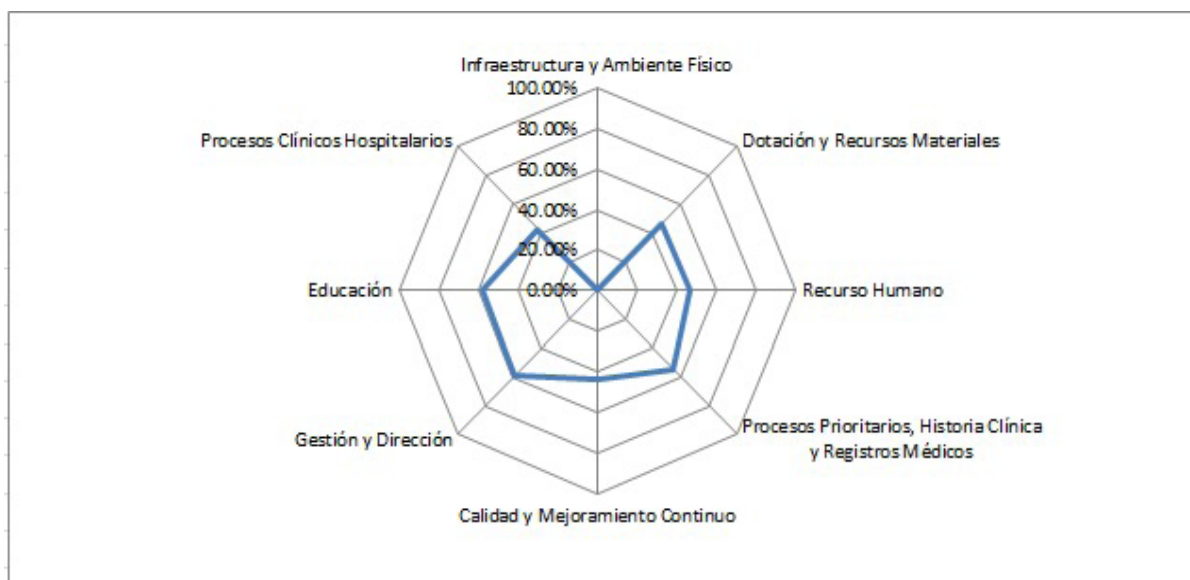
- ◇ Los procesos no responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores.
- ◇ No hay educación continua para el personal.

Procesos Clínicos:

- ◇ No cuentan con actualización de protocolos de vidas salvadas.

CAP San Pedro Soloma

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	0	0.00%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	110	45.83%
Criterio 3	Recurso Humano	68	46.90%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	112	54.63%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	67	43.23%
Criterio 6	Gestión y Dirección	92	59.35%
Criterio 7	Educación	29	58.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	92	42.79%
	Total	478	31.14%



Debilidades y problemas

Infraestructura y Ambiente Físico:

- ◇ Las instalaciones oficiales se encuentran en remozamiento, el servicio está dividido en 3 casas diferentes

Dotación de y Recursos Materiales:

- ◇ El equipo para la atención no es suficiente
- ◇ No existe encargado de dar mantenimiento al equipo
- ◇ Los planes de contingencia no están contemplados

Recurso Humano:

- ◇ No existe un lugar específico para la atención del usuario
- ◇ La brecha en especialistas a nivel de servicios es evidente El proceso de selección, dotación y gestión del talento humano depende de la dirección de área de salud
- ◇ Se denota problemática en cuanto al clima organizacional
- ◇ No se cuenta con programa de salud ocupacional

Procesos Prioritarios:

- ◇ Los protocolos son reconocidos por el personal de salud, pero no están a disposición en físico
- ◇ No se cuenta con programa de seguridad para pacientes
- ◇ La atención del parto no es monitoreada en base a lista de chequeo

Calidad y Mejoramiento Continuo:

- ◇ Personal de salud no se siente identificado con un modelo de atención en salud
- ◇ No existe un programa de gestión de riesgo
- ◇ Los indicadores no son analizados con frecuencia
- ◇ No se cuenta con mecanismos escritos, audiovisuales y de educación para transmitir los deberes y derechos de los pacientes a toda persona que ingresa a la institución.
- ◇ No existe un mecanismo de atención al cliente

Gestión y Dirección:

La asignación y análisis de presupuesto está a cargo de la dirección de área de salud

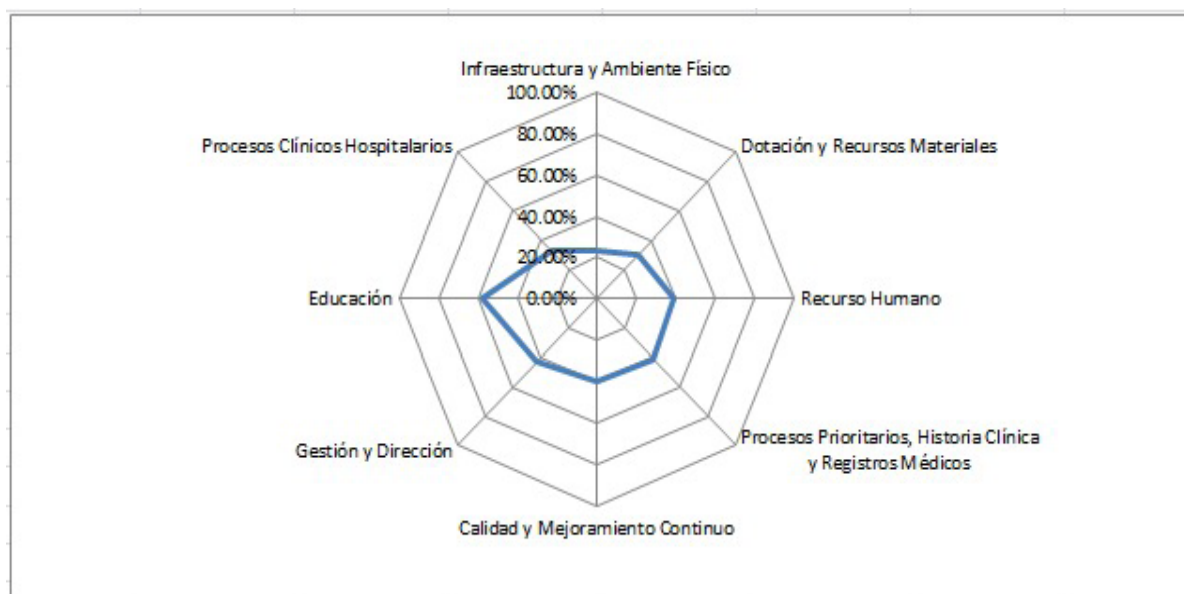
- ◇ **Educación:**El trabajo de educación con grupos y personal de salud se ve afectado por la pandemia COVID-19Los programas educativos no son evaluados con frecuencia

Procesos Clínicos:

- ◇ El equipo de atención de parto no se encuentra completo
- ◇ El manejo del código rojo tiene debilidades
- ◇ Las ambulancias para referencia no están en óptimas condiciones
- ◇ La extracción manual de placenta no es una técnica que el personal maneje

CENAPA San Rafael La Independencia

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	85	22.97%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	71	29.58%
Criterio 3	Recurso Humano	57	39.31%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	84	40.98%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	61	39.35%
Criterio 6	Gestión y Dirección	67	43.23%
Criterio 7	Educación	29	58.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	70	32.56%
	Total	454	29.58%



Debilidades y problemas

Infraestructura y Ambiente Físico:

- ◇ El servicio es un CENAPA que no cuenta con atención de partos.
- ◇ El ordenamiento del espacio tiene debilidades.
- ◇ La disposición de desechos sólidos no es la adecuada.
- ◇ No cuenta con plan de evacuación.

Dotación de y Recursos Materiales:

- ◇ Cuenta con recursos tanto materiales como insumos limitados para la atención de los usuarios.
- ◇ El laboratorio cuenta solo con lo básico.
- ◇ Ambiente de esterilización con debilidades.
- ◇ No cuenta con apoyo de imágenes diagnósticas.

Recurso Humano:

- ◇ La plantilla de personal tiene brechas.
- ◇ La gestión del talento humano está a cargo de la dirección de área de salud.
- ◇ No existe un programa de salud ocupacional.
- ◇ **Procesos Prioritarios:**
- ◇ No se cuenta con un programa de protección a pacientes.

Calidad y Mejoramiento Continuo:

- ◇ El análisis financiero está a cargo de la dirección de área de salud.
- ◇ La identificación del servicio no se da como se requiere.
- ◇ No cuenta con un proceso estandarizado que monitoree sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias.

Gestión y Dirección:

- ◇ La institución no cuenta con herramientas y estrategias para la evaluación y mejoramiento continuo de los procesos gerenciales.

Educación:

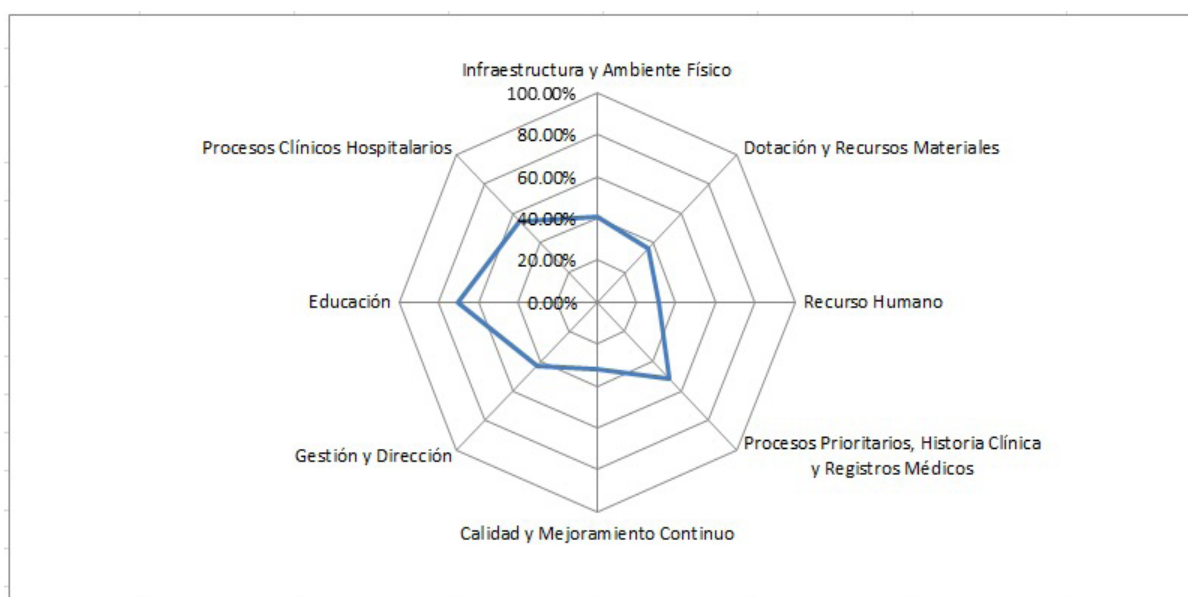
- ◇ No se cuenta con plan de entrenamiento continuo
- ◇ Los programas educativos no son evaluados periódicamente

Procesos Clínicos:

- ◇ El servicio no cuenta con insumos de atención de urgencias obstétricas.

CAP San Sebastián Coatán

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	151	40.81%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	87	36.25%
Criterio 3	Recurso Humano	45	31.03%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	106	51.71%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	49	31.61%
Criterio 6	Gestión y Dirección	66	42.58%
Criterio 7	Educación	35	70.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	118	54.88%
	Total	539	35.11%



Infraestructura y Ambiente Físico:

- ◇ El servicio brinda atención de 8 horas.
- ◇ No cuenta con encamamiento.
- ◇ Es un Puesto de Salud Fortalecido.

Dotación de y Recursos Materiales:

- ◇ No existe personal para el mantenimiento ni calibración de equipos.

Recurso Humano:

- ◇ La plantilla de personal tiene brechas.
- ◇ La dotación y reclutamiento de talento humano está a cargo de la dirección de área de salud.
- ◇ Los procesos de inducción no se dan de manera oficial.

Procesos Prioritarios:

- ◇ Procedimientos de prevención de infecciones con debilidades.

Calidad y Mejoramiento Continuo:

- ◇ El servicio no se identifica con el modelo de atención estandarizado.
- ◇ El monitoreo de la calidad no es frecuente.
- ◇ No se cuenta con un espacio ni personal específico para la atención y seguimiento de quejas del usuario.
- ◇ No existe un programa de gestión de riesgo.

Gestión y Dirección:

- ◇ Los procesos de análisis y asignación de presupuesto se dan a nivel de área de salud.
- ◇ La institución no garantiza procesos para identificar, evaluar y mejora la gestión ambiental.
- ◇ El equipo gerencial no cuenta con herramientas para el análisis de resultados.

Educación:

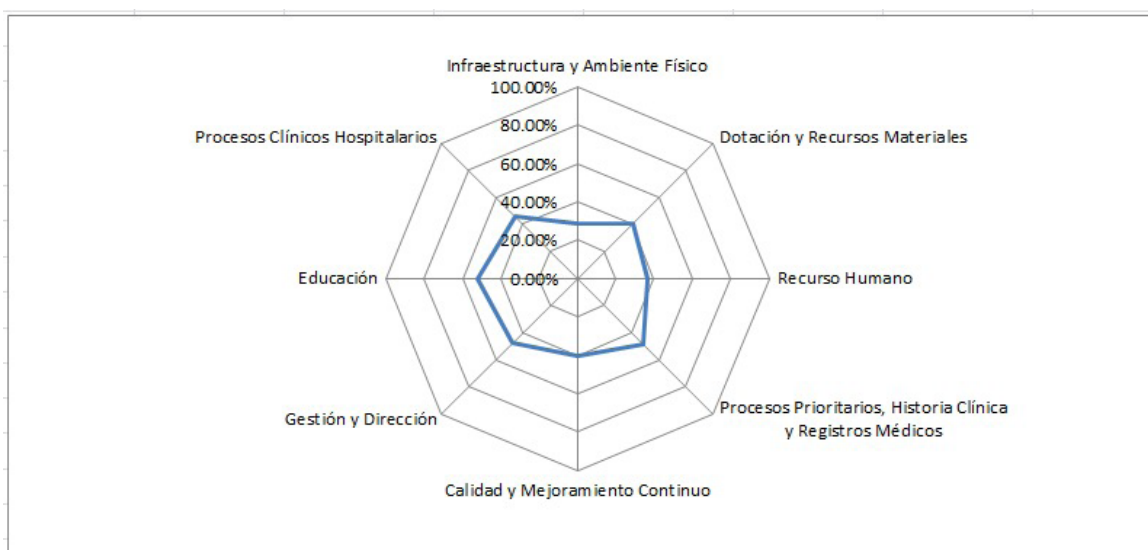
- ◇ La educación continua no se da en el personal de salud.
- ◇ Los programas de promoción y educación para la salud no son evaluados.
- ◇ La pandemia ha disminuido la oportunidad de brindar educación en salud a grupos focales.

Procesos Clínicos:

- ◇ El servicio está equipado con la básico para la atención de partos y la referencia en caso de complicaciones.
- ◇ El medio de transporte en caso de referencias no está en optimas condiciones.
- ◇ No se realiza análisis frecuente de morbimortalidad materna.
- ◇ Las destrezas del personal en cuanto a atención de urgencias obstétricas no son las

CAP Santa Eulalia

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	107	28.92%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	98	40.83%
Criterio 3	Recurso Humano	53	36.55%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	100	48.78%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	62	40.00%
Criterio 6	Gestión y Dirección	74	47.74%
Criterio 7	Educación	26	52.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	99	46.05%
	Total	520	33.88%



Debilidades y problemas

Infraestructura y Ambiente Físico:

- ◇ Espacios reducidos para la comodidad tanto de los usuarios como del personal.
- ◇ Limpieza y orden con debilidades.
- ◇ Energía eléctrica con problemas.
- ◇ No se evidencia la aplicación de planes de contingencia.

Dotación de y Recursos Materiales:

- ◇ Los recursos son limitados.
- ◇ En situaciones de emergencia no se cuenta con todos los recursos.
- ◇ No hay laboratorio.

- ◇ No existe una persona encargada del mantenimiento de equipos.
- ◇ No cuenta con laboratorio.
- ◇ Manejo no adecuado de desechos sólidos.

Recurso Humano:

- ◇ Plantilla de personal no es suficiente.
- ◇ No hay especialistas para la atención materno infantil.
- ◇ El clima organizacional no es el ideal.
- ◇ La gestión del talento humano y dotación de personal depende de la dirección de área de salud.
- ◇ No existe un responsable de atención al cliente.

Procesos Prioritarios:

- ◇ No se encuentra una estandarización de historia clínica en el servicio.
- ◇ No cuentan con protocolos, procedimientos y acciones para la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención.
- ◇ No se evidencia continuidad en las historias clínicas.

Calidad y Mejoramiento Continuo:

- ◇ No cuenta con programa de gestión de riesgo.
- ◇ No cuenta con programa de terapia ocupacional.
- ◇ El análisis de indicadores no cuenta con una metodología que lleve a una correcta toma de decisiones.
- ◇ El monitoreo al servicio no evidencia seguimiento.

Gestión y Dirección:

- ◇ La asignación y análisis de recursos está a cargo de la dirección de área de salud.
- ◇ La gestión y protección ambiental no se da de la mejor manera.
- ◇ El personal de salud no se identifica con un modelo de atención específico.
- ◇ La evaluación de indicadores, sala situacional no se da periódicamente.

Educación:

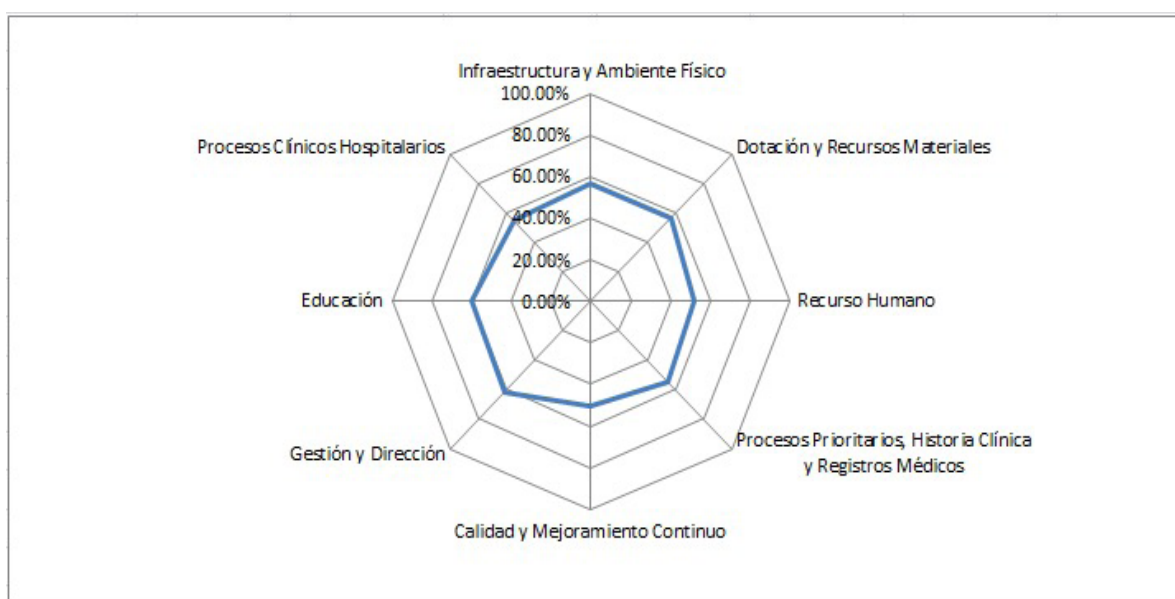
- ◇ La educación continua al personal no se ha implementado.
- ◇ El trabajo con promoción y educación a la población se ha visto afectado por la pandemia.

Procesos Clínicos:

- ◇ La vigilancia de la morbilidad materna evidencia debilidades.

CAP San Miguel Acatán

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	210	56.76%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	136	56.67%
Criterio 3	Recurso Humano	75	51.72%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	113	55.12%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	78	50.32%
Criterio 6	Gestión y Dirección	95	61.29%
Criterio 7	Educación	30	60.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	118	54.88%
	Total	737	48.01%



Debilidades y problemas

Infraestructura y Ambiente Físico:

- ◇ No existen rutas de evacuación señalizadas.
- ◇ La identificación de servicios sanitarios no está definida.

Dotación de y Recursos Materiales:

- ◇ No existe personal encargado de mantenimiento de equipo.
- ◇ El laboratorio cuenta con lo básico en cuanto a pruebas.

Recurso Humano:

- ◇ La plantilla de personal no cumple con los requerimientos en base a demanda y expectativas de la población.
- ◇ No cuenta con programa de salud ocupacional.

Procesos Prioritarios:

- ◇ La atención de parto no es verificada por una metodología específica.
- ◇ No cuenta con una cultura organizacional, capacitación y entrenamiento en seguridad del paciente.

Calidad y Mejoramiento Continuo:

- ◇ No existe un proceso estandarizado que monitorice sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios.
- ◇ No cuentan con mecanismos escritos, audiovisuales y de educación para transmitir los deberes y derechos de los pacientes a toda persona que ingresa a la institución.

Gestión y Dirección:

- ◇ El personal de salud no se identifica con un modelo de atención específico.
- ◇ Los recursos para la referencia de pacientes no son los adecuados.

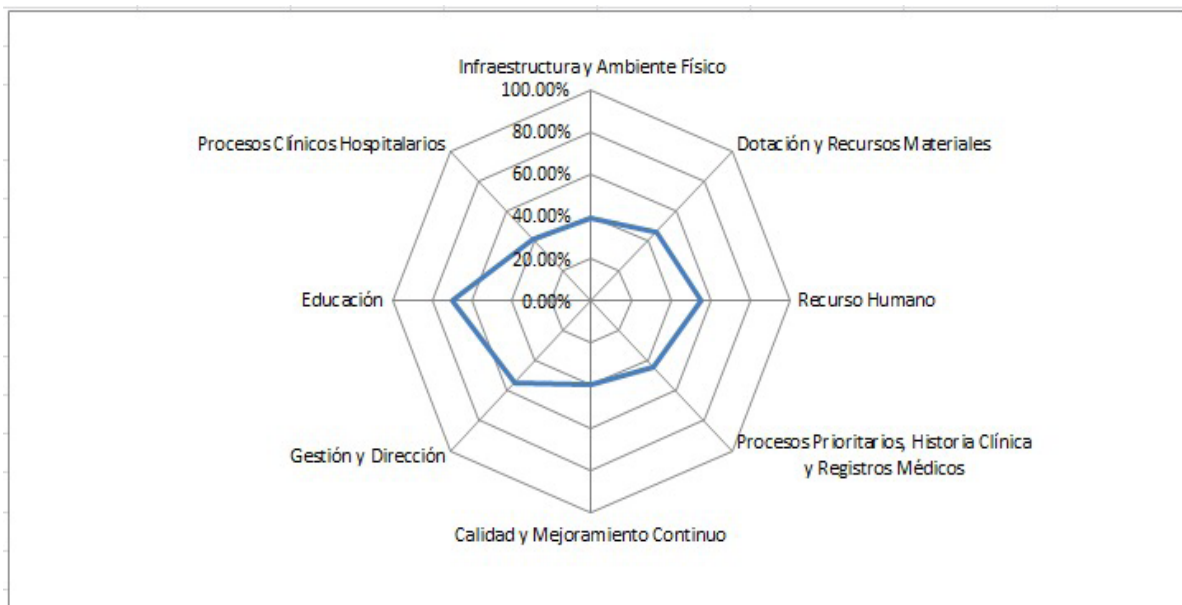
Educación:

- ◇ El tema de educación continua a personal y comadronas tiene debilidades.
- ◇ El programa de educación para la salud a población no es evaluado periódicamente.

Procesos Clínicos:

- ◇ Los indicadores no están actualizados.

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	140	38.89%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	110	45.83%
Criterio 3	Recurso Humano	72	55.38%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	91	44.39%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	61	39.35%
Criterio 6	Gestión y Dirección	85	54.84%
Criterio 7	Educación	35	70.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	89	41.40%
	Total	594	39.34%



Debilidades y problemas

Infraestructura y Ambiente Físico:

- ◇ Limpieza y orden en la totalidad del establecimiento.
- ◇ Edificio ubicado en cierta altura y con rampas inadecuadas.
- ◇ Procedimientos de prevención de infecciones en emergencia no se evidencian procedimientos.

Dotación de y Recursos Materiales:

- ◇ Las lámparas en sala de partos no funcionan al cien por ciento.
- ◇ Laboratorio cuenta con lo básico.

Recurso Humano:

- ◇ El servicio de asistencia al usuario no existe como tal, las situaciones respecto al tema llegan a la coordinadora y enfermera de distrito directamente.
- ◇ La brecha de personal médico con especialidad es evidente.
- ◇ El proceso de selección, dotación y gestión del talento humano depende de la dirección de área de salud.
- ◇ El programa de inducción no existe de manera oficial.
- ◇ El personal no cuenta con un programa de terapia ocupacional.
- ◇ La evaluación de desempeño no es generalizada.

Procesos Prioritarios:

- ◇ Desconocimiento de protocolos y guías.
- ◇ No existe una asignación de funciones por escrito, aunque cada uno de los trabajadores cumple con las mismas.

Calidad y Mejoramiento Continuo:

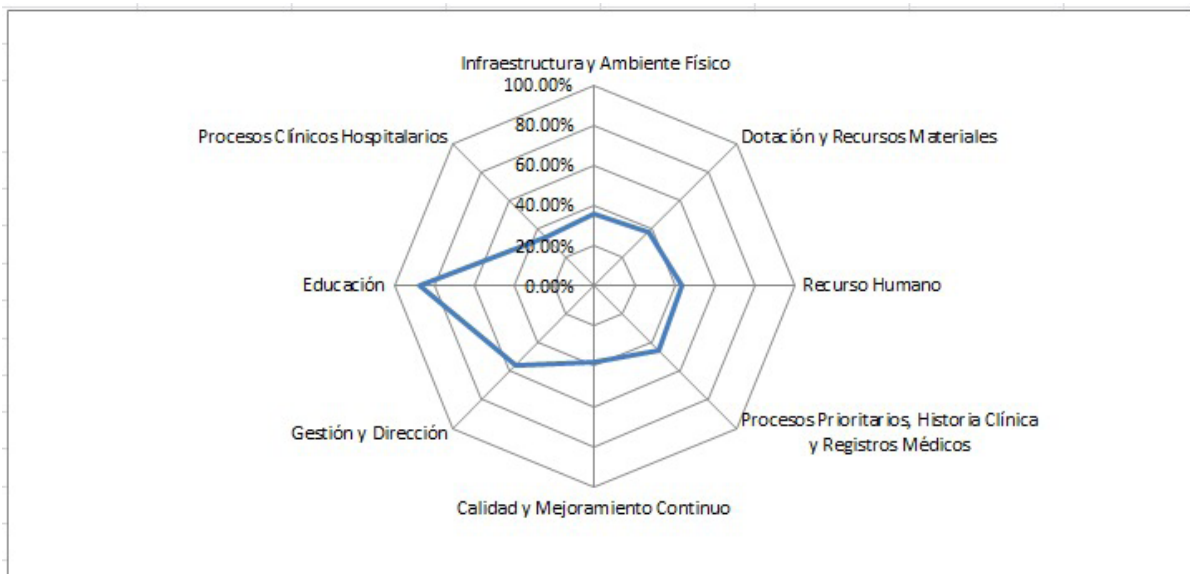
- ◇ Programa de gestión de riesgo con debilidades.
- ◇ Los indicadores de encamamiento no son analizados con frecuencia.
- ◇ Gestión y Dirección:
- ◇ La gestión ambiental no se evidencia del todo.

Educación:

- ◇ La educación con grupos focales se ha visto afectada por pandemia COVID
- ◇ Procesos Clínicos:

CAP Chajul

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	133	35.95%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	92	38.33%
Criterio 3	Recurso Humano	63	43.45%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	93	45.37%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	59	38.06%
Criterio 6	Gestión y Dirección	86	55.48%
Criterio 7	Educación	35	87.50%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	73	33.95%
	Total	561	36.79%



Debilidades y problemas

Infraestructura y Ambiente Físico:

- ◇ De momento se encuentran en una casa provisional debido a remozamiento del servicio oficial.
- ◇ La limpieza y orden del servicio.
- ◇ Acceso a procesos de prevención de infecciones (lavado de manos).

Dotación de y Recursos Materiales:

- ◇ El plan de contingencia para continuar con servicios vitales es débil.
- ◇ No cuenta con equipo completo de reanimación.
- ◇ La dotación de equipo y ambientes no es la adecuada para la atención de parto, posparto y recién nacido.

Recurso Humano:

- ◇ El servicio de asistencia al usuario no existe como tal, las situaciones respecto al tema llegan a la coordinadora y enfermera de distrito directamente.
- ◇ La brecha de personal médico con especialidad es evidente.
- ◇ El proceso de selección, dotación y gestión del talento humano depende de la dirección de área de salud.
- ◇ El programa de inducción no existe de manera oficial.
- ◇ El personal no cuenta con un programa de terapia ocupacional.

Procesos Prioritarios:

- ◇ La custodia de historia clínica no es adecuada.
- ◇ Las políticas no están establecidas.
- ◇ Se da prioridad a pacientes materno-infantiles.

Calidad y Mejoramiento Continuo:

- ◇ El modelo oficial del Ministerio de Salud no es reconocido por el 100% de personal.
- ◇ Los procesos de presupuesto son centralizados en la dirección de área de salud.
- ◇ El análisis de situación o alcance de indicadores no cuenta con una metodología estandarizada.
- ◇ El sistema de mejora continua no tiene el seguimiento requerido.
- ◇ No existe un espacio exclusivo para la atención al usuario y su satisfacción.

Gestión y Dirección:

- ◇ No cuenta con un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados.
- ◇ Educación:
- ◇ El trabajo con grupos focales se ha visto afectado por la restricción de aglomeraciones.

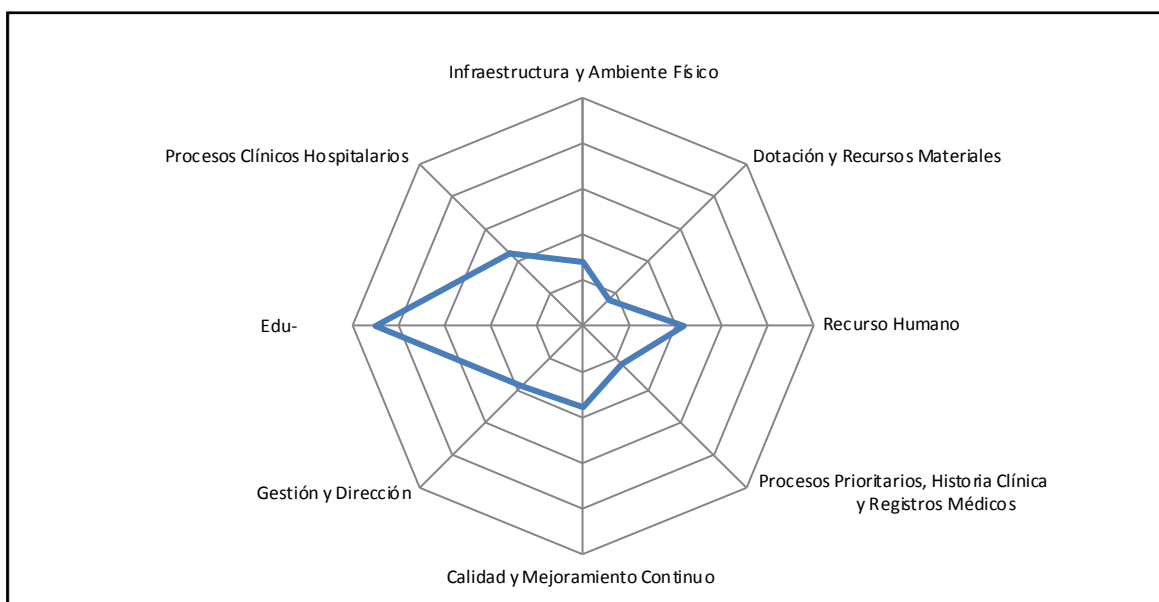
Procesos Clínicos:

- ◇ El manejo de urgencias obstétricas es débil por parte del personal turnista .
- ◇ El uso de protocolos es relativo al personal que brinda la atención .
- ◇ El sistema de referencia se ve afectado en base a la disponibilidad de recursos para la

DAS Alta Verapaz

CENAPA Cobán

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	104	28.11%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	38	15.83%
Criterio 3	Recurso Humano	63	43.45%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	49	23.90%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	55	35.48%
Criterio 6	Gestión y Dirección	58	37.42%
Criterio 7	Educación	45	90.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	96	44.65%

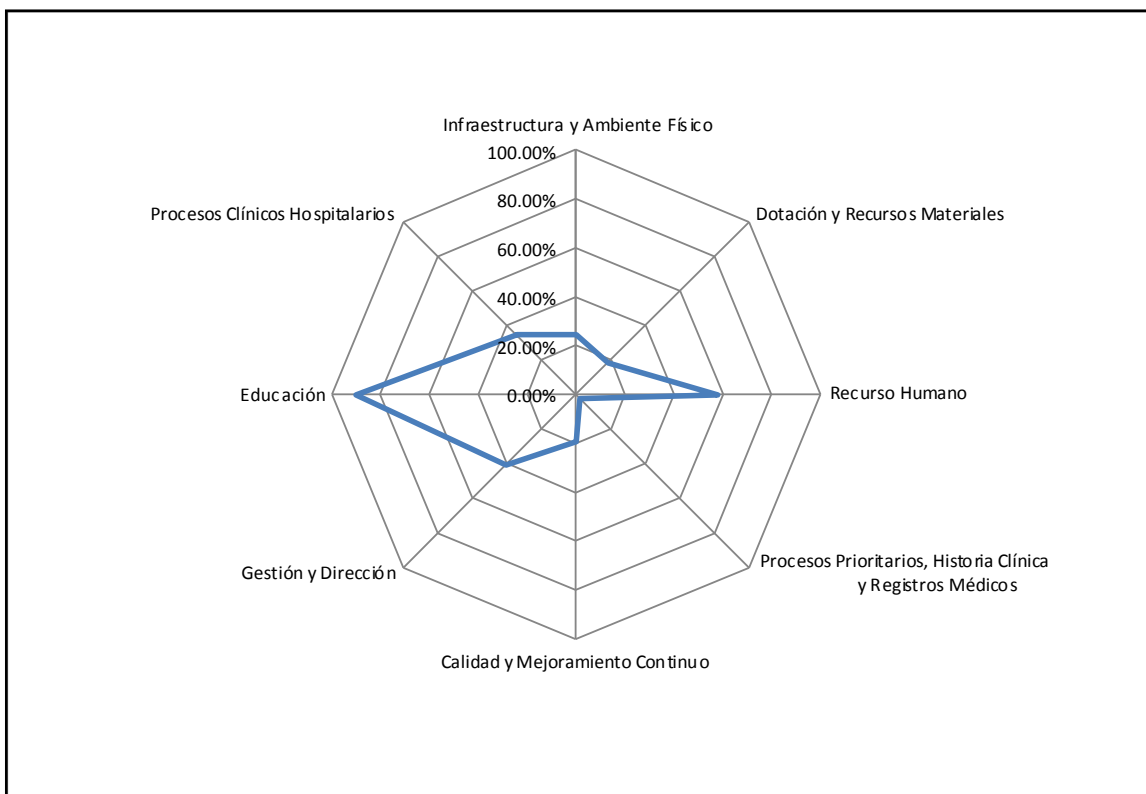


Debilidades y problemas

- ◇ No hay carro de paro ni equipo de reanimación.
- ◇ No hay autoclave.
- ◇ Déficit de personal: médicos y enfermeros profesionales.
- ◇ Laboratorio clínico: requiere equipos nuevos.

CAP San Juan Chamelco

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	90	24.32%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	44	18.33%
Criterio 3	Recurso Humano	84	57.93%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	5	2.44%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	30	19.35%
Criterio 6	Gestión y Dirección	63	40.65%
Criterio 7	Educación	45	90.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	74	34.42%
	Total	361	23.52%

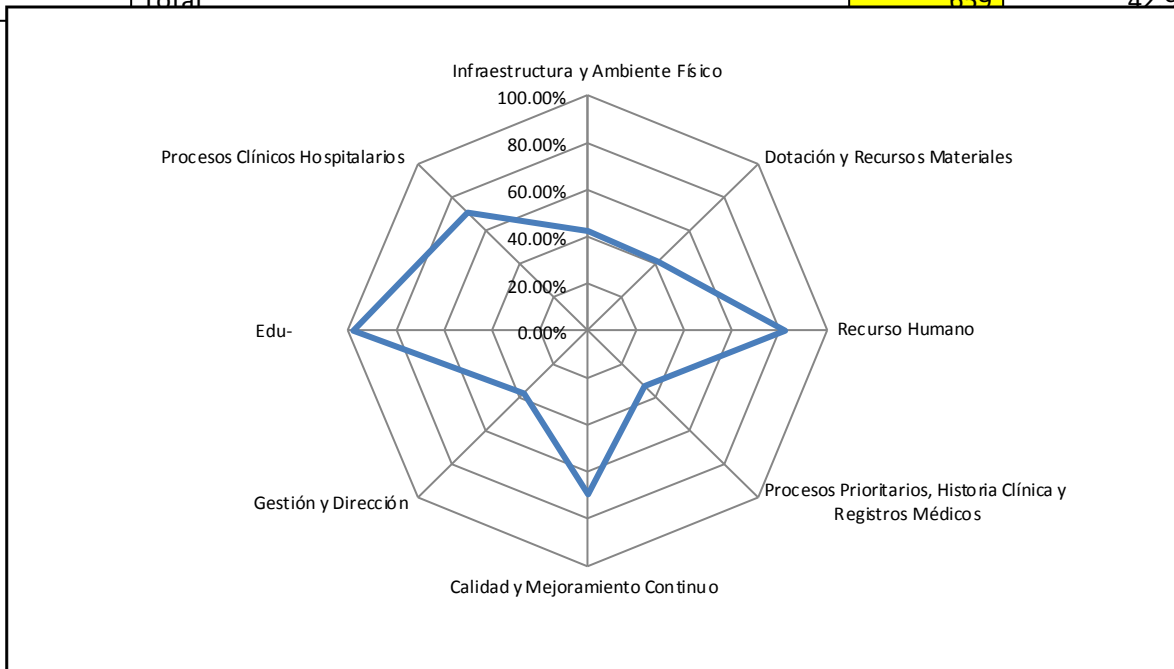


Debilidades y problemas

- ◇ Déficit de personal. Por decir, el cuarto turno no cuenta con médico y debe ser cubierto por una enfermera.
- ◇ Falta de insumos.
- ◇ No cuenta con lavadora/secadora de ropa.
- ◇ El laboratorio no cuenta con un espectrofotómetro.
- ◇ El esterilizador es antiguo, de estufa; se necesita uno moderno, eléctrico.
- ◇ Las dos ambulancias no tienen equipamiento médico.
- ◇ Los equipos de computación son obsoletos.

CAIMI San Cristóbal

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	157	42.43%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	99	41.25%
Criterio 3	Recurso Humano	119	82.07%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	69	33.66%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	108	69.68%
Criterio 6	Gestión y Dirección	58	37.42%
Criterio 7	Educación	49	98.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	152	70.70%
	Total	659	42.93%

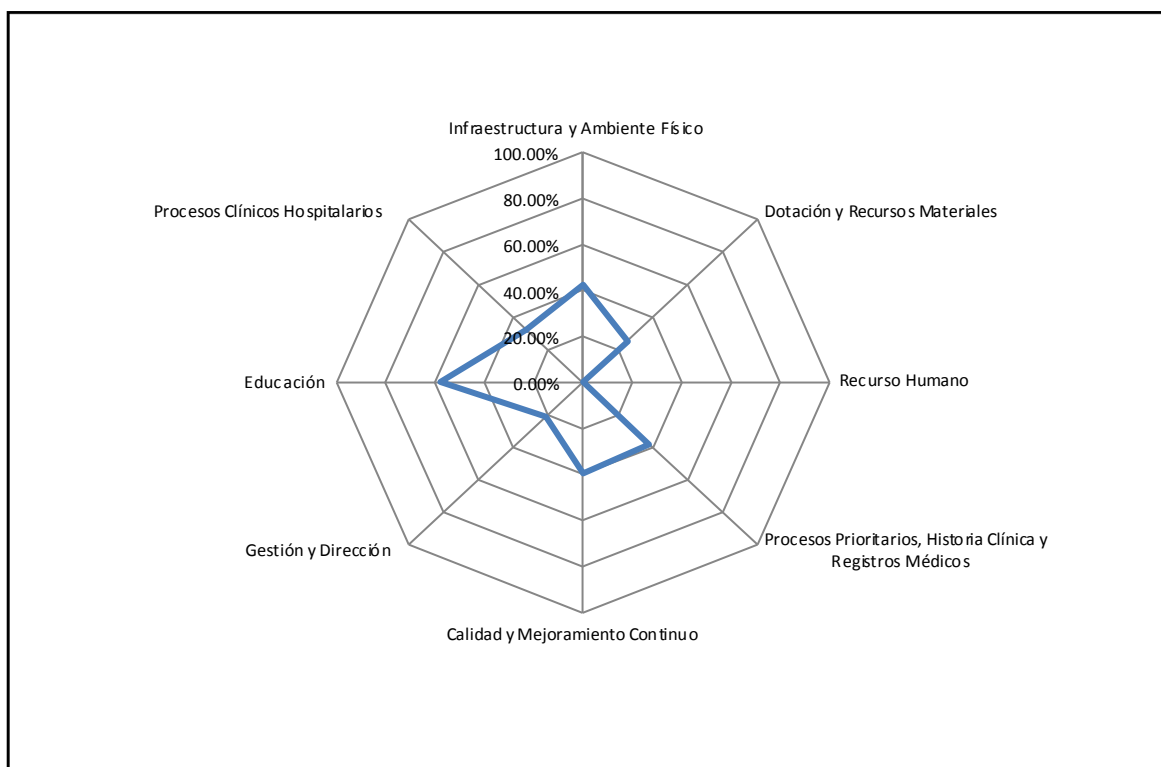


Debilidades y problemas

- ◇ Faltan gineco-obstetras. El MSPAS no acepta adaptar los horarios del personal de contrato (porque estos tienen otros trabajos). Es un problema de escasez de oferta profesional.
- ◇ Falta enfermera profesional en los tres turnos.
- ◇ Durante el presente año (2021) ha habido disminución de la atención de partos.
- ◇ El laboratorio de análisis clínico en ocasiones tarda en entregar los resultados el mismo día.
- ◇ No se utilizan con regularidad los protocolos y las guías de manejo clínico. No se

CAP Tactic

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	158	42.70%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	61	25.42%
Criterio 3	Recurso Humano	0	0.00%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	78	38.05%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	61	39.35%
Criterio 6	Gestión y Dirección	33	21.29%
Criterio 7	Educación	29	58.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	70	32.56%
	Total	420	27.36%

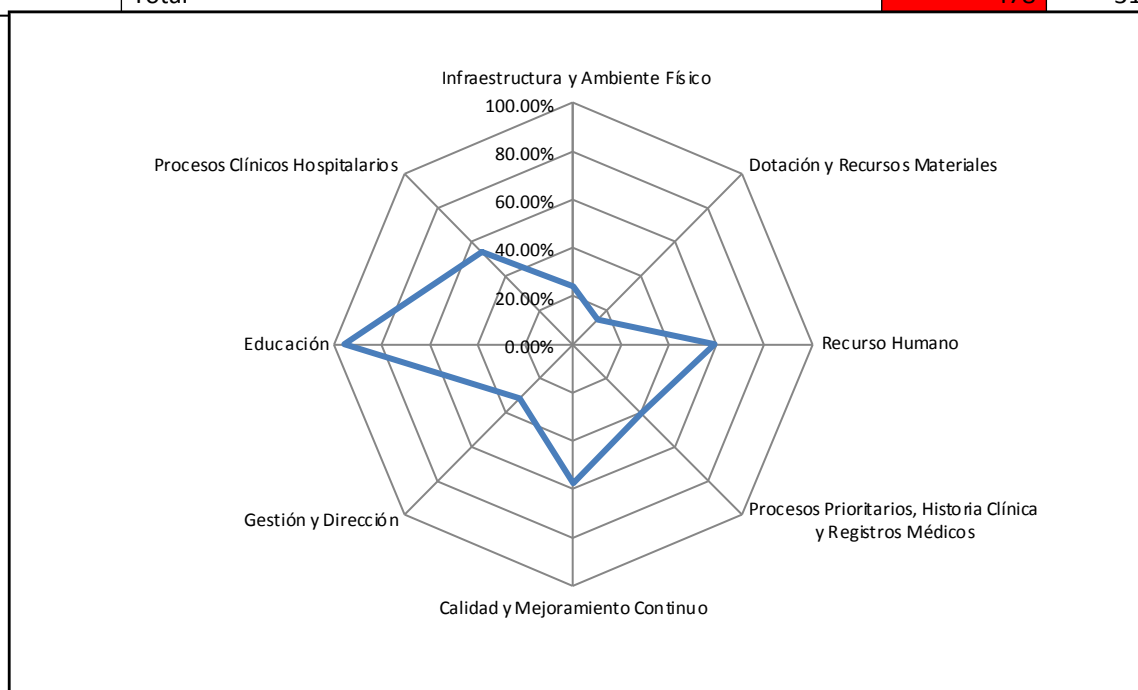


Debilidades y problemas

- ◇ Déficit de recursos humanos.
- ◇ Reemplazo de los equipos de cómputo/ se requiere un proyector.
- ◇ Se requiere:
- ◇ Un autoclave eléctrico.
- ◇ Nuevo equipo de parto.
- ◇ Equipo para vigilancia de la calidad del agua.

CAP Tamahú

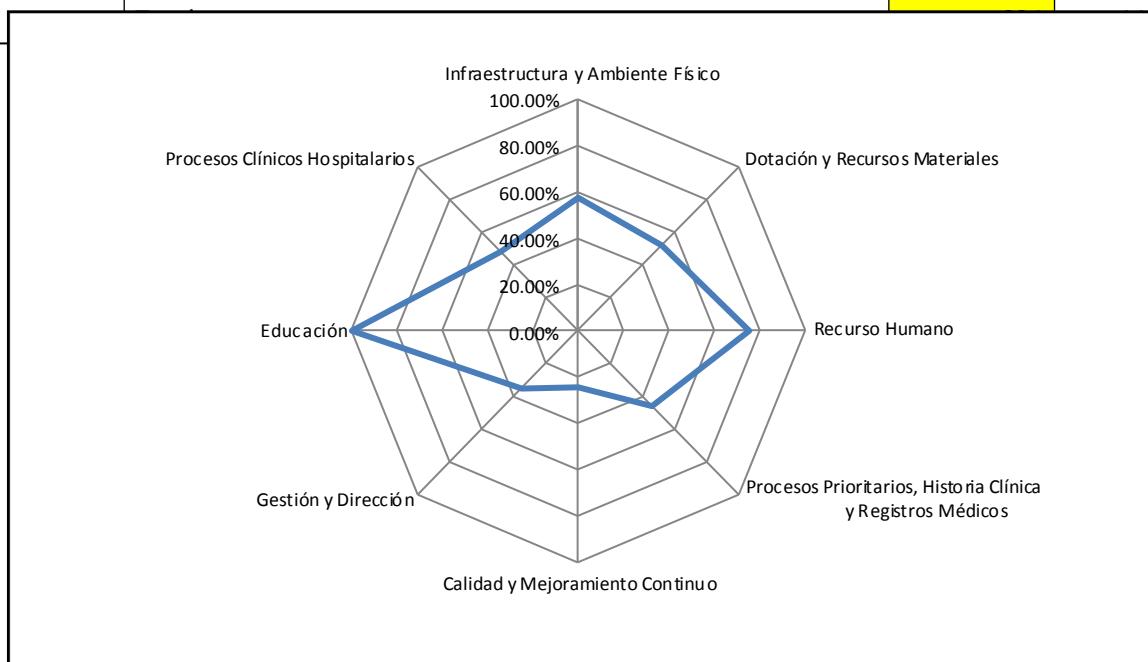
	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	89	24.05%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	34	14.17%
Criterio 3	Recurso Humano	86	59.31%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	83	40.49%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	89	57.42%
Criterio 6	Gestión y Dirección	49	31.61%
Criterio 7	Educación	48	96.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	116	53.95%
	Total	478	31.14%



- ◇ Debilidades y problemas.
- ◇ Las instalaciones eléctricas se hallan en mal estado; se han quemado varios aparatos. Se requiere un regulador de energía.
- ◇ Esterilizador antiguo. De estufa. Se requiere uno moderno, eléctrico.
- ◇ El laboratorio solo hace pruebas básicas. Necesita nuevos equipos.
- ◇ Hay 3 ambulancias, pero todas necesitan equipos médicos: carro de paro, ni equipo de reanimación, etc.

CAP Santa Cruz

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	212	57.30%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	125	52.08%
Criterio 3	Recurso Humano	109	75.17%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	95	46.34%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	38	24.52%
Criterio 6	Gestión y Dirección	55	35.48%
Criterio 7	Educación	50	100.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	104	48.37%
			56%



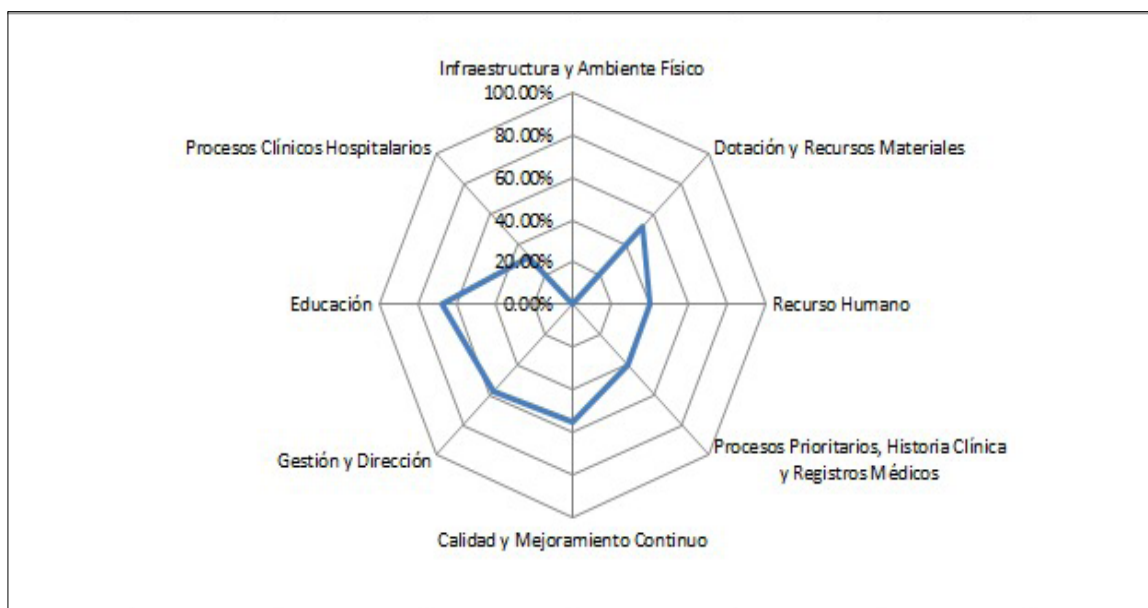
Debilidades y problemas

- ◇ No hay pediatra ni ningún otro especialista.
- ◇ El laboratorio no hace química sanguínea.
- ◇ No hay obstetra, sólo médicos generales.
- ◇ Falta de medicamentos.
- ◇ No hay suficientes pruebas para Covid-19.
- ◇ Una de las quejas más frecuentes de los usuarios es el trato que reciben del

DAS Chiquimula

Centro de Salud Chiquimula

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	0	0.00%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	124	51.67%
Criterio 3	Recurso Humano	59	40.69%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	83	40.49%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	86	55.48%
Criterio 6	Gestión y Dirección	89	57.42%
Criterio 7	Educación	34	68.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	69	32.09%
	Total	475	30.94%



Debilidades y problemas

Infraestructura y Ambiente Físico:

- ◇ El servicio se encuentra en una casa particular debido a remozamiento de las instalaciones oficiales.
- ◇ Chiquimula cuenta con un centro de salud donde no se atienden partos.
- ◇ Dotación de y Recursos Materiales:
- ◇ No existe personal destinado al mantenimiento de equipo.
- ◇ No se cuenta con un sistema de comunicación efectiva, todos utilizan sus teléfonos personales.
- ◇ Camillas deterioradas.
- ◇ No cuenta con ultrasonido.
- ◇ Cuentan únicamente con laboratorio citológico.

Recurso Humano:

- ◇ El proceso de inducción al personal no está establecido.
- ◇ El proceso de selección, dotación y gestión del talento humano depende de la dirección de área de salud.
- ◇ La evaluación de desempeño no es estandarizada.

Procesos Prioritarios:

- ◇ La historia clínica no se estandariza a toda la población, se da prioridad a las embarazadas.
- ◇ La custodia de la historia clínica no se da de la mejor manera.

Calidad y Mejoramiento Continuo:

- ◇ No existe programa de gestión de riesgo.
- ◇ Comité de riesgo existe, pero no esta activo.
- ◇ La atención al cliente no se da de manera exclusiva.

Gestión y Dirección:

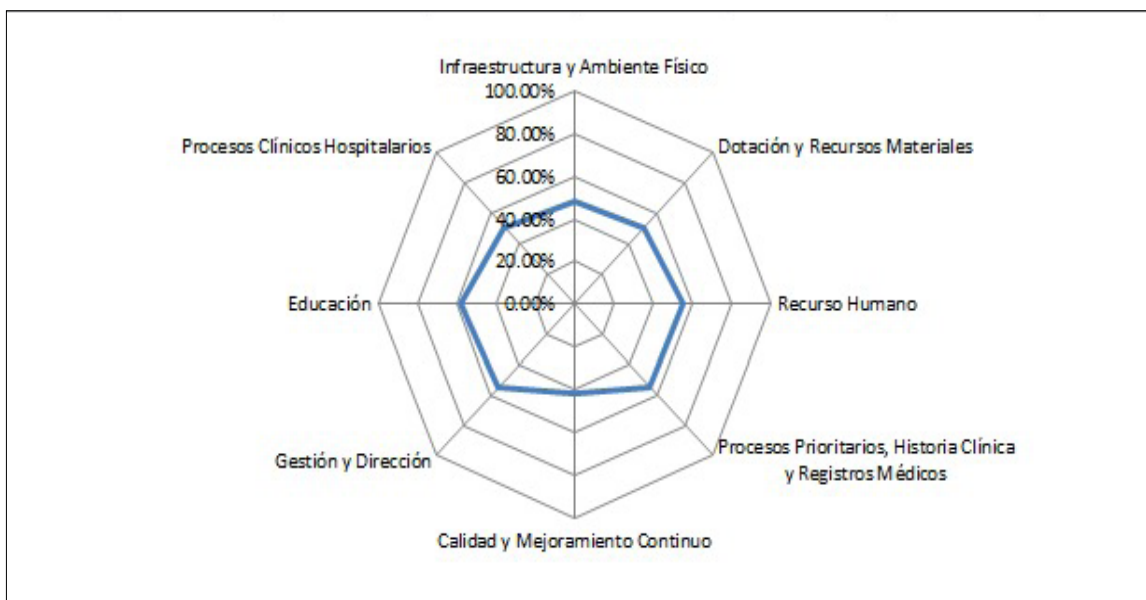
- ◇ La planificación, asignación y ejecución del presupuesto se da de manera centralizada.
- ◇ El equipo técnico no ha sido capacitado para el análisis sistemático de metas y tomas de decisiones .

Educación:

- ◇ El programa de educación continua existe, pero no se ejecuta a cabalidad.
- ◇ No se evalúan programas de promoción y educación para la salud.
- ◇ No se ha trabajado regularmente con los grupos focales.

CAP Jocotán

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	177	47.84%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	120	50.00%
Criterio 3	Recurso Humano	81	55.86%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	112	54.63%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	65	41.94%
Criterio 6	Gestión y Dirección	85	54.84%
Criterio 7	Educación	29	58.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	110	51.16%
	Total	669	43.58%



Debilidades y problemas Infraestructura y Ambiente Físico:

- ◇ El orden y limpieza en las instalaciones es deficiente.
- ◇ Inadecuado manejo de desechos sólidos.
- ◇ No existe plan de optimización de recursos.
- ◇ Los riesgos por incendio no son contemplados.
- ◇ Edificio de la emergencia y atención de partos se encuentra totalmente independiente.

Dotación de y Recursos Materiales:

- ◇ El cuidado de las instalaciones nuevas no se da correctamente.
- ◇ El uso de la tecnología no tiene la importancia necesaria.
- ◇ No cuenta con procedimientos para garantizar las condiciones necesarias de seguridad, funcionamiento y operación de los equipos considerados críticos en áreas asistenciales.
- ◇ Los procesos de estetización no se dan en óptimas condiciones.

Recurso Humano:

- ◇ No existe un programa establecido de inducción..
- ◇ Existe brecha del personal.
- ◇ El proceso de selección, dotación y gestión del talento humano depende de la dirección de área de salud en un 80%.

Procesos Prioritarios:

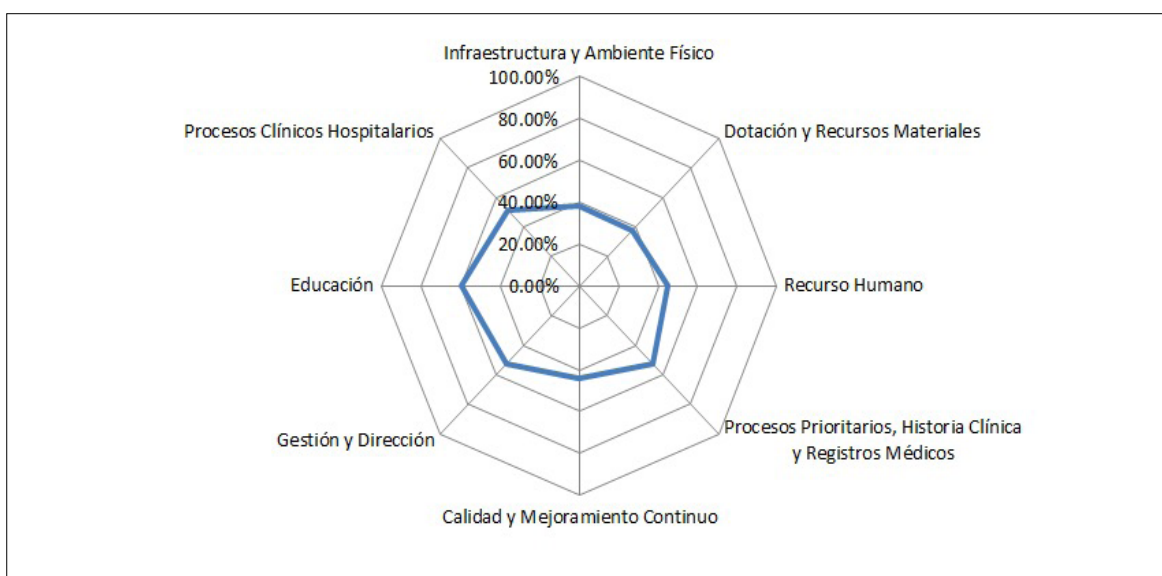
- ◇ El análisis de indicadores, metas y planes tiene debilidades.
- ◇ No cuenta con protocolos para detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter biológico.
- ◇ Calidad y Mejoramiento Continuo:
- ◇ No existe metodología para la evaluación de la calidad.

Gestión y Dirección:

- ◇ No existe programa de gestión de riesgo.

CAP San Juan La Ermita

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	141	38.11%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	90	37.50%
Criterio 3	Recurso Humano	65	44.83%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	108	52.68%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	68	43.87%
Criterio 6	Gestión y Dirección	81	52.26%
Criterio 7	Educación	30	60.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	111	51.63%
	Total	583	37.98%



Debilidades y problemas

Infraestructura y Ambiente Físico:

- ◇ El orden del servicio demuestra descuido por parte de la población y personal.
- ◇ No cuenta con plan para optimización de recursos.
- ◇ No se realiza investigación para la prevención de accidentes laborales.
- ◇ Dotación de y Recursos Materiales:
- ◇ La utilización de la implementación de tecnologías no es prioridad.
- ◇ La ruta de farmacología y farmacovigilancia no está del todo establecida.

Recurso Humano:

- ◇ El proceso de selección, dotación y gestión del talento humano depende de la dirección de área de salud en un 80%.
- ◇ No cuenta con procesos y acciones para la evaluación periódica del desempeño del talento humano.
- ◇ Existe brecha de .

Procesos Prioritarios:

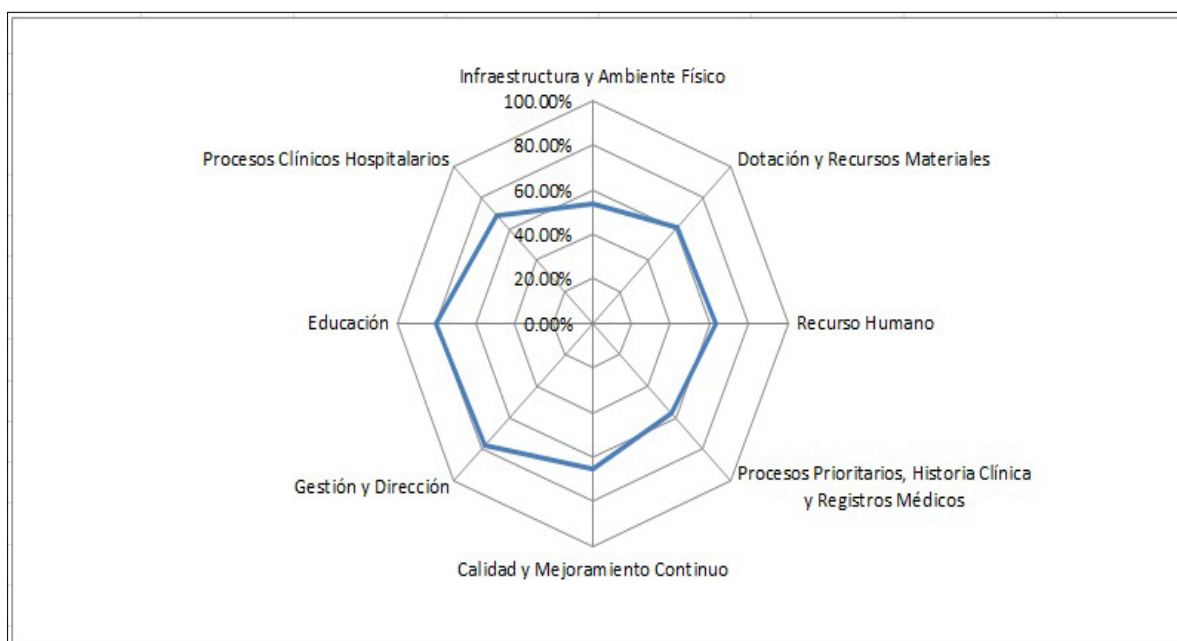
- ◇ Debilidad en la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, normas de bioseguridad, manejo y gestión integral de los residuos hospitalarios.
- ◇ El manejo de la historia clínica no está estandarizado.
- ◇ Calidad y Mejoramiento Continuo:
- ◇ No existe comité de gestión de riesgo funcional.
- ◇ No existe un programa de terapia ocupacional.
- ◇ Los análisis financieros están centralizados.
- ◇ Gestión y Dirección:
- ◇ Los procesos educativos a nivel comunitario no se han podido llevar a cabo derivado de la pandemia.
- ◇ Los vehículos destinados para la resolución de emergencias obstétricas no se encuentran en buenas condiciones.

Educación:

- ◇ La educación continua en el personal no se realiza con regularidad debido a condiciones de pandemia.
- ◇ La educación y promoción en salud a nivel de población se brinda en la medida que las restricciones lo permiten.
- ◇ No se evalúan los planes de promoción y educación para la salud.

CAP Olopa

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	199	53.78%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	147	61.25%
Criterio 3	Recurso Humano	92	63.45%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	117	57.07%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	101	65.16%
Criterio 6	Gestión y Dirección	120	77.42%
Criterio 7	Educación	40	80.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	148	68.84%
	Total	816	53.16%



Debilidades y problemas

- ◇ No existen rampas.
- ◇ Almacenamiento inadecuado de desechos sólidos.
- ◇ Señalización de servicio con déficit.
- ◇ Dotación de y Recursos Materiales:
 - ◇ No se cuenta con personal para mantenimiento de equipo.
 - ◇ Los vehículos de referencia no se encuentran en condiciones óptimas.
 - ◇ Camillas y gradillas en malas condiciones.

Recurso Humano:

- ◇ El servicio de asistencia al usuario no existe como tal, las situaciones respecto al tema llegan a la coordinadora y enfermería.
- ◇ La brecha de personal médico con especialidad es evidente.
- ◇ El proceso de selección, dotación y gestión del talento humano depende de la dirección de área de salud en un 80%.
- ◇ El programa de inducción no existe de manera oficial.
- ◇ El personal no cuenta con un programa de terapia ocupacional.

Procesos Prioritarios:

- ◇ Se da prioridad a pacientes materno-infantiles.
- ◇ Inexistencia de listas de chequeo para verificación de procesos.
- ◇ No existe programa de seguridad para apacientes ni trabajadores.
- ◇ Los registros para la gestión no se evidencian del todo.
- ◇ Calidad y Mejoramiento Continuo:
 - ◇ No existe comité de riesgo funcional.
 - ◇ No hay programa de gestión de riesgo.

Gestión y Dirección:

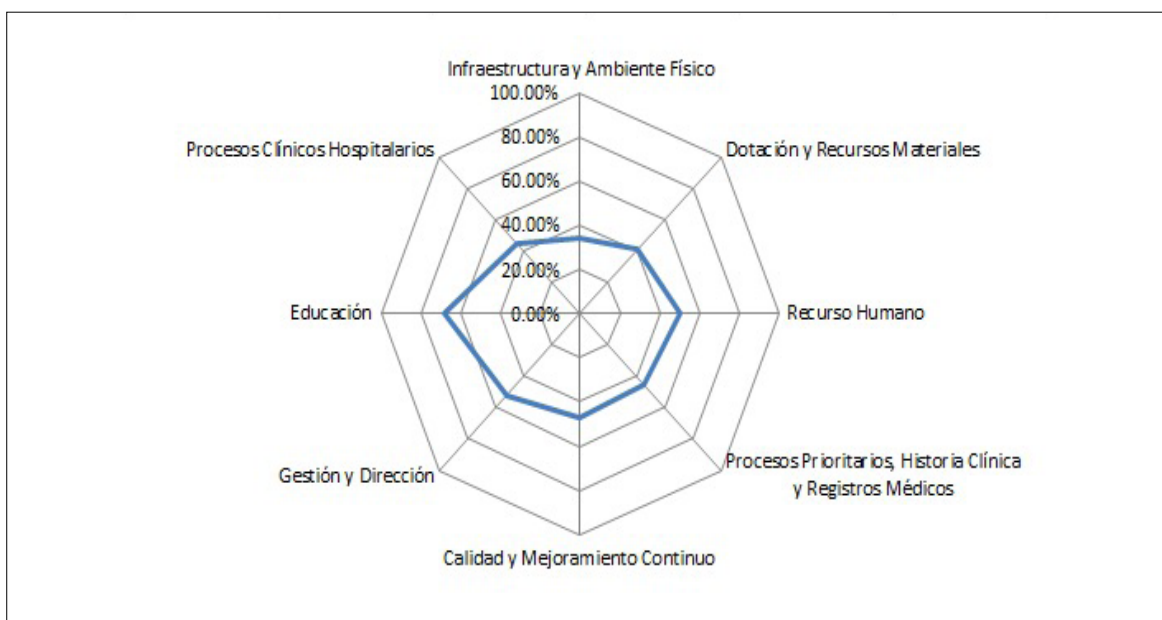
- ◇ La institución no garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental.
- ◇ No existe manejo del área financiera.
- ◇ El equipo gerencial no está capacitado en el proceso de análisis y toma de decisiones.

Educación:

- ◇ El trabajo con grupos focales se ha visto afectado por la restricción de aglomeraciones.

CAP Camotán

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	126	34.05%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	98	40.83%
Criterio 3	Recurso Humano	73	50.34%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	92	44.88%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	73	47.10%
Criterio 6	Gestión y Dirección	81	52.26%
Criterio 7	Educación	34	68.00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios	97	45.12%
	Total	577	37.59%



Debilidades y problemas

Infraestructura y Ambiente Físico:

- ◇ Ubicación geográfica de riesgo.
- ◇ Paredes agrietadas y húmedas.

Dotación de y Recursos Materiales:

- ◇ No se cumple con el material necesario para la atención integral.
- ◇ Las ambulancias no están en buen estado.
- ◇ El laboratorio cuenta solo con atención básica.
- ◇ Los eventos adversos no son contemplados.

Recurso Humano:

- ◇ Existe brecha de personal especialista.
- ◇ Programa de gestión de riesgo no es aplicado.
- ◇ No hay programa de salud ocupacional.

Procesos Prioritarios:

- ◇ Procesos de prevención de infecciones no se dan correctamente.
- ◇ Historia clínica no es estandarizada.
- ◇ La custodia de historia clínica no está garantizada.

Calidad y Mejoramiento Continuo:

- ◇ No existe programa de gestión de riesgo.
- ◇ No cuenta con encamamiento.
- ◇ El monitoreo de la calidad no tiene un seguimiento establecido.
- ◇ El programa de prevención de infecciones no se evidencia del todo.
- ◇ Las situaciones financieras no son analizadas.

Gestión y Dirección:

- ◇ Debilidad en análisis de resultados, indicadores y sala situacional para la toma de decisiones.
- ◇ El transporte para el traslado no está en óptimas condiciones.
- ◇ El nivel resolutivo no cumple las expectativas de la población.

Educación:

- ◇ No hay educación continua para el personal.
- ◇ El trabajo con grupos no se da con normalidad.

XI. Anexo

Formato de Encuesta a hogares



ENCUESTA A HOGARES SOBRE BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.

Fecha: ___ ___ ___

Comunidad: _____ Establecimiento de salud más cercano: _____

Madre ___ Padre ___ Familiar (abuelo, tío, cuñado/a, etc.) ___

Edad: ___ años Sexo: M ___ F ___

Escolaridad:

Primaria ___ Básico ___ Diversificado ___ Universidad incompleta ___ Universidad completa/postgrado .

Sin ningún estudio ___

Ocupación:

Ama de casa ___ Agrícola ___ Comercio ___ Empleado ___ Otro _____ Sin empleo ___

I Aceptabilidad

1. Cuando usted o un miembro de su familia acudió al establecimiento de salud, ¿el personal de salud resolvió el problema por lo que acudió?

Sí ___ No ___ No sabe/No responde ___

2. Piensa usted que el médico (enfermera, auxiliar, etc.) entendieron correctamente lo que usted o su familia decía?

Sí ___ No ___ No sabe, no está seguro/a _____

3. ¿El personal de salud respeta las *creencias culturales* suyas o de su familiar para curar las enfermedades?

Sí ___ No ___ No sabe/No responde

4. ¿Conoce a alguien de la comunidad, o incluso usted o un familiar que haya sido maltratado (verbalmente, algún gesto, burla, etc.) por el personal de salud?

Sí ___ No ___ No sabe/No responde ___

5. Cuando usted o un miembro de la familia se enferma, dónde prefiere ir:

Al terapeuta tradicional/comadrona/ sobador/similares ___ Al establecimiento de salud ___ Otro ___

6. ¿Dónde usted o un familiar tuvo su parto?

Establecimiento de salud ___ Casa ___ Otro ___ No ha habido embarazos/No sabe/No responde ___



II Accesibilidad

7. Usted o un familiar ha dejado de ir a atenderse al establecimiento de salud por falta de dinero

Sí___ No___ No sabe/No responde___

8. Cuando usted o un familiar fue al establecimiento de salud, ¿le dieron receta para comprar afuera del establecimiento?

Sí___ No___

9. En caso que Sí, ¿Los compró? Sí ___ No___ Unas veces sí/ Otras veces no ___

10. En caso de que no los compró. ¿Por qué no?

No tenía dinero___ La botica/farmacia queda lejos___ Otro___

11. ¿El establecimiento de salud ha estado abierto cuando usted o un familiar lo ha necesitado?

Sí___ No___ A veces sí, a veces no ___

12. ¿Cuánto tiempo necesitó para llegar al establecimiento de salud?

15 minutos o menos___ 16-30m ___ 31-60___ Hasta 2 horas___ Más de 2 horas ___

13. ¿Qué tipo de transporte utilizó?

A pie___ En bestia___ Transporte público (bus) ___ En carro de alquiler ___ En moto___ Otro ___

14. ¿Cuánto tiempo debió esperar para que lo atendieran?

15 minutos o menos___ 16-30m ___ 31-60___ Hasta 2 horas___ Más de 2 horas ___

15. Este tiempo le pareció:

Corto (estuvo bien)___ Más o menos (aceptable)___ Largo (esperó mucho)___ No sabe/No responde_

16. ¿Lo/a enviaron a hacerse exámenes u otros procedimientos a otro establecimiento (público o privado)?

Sí ___ No___ No sabe/No responde___

17. En caso de Sí: ¿Fue a hacerse los exámenes o procedimientos?

Sí___ No___ No sabe/No responde___

18. Si No, por qué no fue:

No tiene dinero___ Es muy lejos___ No le gusta/ No tratan bien___ Otro___





III Contacto

19. A qué establecimiento de salud usted o un familiar va la mayoría de las veces

_____ No va ___ No sabe/No responde__

20. ¿El médico (la enfermera, la auxiliar de enfermería) que lo atendió fue amigable con usted o su familiar?

Poco amigable ___ Más o menos amigable___ Muy amigable___ No sabe/No responde__

21. ¿Las medicinas que usted o un miembro de su familia tomó lo mejoraron?

Sí___ No___ No sabe/No responde__

22. ¿Cómo usted o su familiar califica la atención que han recibido en el establecimiento de salud?

Buena ___ Regular ___ Muy Buena ___ No sabe/No responde__

IV Disponibilidad

23. El horario de atención del establecimiento de salud le parece

Conveniente___ Inconveniente ___ No sabe/ No responde__

24. ¿Considera que el establecimiento de salud tiene suficientes medicinas?

Sí___ No___ No sabe/No responde__

25. Considera usted que el personal de salud dio a usted o a su familiar información clara y suficiente respecto a su problema de salud y el tratamiento?

Sí___ No___ No sabe/No responde__

Gracias por su tiempo.



XII. Anexo

Resultados de las encuestas a hogares

IXIL					
Información General					
Encuestados			Edad		
Opción	Frecuencia	Porcentaje	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Madre	254	70.75	15-29	129	35.93
Padre	54	15.04	30-44	130	36.21
Hijo/a	25	6.96	45-59	68	18.94
Otros	26	7.24	60 o más	32	8.91
Total	359	100.00	Total	359	100.00
Escolaridad			Ocupación		
Opción	Frecuencia	Porcentaje	Opción	Frecuencia	Porcentaje
No tiene estudios	191	53.20	Ama de casa	261	72.70
primaria	65	18.11	Agricultura	47	13.09
basicos	41	11.42	Comerciante	14	3.90
diversificado	52	14.48	Empleado	20	5.57
Universidad incompleta	5	1.39	Sin empleo	5	1.39
Universidad completa	5	1.39	Otros (especificar la ocupación)	12	3.34
Total	359	100.00	Total	359	100.00
Sexo					
Opción	Frecuencia	Porcentaje			
Masculino	61	16.99			
Femenino	298	83.01			
Total	359	100.00			

ACEPTABILIDAD					
P1. Cuando usted o un miembro de su familia acudió al centro de salud, ¿el personal de salud resolvió el problema por lo que acudió?			P2. ¿Piensa usted que el médico (enfermera, auxiliar, etc.) entendieron correctamente lo que usted o su familiar les decía?		
Opción	Frecuencia	Porcentaje	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	329	91.64	Si	344	95.82
No	28	7.80	No	13	3.62
No sabe	2	0.56	No sabe	2	0.56
No está seguro	0	0.00	No está seguro	0	0.00
Total	359	100.00	Total	359	100.00
P3. ¿El personal de salud respeta las creencias culturales suyas o de su familiar para curar las enfermedades?			P4. ¿Conoce a alguien de la comunidad, o incluso usted o un familiar que haya sido maltratado (verbalmente, con algún gesto, burla, etc.) por el personal de salud?		
Opción	Frecuencia	Porcentaje	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	336	93.59	Si	25	6.96
No	21	5.85	No	327	91.09
No sabe	2	0.56	No sabe/no respondió	7	1.95
No está seguro	359	100.00	Total	359	100.00
P5. Cuando usted o un miembro de la familia se enferma, ¿Dónde prefiere ir?			P6. ¿Dónde usted o un familiar tuvo su parto?		
Opción	Frecuencia	Porcentaje	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Al terapeuta tradicional/comadrona/s obador/similares	35	9.75	Establecimiento de salud	134	37.33
Al establecimiento de salud	286	79.67	Casa	195	54.32
Otro	38	10.58	Otro	10	2.79
Total	359	100.00	No ha habido embarazo/no	20	5.57
			Total	359	100.00



ACCESIBILIDAD					
P7. Usted o un familiar ha dejado de ir a atenderse al establecimiento de salud por falta de dinero			P8. Cuando usted o un familiar fue al establecimiento de salud, ¿le dieron receta para comprar afuera del establecimiento?		
Opción	Frecuencia	Porcentaje	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	63	17.54874652	Sí	254	70.75
No	292	81.33704735	No	105	29.25
No sabe/no responde	4	1.114206128	Total	359	100.00
Total	359	100			
P9. En caso que Sí, ¿Los compró?			P10. En caso de que no los compró, ¿Por qué no?		
Opción	Frecuencia	Porcentaje	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	245	96.46	No tenía dinero	9	100.00
No	9	3.54	La botica/farmacia queda lejos	0	0.00
Total	254	100.00	Otro	0	0.00
			Total	9	100.00
P11. ¿El establecimiento de salud ha estado abierto cuando usted o un familiar lo ha necesitado?			P12. ¿Cuánto tiempo necesitó para llegar al establecimiento de salud?		
Opción	Frecuencia	Porcentaje	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	354	98.61	15 minutos o menos	314	87.47
No	0	0.00	16-30 minutos	28	7.80
A veces sí	5	1.39	31-60 minutos	15	4.18
A veces no	0	0.00	Más de 2 horas	2	0.56
Total	359	100.00	Total	359	100.00
P13. ¿Qué tipo de transporte utilizó?			P14. ¿Cuánto tiempo debió esperar para que lo atendieran?		
Opción	Frecuencia	Porcentaje	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Apie	293	81.62	15 minutos o menos	88	24.51
En bestia	0	0.00	16-30 minutos	74	20.61
Transporte público (bus)	4	1.11	31-60 minutos	57	15.88
En carro de alquiler	4	1.11	Más de 2 horas	140	39.00
En moto	38	10.58	Total	359	100.00
Otro	20	5.57			
Total	359	100.00	Conversemos		
P15. Este tiempo le pareció			P16. ¿Lo/a enviaron a hacerse exámenes u otros procedimientos a otro establecimiento (público o privado)?		
Opción	Frecuencia	Porcentaje	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Corto (estuvo bien)	67	18.66	Sí	87	24.23
Largo (esperó mucho)	143	39.83	No	268	74.65
Más o menos (aceptable)	146	40.67	No responde	4	1.11
No sabe/No responde	3	0.84	Total	359	100.00
Total	359	100.00			
P17. En caso de Sí, ¿fue a hacerse los exámenes o procedimientos?			P18. Si No, ¿por qué no fue ?		
Opción	Frecuencia	Porcentaje	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	77	88.51	No tiene dinero	9	100.00
Sí	9	10.34	Es muy Lejos	0	0.00
No sabe/No responde	1	1.15	No le gusta/no tratan bien	0	0.00
Total	87	100.00	Total	9	100.00

CONTACTO

P19. ¿A qué establecimiento de salud usted o un familiar va la mayoría de las veces?		
Opción	Frecuencia	Porcentaje
No va	1	0.28
No sabe/no respondió	2	0.56
CAP	189	52.65
CAIMI	0	0.00
PUESTO DE SALUD	7	1.95
CENTRO DE SALUD DE CONVERGENCIA	42	11.70
OTROS	118	32.87
Total	359	100.00

P20. ¿El médico (la enfermera, la auxiliar de enfermería) que lo atendió fue amigable con usted o su familiar?		
Opción	Frecuencia	Porcentaje
Poco amigable	116	32.31
Más o menos amigables	107	29.81
Muy amigable	126	35.10
No sabe/ no respondió	10	2.79
Total	359	100.00

P21. ¿Las medicinas que usted o un miembro de su familia tomó lo mejoraron?		
Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	319	88.86
No	34	9.47
No sabe/No responde	6	1.67
Total	359	100.00

P22. ¿Cómo usted o su familiar califica la atención que ha recibido en el establecimiento de salud ?		
Opción	Frecuencia	Porcentaje
Buena	181	50.42
Regular	159	44.29
Muy buena	18	5.01
No sabe/no responde	1	0.28
Total	359	100.00

DISPONIBILIDAD

P23. El horario de atención del establecimiento de salud le parece		
Opción	Frecuencia	Porcentaje
Conveniente	338	94.15
Inconveniente	20	5.57
No sabe/No responde	1	0.28
Total	359	100.00

P24. ¿Considera que el establecimiento de salud tiene suficientes medicinas?		
Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	101	28.13
No	238	66.30
No sabe/ no responde	20	5.57
Total	359	100.00

P25. Considera usted que el personal de salud dio a usted o a su familiar información clara y suficiente respecto a su problema de salud y el tratamiento?		
Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	324	90.25
No	29	8.08
No sabe/ no responde	6	1.67
Total	359	100.00



DEPARTAMENTO HUEHUETENANGO

INFORMACION GENERAL

Encuestados

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Madre	199	53.49
Padre	90	24.19
Hijo/a	81	21.77
Otros	2	0.54
Total	372	100.00

Edad

Opción	Frecuencia	Porcentaje
15-29	123	33.06
30-44	158	42.47
45-59	62	16.67
60 o más	29	7.80
Total	372	100.00

Sexo

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	131	35.22
Femenino	241	64.78
Total	372	100.00

Escolaridad

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No tiene estudios	114	30.65
Primaria	110	29.57
Básica	59	15.86
Diversificado	53	14.25
Universidad incompleta	17	4.57
Universidad completa	19	5.11
Total	372	100.00

Ocupación

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	165	44.35
Agricultura	41	11.02
Comerciante	55	14.78
Empleado	55	14.78
Sin empleo	44	11.83
Otros	12	3.23
Total	372	100.00



ACEPTABILIDAD

P1. Cuando usted o un miembro de su familia acudió al centro de salud, ¿el personal de salud resolvió el problema por lo que acudió?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	296	79.57
No	41	11.02
No sabe	21	5.65
No está seguro	14	3.76
Total	372	100.00

P2. ¿Piensa usted que el médico (enfermera, auxiliar, etc.) entendieron correctamente lo que usted o su familiar les decía?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	304	81.72
No	29	7.80
No sabe	21	5.65
No está seguro	18	4.84
Total	372	100.00

P3. ¿El personal de salud respeta las creencias culturales suyas o de su familiar para curar las enfermedades?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	303	81.45
No	38	10.22
No sabe/No responde	31	8.33
Total	372	100.00

P4. ¿Conoce a alguien de la comunidad, o incluso usted o un familiar que haya sido maltratado (verbalmente, con algún gesto, burla, etc.) por el personal de salud?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	33	8.87
No	322	86.56
No sabe/No responde	17	4.57
Total	372	100.00

P5. Cuando usted o un miembro de la familia se enferma, ¿Dónde prefiere ir?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Al terapeuta tradicional/ c	93	25.00
Al establecimiento de salud	279	75.00
Otro	0	0.00
Total	372	100.00

P6. ¿Dónde usted o un familiar tuvo su parto?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Establecimiento de	101	27.15
Casa	221	59.41
Otro	16	4.30
No ha habido emb	34	9.14
Total	372	100.00



ACCESIBILIDAD

P7. Usted o un familiar ha dejado de ir a atenderse al establecimiento de salud por falta de dinero

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	136	36.56
No	222	59.68
No sabe/No responde	14	3.76

P9. En caso que Sí, ¿Los compró?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	233	86.94
No	35	13.06
Total	268	100.00

P11. ¿El establecimiento de salud ha estado abierto cuando usted o un familiar lo ha necesitado?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	235	63.17
No	39	10.48
A veces sí, a veces no	98	26.34
Total	372	100.00

P13. ¿Qué tipo de transporte utilizó?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
A pie	233	62.63
En bestia	0	0.00
Transporte público (bus)	63	16.94
En carro de alquiler	66	17.74
En moto	8	2.15
Otro	2	0.54
Total	372	100.00

P15. Este tiempo le pareció

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Corto (estuvo bien)	110	29.57
Más o menos (aceptable)	177	47.58
Largo (esperó mucho)	71	19.09
No sabe/No responde	14	3.76

P17. En caso de Sí, ¿fue a hacerse los exámenes o procedimientos?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	153	82.26
No	32	17.20
No sabe/No responde	1	0.54
Total	186	100.00

P8. Cuando usted o un familiar fue al establecimiento de salud, ¿le dieron receta para comprar afuera del establecimiento?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	268	72.04
No	104	27.96
Total	372	100.00

P10. En caso de que no los compró, ¿Por qué no?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No tenía dinero	26	74.29
La botica/farmacia	7	20.00
Otro	2	5.71
Total	35	100.00

P12. ¿Cuánto tiempo necesitó para llegar al establecimiento de salud?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
15 minutos o menos	189	50.81
16-30 minutos	125	33.60
31-60 minutos	50	13.44
Hasta 2 horas	5	1.34
Más de 2 horas	3	0.81
Total	372	100.00

P14. ¿Cuánto tiempo debió esperar para que lo atendieran?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
15 minutos o menos	141	37.90
16-30 minutos	140	37.63
31-60 minutos	75	20.16
Hasta 2 horas	14	3.76
Más de 2 horas	2	0.54
Total	372	100.00

P16. ¿Lo/a enviaron a hacerse exámenes u otros procedimientos a otro establecimiento (público o privado)?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	186	50.00
No	161	43.28
No sabe/No responde	25	6.72
Total	372	100.00

P18. Si No, ¿por qué no fue ?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No tiene dinero	12	37.50
Es muy lejos	14	43.75
No le gusta/No trató	5	15.63
Otro	1	3.13
Total	397	1240.63

CONTACTO

P19. ¿A qué establecimiento de salud usted o un familiar va la mayoría de las veces?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No va	18	4.84
No sabe/no responde	5	1.34
CAP	62	16.67
CAIMI	48	12.90
Puesto de salud	104	27.96
Centro de salud de <i>convergencia</i>	35	9.41
Otros	100	26.88
Todos	372	100.00

P20. ¿El médico (la enfermera, la auxiliar de enfermería) que lo atendió fue amigable con usted o su familiar?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Poco amigable	74	19.89
Más o menos amigable	182	48.92
Muy amigable	98	26.34
No sabe/No responde	18	4.84
Total	372	100.00

P21. ¿Las medicinas que usted o un miembro de su familia tomó lo mejoraron?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	293	78.76
No	43	11.56
No sabe/No responde	36	9.68
Total	372	100.00

P22. ¿Cómo usted o su familiar califica la atención que ha recibido en el establecimiento de salud ?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Buena	161	43.28
Regular	189	50.81
Muy buena	16	4.30
No sabe/No responde	6	1.61
Total	372	100.00

DISPONIBILIDAD

P23. El horario de atención del establecimiento de salud le parece

Opción	Número	Porcentaje
Conveniente	259	69.62
Inconveniente	96	25.81
No sabe/No responde	17	4.57
Total	372	100.00

P24. ¿Considera que el establecimiento de salud tiene suficientes medicinas?

Opción	Número	Porcentaje
Sí	71	19.09
No	258	69.35
No sabe/No responde	43	11.56
Total	372	100.00

P25. Considera usted que el personal de salud dio a usted o a su familiar información clara y suficiente respecto a su problema de salud y el tratamiento?

Opción	Número	Porcentaje
Sí	287	77.15
No	52	13.98
No sabe/No responde	33	8.87
Total	372	100.00



DEPARTAMENTO CHIQUIMULA

INFORMACION GENERAL

Encuestados			Edad		
Opción	Frecuencia	Porcentaje	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Madre	238	61.66	15-29	116	30.05
Padre	105	27.20	30-44	184	47.67
Hijo/a	43	11.14	45-59	62	16.06
Otros	0	0.00	60 o más	24	6.22
Total	386	100.00	Total	386	100.00

Sexo			Escolaridad		
Opción	Frecuencia	Porcentaje	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	131	33.94	No tiene estudios	55	14.25
Femenino	255	66.06	Primaria	84	21.76
Total	386	100.00	Básica	62	16.06
			Diversificado	122	31.61
			Universidad incompleta	46	11.92
			Universidad completa	17	4.40
			Total	386	100.00

Ocupación		
Opción	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	136	35.23
Agricultura	39	10.10
Comerciante	64	16.58
Empleado	101	26.17
Sin empleo	16	4.15
Otros	30	7.77
Total	386	100.00



ACEPTABILIDAD

P1. Cuando usted o un miembro de su familia acudió al centro de salud, ¿el personal de salud resolvió el problema por lo que acudió?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	361	93.52
No	14	3.63
No sabe	1	0.26
No está seguro	10	2.59
Total	386	100.00

P2. ¿Piensa usted que el médico (enfermera, auxiliar, etc.) entendieron correctamente lo que usted o su familiar les decía?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	367	95.08
No	11	2.85
No sabe	4	1.04
No está seguro	4	1.04
Total	386	100.00

P3. ¿El personal de salud respeta las creencias culturales suyas o de su familiar para curar las enfermedades?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	274	70.98
No	65	16.84
No sabe/No responde	47	12.18
Total	386	100.00

P4. ¿Conoce a alguien de la comunidad, o incluso usted o un familiar que haya sido maltratado (verbalmente, con algún gesto, burla, etc.) por el personal de salud?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	41	10.62
No	287	74.35
No sabe/No responde	58	15.03
Total	386	100.00

P5. Cuando usted o un miembro de la familia se enferma, ¿Dónde prefiere ir?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Al terapeuta tradicional/ c	40	10.36
Al establecimiento de salu	346	89.64
Otro	0	0.00
Total	386	100.00

P6. ¿Dónde usted o un familiar tuvo su parto?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Establecimiento de	232	60.10
Casa	71	18.39
Otro	71	18.39
No ha habido emb	12	3.11
Total	386	100.00



ACCESIBILIDAD

P7. Usted o un familiar ha dejado de ir a atenderse al establecimiento de salud por falta de dinero

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	95	24.61
No	290	75.13
No sabe/No responde	1	0.26
Total	386	100.00

P8. Cuando usted o un familiar fue al establecimiento de salud, ¿le dieron receta para comprar afuera del establecimiento?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	275	71.24
No	111	28.76
Total	386	100.00

P9. En caso que Sí, ¿Los compró?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	230	83.64
No	45	16.36
Total	275	100.00

P10. En caso de que no los compró, ¿Por qué no?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No tenía dinero	38	84.44
La botica/farmacia	4	8.89
Otro	3	6.67
Total	45	100.00

P11. ¿El establecimiento de salud ha estado abierto cuando usted o un familiar lo ha necesitado?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	250	64.77
No	19	4.92
A veces sí, a veces no	117	30.31
Total	386	100.00

P12. ¿Cuánto tiempo necesitó para llegar al establecimiento de salud?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
15 minutos o menos	245	63.47
16-30 minutos	116	30.05
31-60 minutos	23	5.96
Hasta 2 horas	2	0.52
Más de 2 horas	0	0.00
Total	386	100.00

P13. ¿Qué tipo de transporte utilizó?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
A pie	177	45.85
En bestia	3	0.78
Transporte público (bus)	46	11.92
En carro de alquiler	9	2.33
En moto	128	33.16
Otro	23	5.96
Total	386	100.00

P14. ¿Cuánto tiempo debió esperar para que lo atendieran?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
15 minutos o menos	86	22.28
16-30 minutos	149	38.60
31-60 minutos	121	31.35
Hasta 2 horas	27	6.99
Más de 2 horas	3	0.78
Total	386	100.00

P15. Este tiempo le pareció

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Corto (estuvo bien)	130	33.68
Más o menos (aceptable)	193	50.00
Largo (esperó mucho)	61	15.80
No sabe/No responde	2	0.52
Total	386	100.00

P16. ¿Lo/a enviaron a hacerse exámenes u otros procedimientos a otro establecimiento (público o privado)?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	162	41.97
No	223	57.77
No sabe/No responde	1	0.26
Total	386	100.00

P17. En caso de Sí, ¿fue a hacerse los exámenes o procedimientos?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	137	84.57
No	25	15.43
No sabe/No responde	0	0.00
Total	162	100.00

P18. Si No, ¿por qué no fue ?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No tiene dinero	16	64.00
Es muy lejos	8	32.00
No le gusta/No trató	0	0.00
Otro	1	4.00
Total	25	100.00

CONTACTO

P19. ¿A qué establecimiento de salud usted o un familiar va la mayoría de las veces?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No va	25	6.48
No sabe/no responde	4	1.04
CAP	18	4.66
CAIMI	0	0.00
Puesto de salud	125	32.38
Centro de salud de convergencia	87	22.54
Otros	127	32.90
Todos	386	100.00

P20. ¿El médico (la enfermera, la auxiliar de enfermería) que lo atendió fue amigable con usted o su familiar?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Poco amigable	35	9.07
Más o menos amigable	212	54.92
Muy amigable	136	35.23
No sabe/No responde	3	0.78
Total	386	100.00

P21. ¿Las medicinas que usted o un miembro de su familia tomó lo mejoraron?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	361	93.52
No	18	4.66
No sabe/No responde	7	1.81
Total	386	100.00

P22. ¿Cómo usted o su familiar califica la atención que ha recibido en el establecimiento de salud?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Buena	164	42.49
Regular	176	45.60
Muy buena	46	11.92
No sabe/No responde	0	0.00
Total	386	100.00

DISPONIBILIDAD

P23. El horario de atención del establecimiento de salud le parece

Opción	Número	Porcentaje
Conveniente	286	74.09
Inconveniente	90	23.32
No sabe/No responde	10	2.59
Total	386	100.00

P24. ¿Considera que el establecimiento de salud tiene suficientes medicinas?

Opción	Número	Porcentaje
Sí	88	22.80
No	221	57.25
No sabe/No responde	77	19.95
Total	386	100.00

P25. Considera usted que el personal de salud dio a usted o a su familiar información clara y suficiente respecto a su problema de salud y el tratamiento?

Opción	Número	Porcentaje
Sí	357	92.49
No	22	5.70
No sabe/No responde	7	1.81
Total	386	100.00



XIII. Anexo

Guía de discusión de grupos

GUÍA

DISCUSIÓN DE GRUPOS FOCALES

1. ¿Por qué motivos visitan la unidad de salud?
2. ¿Por qué algunas mujeres acuden a los controles y otras no?
3. ¿Qué opinan de las atenciones que han recibido en la unidad de salud?
4. Cuéntenos ¿cómo ha sido la atención prenatal, del parto y del posparto?.
5. Cuéntenos cómo ha sido la atención que han recibido sus niños (menores de 5 años).
6. ¿Qué es lo que más les ha gustado de la unidad de salud?
7. ¿Qué es lo que menos les ha gustado de la unidad de salud?
8. ¿Qué obstáculos impiden que ustedes acudan a la unidad de salud?

XIV. Anexo

Evidencias fotográficas del trabajo de campo

Barillas



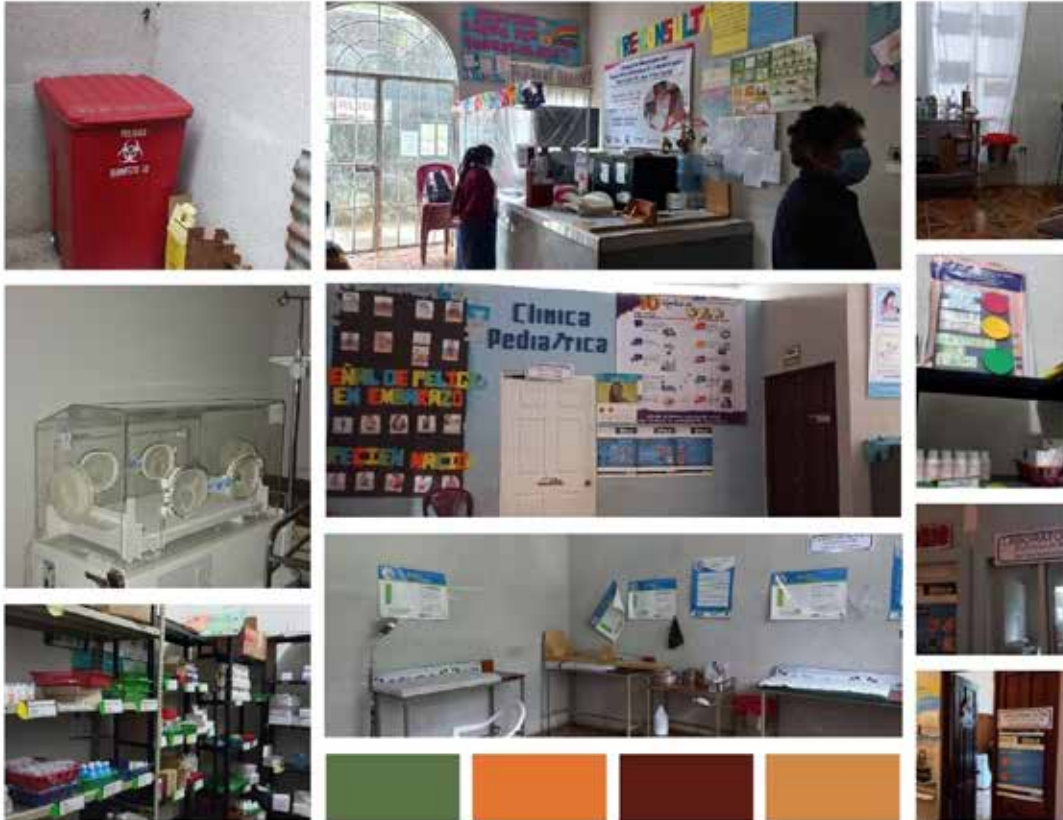
Camotán



Olopa



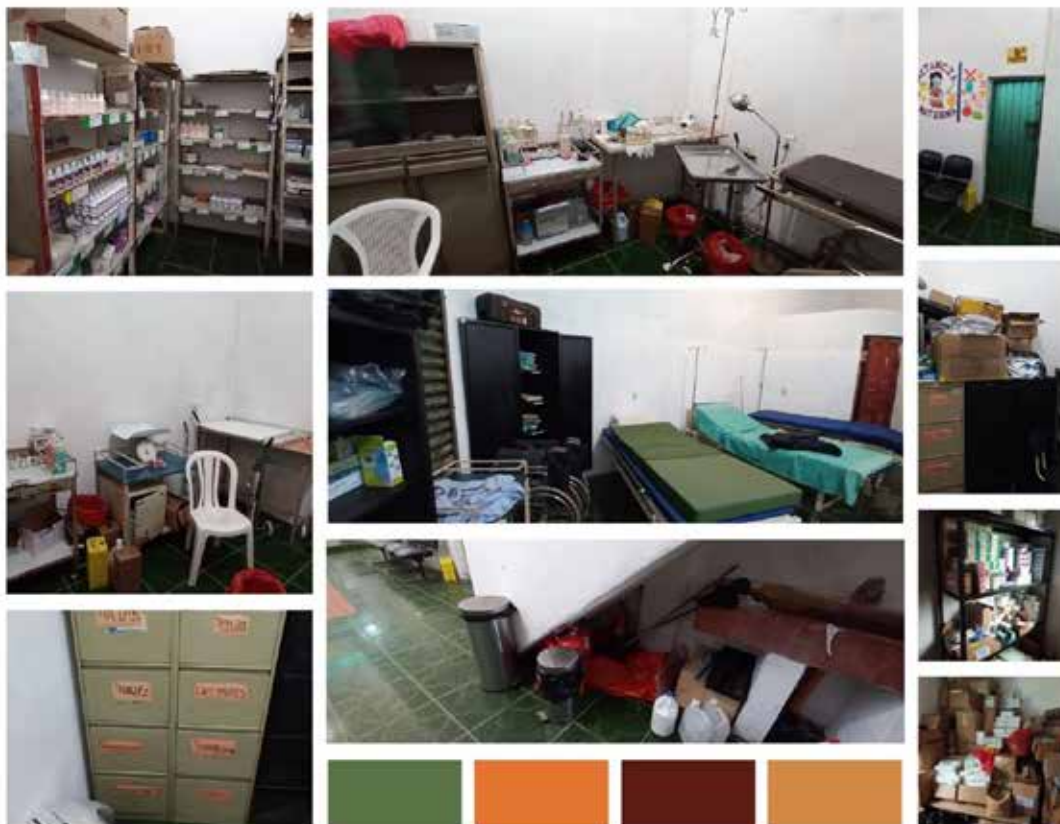
San Juan Ixcoy



Chiquimula



San Juan Ixtatán



San Miguel



San Rafael



Tamahú



CENAPA Cobán



Tactic



San Juan Chamelco



Santa Cruz



San Cristóbal



Sistemas y Servicios de Salud - OPS/OMS Guatemala



UNIÓN EUROPEA



OPS



**Proyecto Atención Primaria
de Salud y Nutrición**

Apoyando al Sistema de Salud en la Atención Primaria
para Combatir la Desnutrición Crónica en Guatemala