



Ministerio de
**Salud Pública
y Asistencia
Social**



Proyecto de Atención Primaria de Salud y Nutrición



El trabajo de los equipos de enfermería en el Proyecto APS & Nutrición: evaluación de los cambios desde la perspectiva de los trabajadores

Noviembre, 2023

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 de Atención Primaria de Salud y Nutrición (APS y Nutrición)

El trabajo de los equipos de enfermería en el Proyecto APS & Nutrición: evaluación de los cambios desde la perspectiva de los trabajadores. Guatemala: OPS/OMS; 2023

78 p.: il.

1. Atención Primaria de Salud. 2. Personal de Salud. 3. Atención Integral de Salud. 4. Educación Continua. 5. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud. 6. Estrategias de Salud Nacionales. 7. Guatemala

Cita recomendada: Proyecto de Atención Primaria de Salud y Nutrición (APS y Nutrición). ***El trabajo de los equipos de enfermería en el Proyecto APS & Nutrición: evaluación de los cambios desde la perspectiva de los trabajadores.*** Guatemala: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS); 2023



Proyecto de Atención Primaria de Salud y Nutrición

Esta publicación ha sido elaborada con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y 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.

ÍNDICE

RESUMEN	1
SECCIÓN I: Introducción	4
SECCIÓN I: Marco de referencia conceptual y metodológico	6
SECCIÓN II: Antecedentes y Contexto del Problema	8
2.1. Atención Primaria en Salud	8
2.1.1. Respuesta de la OMS	10
2.1.2. La salud universal	11
2.1.3. Características de los atributos de la Atención Primaria	13
2.2. Antecedentes Internacionales	18
2.3. Antecedentes de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria en América Latina	18
2.3.1. Cuba	18
2.3.2. Brasil	18
2.3.3. Chile	19
2.3.4. Nicaragua	19
2.3.5. Uruguay	19
2.3.6. Perú	20
SECCIÓN III. Metodología	22
SECCIÓN IV. Fase descriptiva de los resultados	32

SECCIÓN V. Fase explicativa de los resultados	42
I. Enfoque de Salud Familiar y Comunitaria	42
II. Cartera de Servicios y Equipos de Salud	44
III. Accesibilidad en Servicios de Salud	46
IV. Actividades de Salud Familiar y Comunitaria en la Comunidad	50
V. La Integralidad en la SFyC	53
VI. Acceso y Continuidad en la Atención en Salud Comunitaria	56
VII. La Referencia y Contrarreferencia	59
VIII. Diversidad Lingüística	62
IX. La importancia de la participación de la familia en la atención a la salud	64
REFERENCIAS	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Niveles de atención - MSPAS Guatemala (2018)	23
Figura 2.	Sujetos del estudio	24
Figura 3.	Nube de palabras de las entrevistas con los operadores locales del Proyecto APS & Nutrición	32

ILUSTRACIÓN

Ilustración I.	Proporción de participantes según perfil profesional	37
----------------	--	----

Gráfica

Gráfica I.	Promedio de años de experiencia según perfil profesional	37
Gráfica 2.	Tipo de establecimiento de Salud	38

Índice de tablas

Tabla 1.	Definición de los Atributos de Atención Primaria	13
Tabla 2.	Participantes del Estudio del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria	25
Tabla 3.		26
Tabla 4.	Criterios de Inclusión y exclusión	29
Tabla 5.	Perfiles de participantes en la encuesta según Dirección Departamental de Servicios de Salud	36
Tabla 6.	Cartera de servicios por tipología del establecimiento de salud	39

Resumen

El Proyecto de Atención Primaria de Salud y Nutrición, financiado por la Unión Europea y ejecutado por la Organización Panamericana de la Salud, tiene como objetivo reducir la malnutrición en niños menores de cinco años, adolescentes y mujeres en edad reproductiva en Guatemala. Para evaluar su impacto, se realizaron entrevistas a personal de enfermería, asistentes técnicos territoriales y enfermeras jefes de los Distritos Municipales de Salud. Como resultado, se destacó la importancia de una atención integral, así como la participación comunitaria y la formación continua del personal. Asimismo, se identificaron barreras geográficas, económicas y lingüísticas, lo que evidencia la necesidad de estrategias de adaptación cultural y lingüística. Del mismo modo, la participación familiar desempeña un papel clave en la continuidad del cuidado y la adherencia a los tratamientos. Por otra parte, los procesos de referencia y contrarreferencia resultan esenciales para garantizar la continuidad de la atención. En conclusión, la atención integral debe abordar las dimensiones físicas, emocionales, sociales y culturales, asegurando un enfoque holístico en la prestación de servicios.

Palabras claves

Malnutrición - Accesibilidad al sistema de salud - Participación comunitaria - Atención integral en salud - Diversidad lingüística - Diversidad cultural

Abstrac

The Primary Health Care and Nutrition Project, funded by the European Union and implemented by the Pan American Health Organization, aims to reduce malnutrition in children under five years old, adolescents, and women of reproductive age in Guatemala.

To evaluate its impact, interviews were conducted with nursing staff, territorial technical assistants, and chief nurses of the Municipal Health Districts. As a result, the importance of comprehensive care, as well as community participation and continuous staff training, was highlighted. Likewise, geographic, economic, and linguistic barriers were identified, highlighting the need for cultural and linguistic adaptation strategies. Similarly, family participation plays a key role in ensuring continuity of care and adherence to treatments.

Furthermore, referral and counter-referral processes are essential to guarantee continuity of care. In conclusion, comprehensive care must address the physical, emotional, social, and cultural dimensions of individuals, ensuring a holistic approach to service delivery.

Keywords

Malnutrition – Accessibility to the health system - Community participation
- Comprehensive health care - Linguistic diversity – Cultural diversity

SECCIÓN I:

Introducción

SECCIÓN I: Introducción

El Proyecto Atención Primaria de Salud y Nutrición es financiado por la Unión Europea, e que es desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Es implementado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala y busca contribuir para 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. Por medio del Proyecto se busca apoyar la implementación y ampliación de un Modelo Integral de Atención Primaria de Salud en el país, que permita el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud y nutrición con la participación de la comunidad.

La evaluación de los resultados del Proyecto se diseñó con base en un modelo multivectorial con un conjunto de estrategias top/bottom, incluyendo entrevistas a operadores locales. La producción que sustenta este capítulo incluyó entrevistas a un grupo de informantes clave incluye auxiliares de enfermería, asistentes técnicos territoriales y Enfermeras jefes de Distrito Municipal de Salud.

Los **auxiliares de enfermería** corresponden a personal con entrenamiento técnico de con duración de aproximadamente diez meses dependiendo de la institución formadora.(ENAE, 2015) Este entrenamiento les permite alcanzar competencias para realizar actividades de cuidado en establecimientos del primer y segundo nivel de atención, participar en la gestión sustantiva del cuidado de la salud de individuos y comunidades realizando acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación comunitaria. Dentro del MSPAS, se asignan a establecimientos del primer nivel de atención (CC y PS) donde realizan actividades tanto intra como extramuros.(Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2018)

Los **Asistentes Técnicos Territoriales (ATT)**, son profesionales con formación técnica universitaria de aproximadamente tres años con énfasis en actividades de atención primaria y administración de establecimientos de la salud.(ENE, 2024) Dentro del MSPAS cumplen funciones administrativas al coordinar equipos de salud a nivel de territorios y sectores (primer nivel de atención), brindando acompañamiento técnico, y logístico en actividades

intra y extramuros cubriendo acciones en todos los niveles de prevención de la enfermedad. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2018)

Los y las **Enfermeras jefes de Distrito Municipal de Salud**, son profesionales en el grado de licenciatura en enfermería con una duración de aproximadamente cinco a seis años. (ENE, 2024) Dentro de las actividades asignadas por su puesto en el MSPAS, deben coordinar las actividades de las ATT y los equipos de salud a de los sectores y territorios así como acompañar la gestión de la atención desde un aspecto de administración de los servicios de salud asignados a su DMS. El establecimiento sede al que corresponden suele ser un establecimiento del segundo nivel de atención (CS, CAP o CAIMI) (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2018).

Los datos producidos en las entrevistas fueron tratados en tres estrategias metodológicas: una etapa exploratoria, una etapa descriptiva y una etapa interpretativa. A continuación, se presenta el resultado de esta etapa de la evaluación.

SECCIÓN II: **Antecedentes y Contexto** **del Problema**

SECCIÓN II: Antecedentes y Contexto del Problema

El enfoque de Salud Familiar y Comunitaria está respaldado por compromisos internacionales clave. La Declaración de Alma-Ata (1978) estableció la Atención Primaria de Salud (APS) como el eje central para lograr la equidad en salud, enfatizando la participación comunitaria y el acceso universal. La Carta de Ottawa (1986) destacó la importancia de los determinantes sociales en la promoción de la salud. Posteriormente, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) y el Informe sobre la Salud en el Mundo (2008) reforzaron la necesidad de adoptar modelos sostenibles basados en la APS para abordar las desigualdades en salud (OPS, 2009); (OMS, 2008).

2.1. Atención Primaria en Salud

Hoy en día se registra a nivel mundial, un total de 3 600 millones de personas sin cobertura de los servicios de salud esenciales. Los países de bajos y medianos recursos podrían ampliar sus intervenciones en Atención Primaria en Salud (APS), a fin de mejorar la calidad de vida de su población y garantizar el acceso universal a los servicios de salud. (WHO, 2021)

El concepto de APS ha sido reinterpretado y redefinido en múltiples ocasiones desde 1978, lo que ha generado confusión sobre su significado y en la práctica. Con miras a coordinar las labores futuras en materia de APS a nivel mundial, nacional y local, y a modo de orientación en su puesta en práctica, se ha elaborado una definición clara y sencilla:

«La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas». (OMS/UNICEF, 2018)

Los servicios de salud coordinados y completos, incluida la atención primaria y sus funciones, las acciones y políticas multisectoriales en torno a los determinantes de la salud, y la participación social, son tres componentes de la APS, que interrelacionados producen sinergia para la mejora

de la atención la auto asistencia y la autosuficiencia en salud. La justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación son la base de la APS. Gozar una buena salud, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Ahora bien, los sistemas de salud deben pasar de su actual diseño basado en las enfermedades y las instituciones a uno basado en las personas y realizado con su ayuda. En la APS se tienen en cuenta los determinantes más amplios de la salud, y la atención se centra en los aspectos generales e interrelacionados de la salud física, la salud mental, la salud social y el bienestar. Con ella se ofrece una atención integral para las necesidades de salud a lo largo del curso de la vida y no solo para una serie concreta de enfermedades.

La atención primaria de salud garantiza a las personas una atención integral de calidad —desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos— lo más cerca posible de sus lugares habituales. La APS es el enfoque más inclusivo, equitativo, costo eficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social. Cada vez son más las pruebas en el mundo del amplio efecto que tiene invertir en la APS, particularmente en tiempos de crisis como los de la actual pandemia de la COVID-19. (WHO, 2021)

Los Estados Miembros¹ se han comprometido a renovar y ampliar la atención primaria de salud como piedra angular de un sistema de salud sostenible que permita lograr la Cobertura de Salud Universal (CSU), los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud (ODS) y la seguridad sanitaria. La APS es el «motor programático» para lograr la CSU, los ODS relacionados con la salud y la seguridad sanitaria. (WHO, 2021)

Este compromiso ha sido formulado y reiterado en la Declaración de Astaná, la Resolución 72/2 de la Asamblea Mundial de la Salud, el Informe de seguimiento de la cobertura sanitaria universal 2019 y la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la CSU. La CSU, los ODS relacionados con la salud y los objetivos de seguridad sanitaria son ambiciosos pero alcanzables. Es necesario lograr avances urgentemente, y la APS proporciona los medios para hacerlo. (WHO, 2021)

1 Estados Miembros de Naciones Unidas (UN)

2.1.1. Respuesta de la OMS

La OMS está ayudando a los países a reorientar sus sistemas de salud hacia la APS como un medio clave para lograr la CSU, el ODS 3 y la seguridad sanitaria. Los sistemas de salud deben ser adecuados para las personas, el contexto y el fin para el que fueron diseñados. El fortalecimiento del sistema de salud implica el fortalecimiento de, entre otras cosas: la gobernanza y la financiación sanitarias; la dotación de personal de salud; el respeto por las cuestiones de género, equidad y derechos humanos; los sistemas de información; la calidad y seguridad del paciente; la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente hasta el envejecimiento saludable; la salud sexual y reproductiva; los medicamentos y suministros médicos; la preparación, respuesta y recuperación ante las emergencias, y la lucha contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

La OMS ha definido tres esferas estratégicas de trabajo para fortalecer la APS en todo el mundo:

1. **Proporcionar un servicio de apoyo de ventanilla única a los Estados Miembros para la aplicación de la APS en función de su contexto y prioridades.** Eso implica poner en marcha el marco operacional para la APS y aprovechar las oportunidades de inversión de la respuesta a la pandemia de COVID-19, aplicando el principio de reconstruir para mejorar los sistemas de salud basados en la APS durante las labores de recuperación. Esa función central se basa en el trabajo y las experiencias realizados por los países y regiones de todo el mundo.
2. **Generar soluciones innovadoras y datos probatorios sobre la APS, prestando una mayor atención a las personas que se quedan atrás.** Este trabajo se basa en datos probatorios y soluciones de aplicación, orientaciones de mejores prácticas, experiencias positivas de países y literatura publicada sobre el tema. Entre los productos finales más importantes figuran la orientación sobre el seguimiento y la medición para evaluar los avances de la APS en los países y, seguidamente, un informe mundial sobre esos avances, así como labores de fomento de la capacidad innovadora organizadas por la Academia de la OMS.
3. **Promover la renovación de la APS mediante el liderazgo en políticas, la promoción y las asociaciones estratégicas** con gobiernos, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, asociados para el desarrollo, organismos hermanos de las Naciones Unidas, donantes y otras partes interesadas a nivel mundial, regional y de país. Entre otras iniciativas,

se establecerá un Grupo Asesor Estratégico externo sobre la APS para asesorar a la OMS sobre la renovación de la APS en todo el mundo, se creará un premio APS para reconocer la excelencia en ese ámbito a nivel mundial y se promoverá nuevas asociaciones y redes de colaboración en la materia para integrar a nuevas partes interesadas, como jóvenes líderes de la salud, parlamentarios y agentes de la sociedad civil en general. (WHO, 2021)

2.1.2. *La salud universal*

Es el fundamento de un sistema basado en los valores del derecho a la salud, la equidad y la solidaridad de la APS.

Las cuatro líneas de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud comprenden la transformación de los sistemas de salud y las recomendaciones realizadas por la Comisión de Alto Nivel materializadas en:

- La **ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales e integrados, de calidad, y centrados en las personas, las familias y las comunidades**. Esto implica la integración de los servicios y de su gestión, así como su organización en redes integradas de servicios de salud a nivel territorial, en las que la piedra angular es un primer nivel de atención con capacidad resolutoria efectiva.
- El **fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud**, lo que significa que, mediante procesos de diálogo y participación social, se desarrollen políticas, planes y marcos jurídicos y regulatorios que den cuenta del derecho a la salud, la equidad, la solidaridad en salud y el bienestar para todas las personas, sin dejar a nadie atrás.
- El **aumento y la mejora del financiamiento con equidad y eficiencia**, y el avance hacia la **eliminación del pago directo**, que constituye una barrera para acceder a la prestación de servicios. Como condiciones necesarias, ello implica avanzar en la eliminación del pago directo en el punto de servicio, aumentar el gasto público en salud a niveles de al menos 6% del producto interno bruto, y mejorar la equidad y la eficiencia en la asignación y el uso de los recursos financieros, con transparencia y rendición de cuentas.

- El **fortalecimiento de la coordinación y de la acción intersectorial** para promover políticas públicas que incidan en las barreras de acceso y en los determinantes de la salud. Esto significa avanzar en los niveles nacionales, subnacionales y territoriales para articular las instancias sociales, sectoriales, intersectoriales y comunitarias, así como el desarrollo de políticas económicas y sociales que promuevan y protejan el bienestar, la salud y el desarrollo humano en el conjunto de la sociedad.

Los sistemas de salud están evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia social y no obtienen los mejores resultados sanitarios posibles para los recursos invertidos. Existen tres tendencias particularmente preocupantes:

- Los **sistemas de salud demasiado centrados en una oferta** restringida de atención curativa especializada;
- Los **sistemas de salud que, por aplicar un enfoque de mando** y control a la lucha contra las enfermedades, centrándose en resultados a corto plazo, provocan una fragmentación de la prestación de servicios;
- Los **sistemas de salud que basan la gobernanza en la no intervención o laissez-faire**, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada. (OMS, 2008)

Las investigaciones demuestran buenos resultados de una Atención Primaria fuerte en el control del gasto sanitario y la salud de la población. Estos resultados no se reflejan en el estatus profesional, las condiciones de trabajo, los ingresos y los recursos destinados a la Atención Primaria. (Rosas Prieto, 2013)

El fortalecimiento del primer nivel de atención de salud es la estrategia a nivel mundial con mejores resultados según estudios de Bárbara Starfield² y queda demostrado que en los países que invierten más en una Atención Primaria sólida, son más costo efectivo y tiene mejores niveles de salud poblacional.

2 Dra. Bárbara Starfield (18 de diciembre de 1932 - 10 de junio de 2011), médico pediatra quien dedicó gran parte de su vida al estudio de la APS

La Atención Primaria está orientada a la persona, no a la enfermedad, esta es una de las características que la hacen tan importante para el éxito de los sistemas sanitarios. (Rosas Prieto, 2013)

El primer contacto con los servicios de salud debe ser proporcionado por médicos mejor formados y entrenados en Atención Primaria, refiere Bárbara Starfield, quien demostró con trabajos de investigación que los médicos familiares, internistas y pediatras, son más efectivos y eficientes que los demás especialistas para la prestación de las funciones propias de la Atención Primaria de salud. La mayoría de los países industrializados tienen sistemas sanitarios basados en Atención Primaria con resultados positivos, los cuales cuentan con médicos familiares que coordinan su labor con médicos especialistas de otros niveles de atención.

2.1.3. Características de los atributos de la Atención Primaria

A continuación, se describen los 4 principales atributos de la Atención Primaria de Salud (APS) según Bárbara Starfield (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Definición de los Atributos de Atención Primaria

Atributo	Definición
Accesibilidad o Primer Contacto	Puerta de entrada al sistema de salud: punto de inicio de la atención y filtro para acceder a los servicios especializados
Cupo y Longitudinalidad	Asistencia centrada en la persona a lo largo del tiempo
Integralidad	Cubre todas las necesidades de salud (orgánico, psíquico y social)
Coordinación	Intra Nivel/Entre niveles de atención

Fuente: Tomado de Starfield, B. (2001). *Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología* (2ª ed.). Barcelona: Masson.

Accesibilidad y primer contacto: el “filtro”

El acceso adecuado y filtro de los pacientes en Atención Primaria conllevará al rápido diagnóstico y tratamiento de las dolencias de los pacientes; así como también, disminuirá las referencias a los especialistas y por tanto disminuirá el tiempo de tratamiento, agilizará la consulta de los pacientes que sí necesitan evaluación especializada y se ahorrará más en salud debido a que disminuirá el pedido de pruebas diagnósticas (Starfield, 2001).

Ventajas de la Accesibilidad y Primer Contacto:

- El acceso fácil a la atención médica disminuye la mortalidad y morbilidad.
- Al mejorar el acceso a la Atención Primaria, se va a poder identificar y resolver mejor los problemas de los pacientes.
- Se asocia a una mejor continuidad asistencial con el médico.
- Al realizar un buen “filtro”, se va a conseguir un menor uso de especialistas y de urgencias
- Se obtiene un menor porcentaje en costos globales en salud.
- Se logra un menor uso de pruebas diagnósticas ya que se ha demostrado que el uso de éstas en pacientes con bajo riesgo de enfermarse, presentan resultado no será concluyente y en muchos, casos pueden originar otras pruebas diagnósticas o tratamientos innecesarios.

a. El Cupo y la Longitudinalidad (Starfield, 2001).

El cumplimiento de la longitudinalidad y el cupo ayudan a poder abordar de forma eficaz al paciente; ya que cuando se le conoce, se le puede diagnosticar mejor, tratarlo de forma adecuada; así como, adelantarse a la aparición de ciertas enfermedades.

Ventajas de la Longitudinalidad

- Facilita el cumplimiento del tratamiento de enfermedades crónicas.
- Se asocia a una mayor identificación de problemas asistenciales debido a que se crea un grado de familiaridad con el paciente.
- Se establecen diagnósticos más precisos y tratamientos adecuados debido a que los médicos conocen mejor a sus pacientes.
- Aumenta la satisfacción de los pacientes, especialmente de aquellos que tienen más tiempo conociendo a sus médicos.
- Aumenta las posibilidades de recibir atenciones de salud preventivas, especialmente en aquellos que son asignados a un centro concreto.
- Presentan un menor número de hospitalizaciones y estancias más cortas.
- Como aumentan las consultas preventivas, por consiguiente, tienden a padecer menos enfermedades prevenibles.
- Hay una reducción de aproximadamente 25% en los costos en atención en salud

b. Integralidad

Todos los integrantes de una comunidad tienen necesidades en salud, las cuales deben ser abordadas e identificadas desde el sistema sanitario. Este acto contribuirá a la disminución de la incidencia de varias enfermedades, pues el abordaje centrado en la persona desde el aspecto biopsicosocial permite un mejor entendimiento y respuesta a estas necesidades.

Ventajas de la Integralidad

- Asegura que los servicios se ajusten a las necesidades de salud de la población. Hay que tener en cuenta que no es cierto que a mayor cantidad de servicios es mejor la asistencia
- Determina los métodos de prevención centrados en la población y los separa de aquellos que son centrados a grupos poblacionales específicos.

c. Coordinación

Este atributo resalta la importancia del conocimiento de todos los problemas de salud de nuestros pacientes ya que este influirá en la elección del manejo adecuado de los problemas, los cuales puede requerir de diferentes recursos y actores del sistema sanitario para ser resueltos.

Ventajas de la Coordinación

- Los pacientes que reciben una atención compartida presentan un número más bajo de derivaciones y desarrollan menos síntomas al año de seguimiento a comparación de los demás.
- Facilita la adecuada identificación de los problemas del paciente y el buen seguimiento de éstos.
- Incentiva la creación de un sistema informático único en salud, lo cual permite una actualización constante de la información del paciente; que demuestra un mejor tratamiento de la persona. (Starfield, 2001).

d. Pertinencia cultural:

En las últimas décadas, la noción de interculturalidad en salud o salud con pertinencia cultural se ha utilizado indistintamente para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer, aceptar e incorporar a cultura del usuario en el proceso de atención de salud. La pertinencia cultural en

el proceso de atención en salud trasciende lo exclusivamente étnico, pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como factores importantes que influyen en todo proceso de salud y enfermedad (Díaz, 2023).

Además, la pertinencia cultural en salud comunitaria impulsa el desarrollo de competencias interculturales en los equipos de salud, especialmente en atención primaria. Como señalan Jiménez & Torres (Jiménez, 2019), es fundamental capacitar a los profesionales de salud para que comprendan y respeten las concepciones culturales sobre salud y enfermedad de las comunidades. Esto no solo mejora la calidad de la atención, sino que también fortalece la confianza entre las instituciones de salud y las poblaciones diversas (Martínez, 2020). Estas acciones contribuyen a garantizar servicios más inclusivos y eficaces, respetando la dignidad y autonomía de los pacientes (Jiménez, 2019).

e. Pertinencia familiar

La pertinencia familiar en el enfoque de salud familiar y comunitaria se manifiesta en la capacidad de los sistemas de salud para integrar las dinámicas familiares como núcleo del proceso de salud y enfermedad. Según Martínez-Montilla et al. (Martínez-Montilla, 2017)), las estrategias de afrontamiento familiar juegan un rol crucial, ya que permiten a las familias enfrentar situaciones de estrés relacionadas con enfermedades crónicas, discapacidades y otros desafíos, garantizando así su bienestar colectivo.

Los profesionales de la salud deben promover estrategias positivas como el fortalecimiento de la autoestima, la comunicación y el apoyo social para prevenir el impacto negativo de los estresores en la salud de la familia. Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar.

Por otra parte, el modelo de atención en salud familiar y comunitaria enfatiza la participación activa de las familias y comunidades en el diseño y ejecución de estrategias de promoción y prevención. Este enfoque integral, como lo señala González Calbano et al. (González Calbano, 2018), permite abordar no solo las necesidades individuales, sino también las colectivas, asegurando que las decisiones en salud estén alineadas con los valores y prioridades de las comunidades.

2.2. Antecedentes Internacionales

En Europa, varios países han implementado con éxito enfoques de Salud Familiar y Comunitaria. España se ha destacado por su modelo integral basado en equipos multidisciplinarios y un enfoque preventivo, lo que ha reducido significativamente las inequidades en salud. Dinamarca y Suecia han logrado integrar los servicios de salud comunitarios con los sistemas hospitalarios, promoviendo una atención más equitativa y eficiente (Giraldo Osorio, 2013)

2.3. Antecedentes de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria en América Latina

En América Latina, la Atención Primaria en Salud (APS) ha sido una estrategia central en los sistemas de salud, impulsada por su capacidad de mejorar los indicadores sanitarios y promover la equidad en el acceso a los servicios. Desde la Declaración de Alma-Ata en 1978, la región ha adoptado diversos modelos que combinan enfoques preventivos, comunitarios y familiares para enfrentar los principales desafíos en salud pública (Organización Panamericana de la Salud, 2021); (Rojas Torres, 2021)

2.3.1. Cuba

Desde 1960, Cuba ha implementado un sistema de atención primaria basado en la medicina preventiva y la participación comunitaria. El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia garantiza cobertura universal, fortaleciendo el autocuidado y la detección temprana de enfermedades. Este modelo ha permitido a Cuba obtener indicadores de salud comparables a los de países desarrollados (Santana, 2018); (Rodríguez, 2021).

2.3.2. Brasil

Ha liderado la implementación de modelos de salud familiar y comunitaria con resultados significativos. La Estrategia de Salud de la Familia (ESF), **iniciada en 1994** como parte del Sistema Único de Salud (SUS), representa un hito en la reorganización de la atención primaria. Este modelo se basa en equipos multidisciplinarios que incluyen agentes comunitarios de salud, quienes actúan como vínculo clave entre la comunidad y los servicios de salud (De Sousa, 2011).

El ESF ha logrado avances importantes en la región, destacando la ampliación del acceso a servicios básicos, especialmente en comunidades vulnerables. Sus logros incluyen para el 2011 un alcance del 60% de la población, lo que ha contribuido a la reducción de la mortalidad infantil y de enfermedades cardiovasculares. Además, el programa ha contribuido a disminuir inequidades en salud mediante un enfoque centrado en la familia y la comunidad, promoviendo principios de equidad y justicia social (Paim, 2011).

2.3.3. Chile

El Programa de Salud Familiar (PSF) de Chile, implementado formalmente en 2005 como parte de una reforma sanitaria, busca fortalecer la atención integral centrada en las familias. Este modelo ha logrado reducir la mortalidad infantil, mejorar la atención prenatal y controlar enfermedades crónicas mediante intervenciones comunitarias y un enfoque preventivo. Asimismo, programas como Chile Crece Contigo brindan apoyo al desarrollo infantil y a mujeres embarazadas a través de controles prenatales y planificación familiar, promoviendo estilos de vida saludables en las comunidades (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

2.3.4. Nicaragua

Desde 2007, Nicaragua ha implementado el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOS AFC) como parte de su estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) ((OPS), 2017). Este modelo ha garantizado el acceso gratuito a servicios de salud, enfatizando la participación comunitaria y la adaptación a las necesidades locales. El MOS AFC se centra en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, logrando mejoras significativas en indicadores de salud materno-infantil, como la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Además, ha fortalecido el vínculo entre los servicios de salud y las comunidades, promoviendo una atención equitativa y eficiente que responde a las características socioculturales del país (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2019).

2.3.5. Uruguay

Desde 2008, el Programa de Salud Familiar y Comunitaria en Uruguay ha priorizado la atención integral para familias y comunidades. Este modelo ha sido clave para reducir la mortalidad infantil y mejorar la atención prenatal. Además, se enfoca en la promoción de hábitos saludables y en la reducción de enfermedades crónicas, posicionándose como un referente en la región (Uruguay, 2020).

2.3.6. Perú

La Atención Primaria de Salud (APS) en el Perú ha evolucionado significativamente, especialmente con la adopción del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) (Salud, 2011). Este modelo, establecido por el Ministerio de Salud (MINSA) en 2011, busca reorganizar el sistema sanitario para responder eficazmente a las necesidades de individuos, familias y comunidades, enfatizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (Salud., 2012).

A pesar de los avances alcanzados en la implementación de modelos de atención familiar y comunitaria en América Latina, persisten desafíos significativos para su consolidación. Un estudio realizado por Romero-Albino en 2019 destaca que, a 30 años de la creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria en el Perú, se requiere de manera urgente incrementar la formación y contratación de médicos familiares. Este enfoque resulta esencial para fortalecer los sistemas de salud, promoviendo una atención más humana, equitativa y de calidad que pueda responder de manera efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades. (Zoila Romero-Albino, 2019).

La limitada inserción laboral de estos especialistas en el sector público y la falta de priorización de la APS en las políticas de salud son obstáculos que requieren atención para fortalecer el modelo de atención basado en familia y comunidad (Rojas Torres, 2021).

SECCIÓN III:

Metodología

SECCIÓN III. Metodología

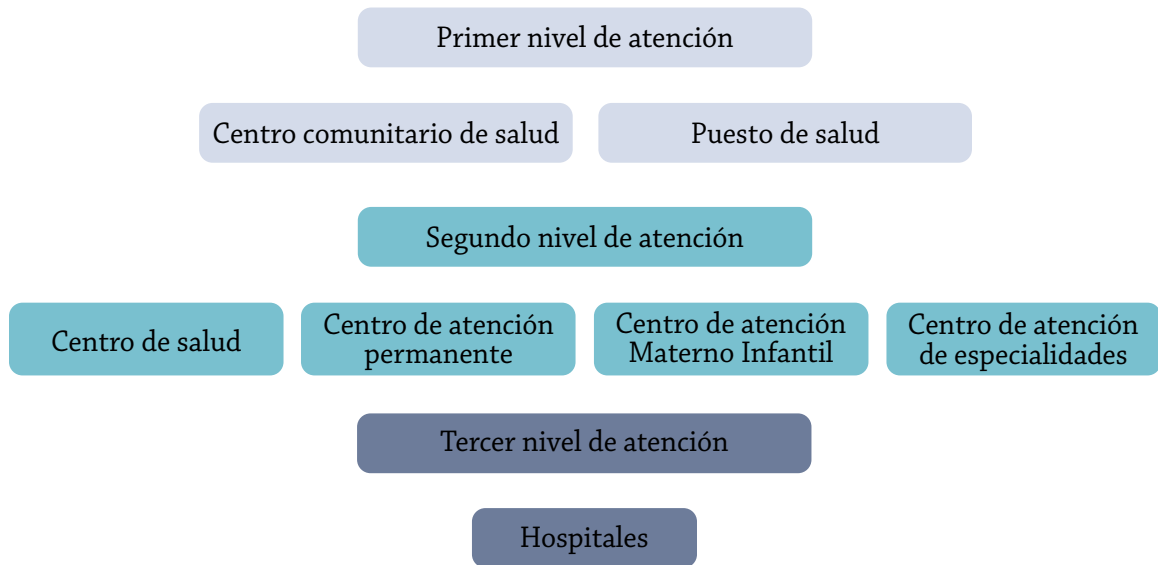
La promoción de la salud fue un enfoque esencial para comprender cómo las interacciones entre los actores, las estructuras y los contextos influyen en la implementación del enfoque de Salud Familiar y Comunitaria (SFyC). Este enfoque permitió abarcar tanto las dimensiones micro (individuos y familias), como macro (sistemas de salud y políticas públicas) del sistema sanitario, destacando la relevancia de un abordaje integral que fomente la salud en todos los niveles.

Desde una perspectiva holística, el enfoque SFyC consideró no solo los determinantes estructurales y sociales que condicionan la adopción y sostenibilidad del modelo, sino también aquellos relacionados con el contexto cultural, familiar, ecológico, político y educativo. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, así como los sistemas establecidos para abordar las enfermedades. Estos determinantes están influenciados por la distribución del poder, los recursos y las políticas sociales a nivel local, nacional y global (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2019)

En este contexto, la integración funcional de la red de servicios de salud del Modelo de Atención del MSPAS en Guatemala, se convierte en un marco clave para garantizar la continuidad, calidad y pertinencia cultural de los servicios. Este modelo se basa en redes integradas de servicios que articulan diferentes niveles de atención y actores comunitarios, fortaleciendo la participación social y fomentando la corresponsabilidad en la gestión de la salud (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, 2019).

La implementación efectiva de este enfoque exige un compromiso con la capacitación del personal de salud, el empoderamiento de las comunidades y la creación de políticas públicas basadas en evidencia, que consideren tanto los determinantes estructurales como los factores culturales que afectan la salud y el bienestar de la personas, familia y comunidad.

Figura 1. Niveles de atención - MSPAS Guatemala (2018)

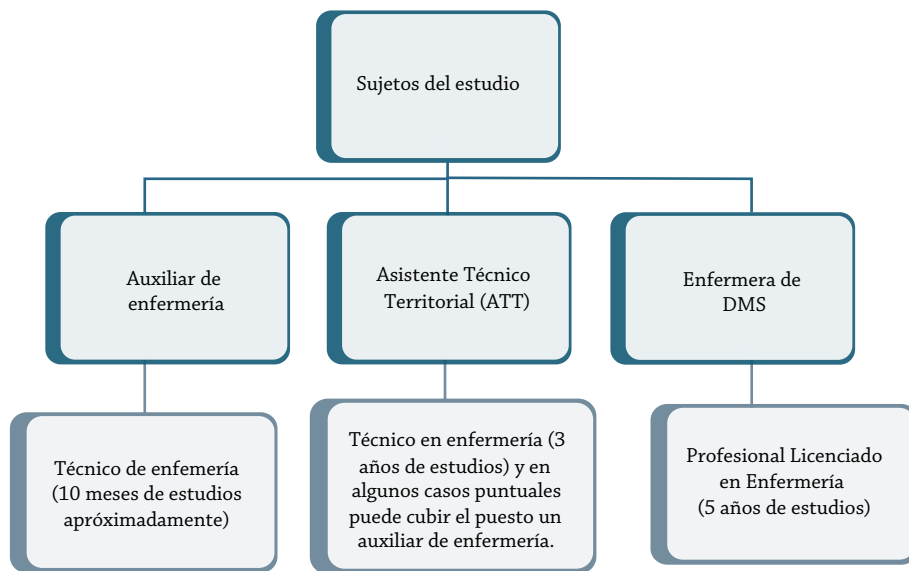


Fuente: Tomado de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). (2018). *Modelo de Atención y Gestión para Áreas de Salud*. MSPAS-UPE-DGSIAS con base al Acuerdo Gubernativo 115-99 y decreto Ley 32-2010. Recuperado de: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/es/biblio-1025878>

El presente fue un estudio con enfoque cualitativo de tipo analítico – explicativo, con carácter descriptivo y con una temporalidad transeccional (6 semanas). Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004). Su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández Sampieri, 2014).

La muestra incluyó participantes que representan roles diversos en el sistema de salud comunitario:

Figura 2. Sujetos del estudio



Fuente: Adaptado de MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2018). Modelo de atención y gestión para áreas de salud. Recuperada de: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/es/biblio-1025878>

El diseño del método muestral aseguró que los participantes seleccionados representen adecuadamente la población objetivo en cada uno de los escenarios del estudio. A continuación, se describe cada uno de los tipos de participantes.

Tabla 2. Participantes del Estudio del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria

Auxiliares de enfermería	ATT	Enfermera de DMS
Actividades de cuidado en establecimientos del primer y segundo nivel de atención. Gestión sustantiva del cuidado. Acciones en todos los niveles de prevención de la enfermedad. Actividades intra y extramuros.	Coordinan las actividades, brindan acompañamiento, asistencia y supervisión de los equipos de salud en los sectores y territorios.	Coordinan las actividades de las ATT y los equipos de salud de los sectores y territorio como un conjunto a nivel de DSM.

Fuente: Adaptado de MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2018). Modelo de atención y gestión para áreas de salud. Recuperada de: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/es/biblio-1025878>

El tipo de muestra fue por los siguientes criterios:

- a. **Criterio de caso típico:** Son los sujetos que participan del proceso de atención con alcance comunitario y familiar.
- b. **Criterio por conveniencia:** sujetos que cuentan con disponibilidad y disposición para participar en el estudio.
- c. **Criterio relacional:** sujetos que participan del proceso de atención comunitaria y familiar desde los diferentes establecimientos de salud (primer nivel y el CAP del segundo nivel de atención).
- d. **Criterio discriminatorio:** Sujetos que participan del estudio con respuestas que aportan al análisis.

Se consideró un tamaño de muestra por tipo de perfil laboral del primer y segundo nivel de atención y su relación con el distrito municipal de salud (22 personas)

Tabla 3.

Dirección Departamental de Redes Integradas de Servicios de Salud (DDRIS) donde laboran	DMS (Municipio priorizado APS-NUT / OPS) donde laboran	Tipo de establecimiento de salud				Auxiliar	ATT	Enfermería de DMS
		I Nivel		II Nivel				
		CC	P/S	CS/CAIMI	CAP			
Alta Verapaz	Cobán		Saxoc			1		
	San Juan Chamelco				CAP		1	
	San Cristóbal Verapaz			CAIMI			1	
	Tactic		Chacalte			1		
	Tamahú	Chiquim				1		
	Santa Cruz Verapaz	Chixajau				1		
Chiquimula	Jocotán	Escobillal				1		
	Chiquimula		El Palmar			1		
	San Juan La Ermita				Sn. Pedrito		1	
	Olopa		Tuticopote			1		
	Camotán		Caparjá			1		
Huehuetenango	Barillas			NGM			1	
	San Juan Ixcoy		Chanchoccal 2			1		
	San Mateo Ixtatán		BULEJ			1		
	San Pedro Soloma			CAIMI			1	
	San Rafael La Independencia		Ixcnac 1			1		
	San Sebastián Coatán	Chenen				1		
	Santa Eulalia			CAP			1	
	San Miguel Acatán	Coyá						
Quiché	Chajul				CAP		1	
	Nebaj	Xoncá				1		
	San Juan Cotzal		Chichel			1		
Total		6	9	4	3	15	7	

Fuente: Elaboración propia.

Se seleccionaron 22 personas (Auxiliar, ATT, Enfermeras), que corresponde a una persona por cada Municipio en el cual está presente el proyecto de APS & Nut de OPS/OMS.

La técnica de recolección de información se basó en la aplicación de una guía de entrevista cara a cara en los 22 municipios priorizados. Para asegurar la calidad y fidelidad de los datos recopilados, se utilizaron dos medios:

1. **Medios de grabación** (teléfono – grabador de notas de voz) para registrar las entrevistas en el momento de estar con el participante.
2. Posteriormente, los facilitadores **transcribirán los audios** utilizando un formato predefinido en **Google Forms**, diseñado específicamente para las entrevistas.

El análisis de información fue de tipo cualitativo el cual permitió desarrollar procesos de decodificación de la información obtenida por los informantes claves, según tipo de perfil laboral en relación con los municipios objeto de estudio.

Para el análisis de la información se utilizaron las siguientes herramientas:

- 1) **Proceso de decodificación:** capacidad de transformar el mensaje en ideas, codificando las ideas o expresiones emitidas por las personas participantes.
- 2) **Análisis por reducción:** identificación de categorías emergentes en cada uno de los instrumentos aplicados.
- 3) **Análisis por agrupación sectorial** (DDRIS): integración de categorías emergentes por tipo de muestra territorial (Alta Verapaz, Huehuetenango, Chiquimula, Quiché-Ixil)
- 4) **Análisis por agrupación laboral:** integración de categorías emergentes por tipo de muestra de perfil laboral (Auxiliar, ATT, Enfermería).
- 5) **Representación de la información analizada a través de:**

- Mapas e ilustraciones conceptuales.
- Gráficas cualitativas (nominales).
- Análisis de sombra de calor.

Por otra parte, se aplicó un Plan de garantía ética, que definió criterios de ética científica para aplicar los instrumentos de recolección de información. La información tendrá un uso institucional de la OPS/OMS y con proyecciones para ser utilizada como referencia para el Sistema Nacional de Salud de Guatemala.

En el encabezado del instrumento fue autoaplicado se expone los principales criterios éticos que responden a:

- Custodia de la información
- El anonimato de la persona participante
- El uso institucional
- La aclaración de dudas con apoyo de facilitadores del proceso

Por lo anterior se describe cuatro principios de la bioética (Trapaga Soto, 2018), que se aplicarán en el presente de estudio en forma transversal al proceso:

1. **Beneficencia:** El estudio contribuirá al fortalecimiento del sistema de salud guatemalteco, beneficiando tanto al personal de salud como a las comunidades.
2. **No maleficencia:** Se protegerá la privacidad de los participantes y se garantizará la confidencialidad de los datos.
3. **Justicia:** Se seleccionará una muestra equitativa e intencionada, asegurando la representación de contextos diversos.
4. **Autonomía:** Se respetará el derecho de los participantes a responder según considere correcto, asegurándose que todas las opiniones y respuestas serán analizadas.

A partir de lo anterior, se aplicaron principios de criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra:

Tabla 4. Criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Personal con al menos 2 años de experiencia laboral en atención directa a pacientes y enfermera de DMS.	Personal sin contacto con pacientes y en período de formación inicial.
Personal que califica con los criterios del perfil laboral de la muestra (ATT, Auxiliar, Enfermería de DMS).	Personal de salud que no califica con los criterios de selección del perfil laboral.
Participación voluntaria y consentimiento informado.	Rechazo explícito para participar.
Experiencia en actividades comunitarias.	Experiencia administrativa, hospitalario, entre otros.

Fuente: Elaboración propia

SECCIÓN IV:
Fase descriptiva de los
resultados

Para analizar las respuestas a 52 preguntas que conformaban la entrevista cara a cara con el personal de salud encargado de la coordinación de la gestión de la atención en los 22 DMS seleccionados para participar del Proyecto APS y Nutrición, se seleccionó la técnica de nube de palabras, representación gráfica de las palabras más frecuentes en un texto o conjunto de textos donde el tamaño de cada palabra es proporcional a la frecuencia con la que aparecen en el texto. Se utilizó el software Atlas.ti 25 para su elaboración.

Esta nube de palabras revela la importancia de aspectos como la salud, la atención, la comunidad, los pacientes, la población y el servicio. Estos términos sugieren que los profesionales de la salud valoran la atención integral y de calidad, el trabajo en la comunidad, la formación continua y el servicio a los pacientes.

Las palabras más destacadas apuntan también perspectivas innovadoras de trabajo para los trabajadores de enfermería, combinando el cuidado individual (paciente, persona, niño) con el cuidado comunitario (población, comunidad, familia), destacando cuestiones que van desde el contexto territorial en expansión hasta los recursos técnicos comunes de la profesión para comprender e intervenir en situaciones de cuidado, los desafíos de la accesibilidad de las personas al cuidado, además de señalar la necesidad de formación. Existe una fuerte evidencia de que los entrevistados entienden que hay un cambio relevante en la perspectiva del trabajo que debe realizarse desde una perspectiva familiar y comunitaria.

Por un lado, la perspectiva de atención en salud con énfasis en la integralidad, basada en las necesidades de salud individuales y colectivas, no considerando sólo las demandas clínicas ampliadas (individuos a lo largo de sus ciclos vitales, grandes eventos como el embarazo y el puerperio) y la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, que amplía el enfoque técnico de la atención de las enfermedades. Por otro lado, el contacto entre profesionales y usuarios incorpora la perspectiva de continuidad del cuidado, llamando la atención sobre el conocimiento sobre las redes de atención, los servicios en el territorio y otras formas de apoyo a la producción de salud.

El cambio del enfoque biomédico, centrado en la atención a la enfermedad, predominante en la atención sanitaria oficial en los sistemas de salud occidentales, es necesario en las iniciativas de atención territorial, donde el énfasis en la salud familiar y comunitaria, o la atención primaria de salud en general, tiene mayor alcance y capacidad de respuesta. Como se registra en la literatura (Ferla;

Florencio; Rivas, 2023), la producción de salud en los territorios es más compleja en comparación con los ambientes hospitalarios especializados, donde la densidad tecnológica desarrollada en los últimos siglos es predominante y altamente efectiva en la solución de problemas estructurados con una etiología compatible con el conocimiento biomédico especializado.

En los territorios, los determinantes sociales de la salud se distribuyen de forma más bien aleatoria y la composición de las redes de atención no reproduce patrones posibles de anticipación precisa. Aún con el conocimiento altamente especializado de las profesiones y los equipos e insumos tecnológicos producidos desde los sistemas de ciencia y tecnología en salud, así como con protocolos de atención producidos a partir de investigaciones con metodologías reconocidas y publicaciones bien calificadas, no es posible abordar suficientemente los problemas y riesgos de salud en los territorios.

El médico, profesor, investigador y experto en salud pública brasileño Emerson Merhy (2023) desarrolló un referencial muy relevante para entender la atención de la salud como resultado de procesos de trabajo y no solo del acceso y consumo de procedimientos e insumos, que, de forma muy genérica, caracterizan el conocimiento y la práctica biomédica (medicina occidental moderna). Según el profesor (Merhy, 2023), la atención de la salud consiste en una combinación de tecnologías que son utilizadas por los trabajadores, lo que caracteriza un enfoque denominado *micropolítica del trabajo en salud*. Es importante entender que la expresión “micropolítica” no se refiere a aplicaciones locales de la política, sino a una dimensión de análisis y organización del trabajo que resalta las relaciones entre los agentes del trabajo (profesionales con diferentes trayectorias), los usuarios y los recursos tecnológicos necesarios. La tipología de la naturaleza de las tecnologías propuesta por el autor es: 1) **tecnologías duras**, o equipos; 2) **tecnologías blandas-duras** (conocimiento estructurado de epidemiología, salud pública, medicina, enfermería, etc.); y 3) **tecnologías blandas** (relaciones interpersonales, entre equipos de trabajo, con territorios y con recursos disponibles). El análisis micropolítico equivale a identificar cómo se organiza el trabajo en términos de recursos tecnológicos predominantes.

Lo que interesa en este manuscrito es la importancia de reconocer que el trabajo en salud se organiza de diferentes maneras y, particularmente, el contexto en el que el trabajo se realiza. Estamos acostumbrados a pensar que sólo el conocimiento ya sistematizado estructura la obra, en un fenómeno

llamado naturalismo de la técnica (Luz, 2023). Así, articulando las ideas de que la complejidad caracteriza la producción de salud en los territorios y que el trabajo depende de una organización tecnológica multidimensional, la calidad de la atención de salud dependerá de una política de desarrollo del trabajo.

En el caso del Sistema de Salud brasileño, el reconocimiento de la necesidad de una política de desarrollo del trabajo en salud fue respondido con la educación permanente en salud, no exactamente idéntica al concepto pedagógico norteamericano de aprendizaje a lo largo de la vida, sino como aprendizaje en y a través del trabajo (Ceccim; Ferla; Florencio, 2023).

Los principios político-pedagógicos de la educación permanente en salud, similares al concepto de micropolítica del trabajo, ponen en diálogo los conocimientos ya sistematizados que pueden orientar la atención a la salud en los territorios, las evidencias que emergen de los territorios (las combinaciones locales de determinantes sociales, los diálogos interculturales e interprofesionales que ocurren o no en el trabajo cotidiano, las condiciones ambientales y los riesgos de catástrofes, la cultura alimentaria y los procesos de producción y distribución de alimentos, en el caso del Proyecto APS & Nutrición, entre otros), los recursos asistenciales disponibles en el territorio y las redes de atención a la salud. En otras palabras, la eficacia y eficiencia de las respuestas de asistencia necesitan ser analizadas, reflexionadas y acordadas entre los trabajadores y las autoridades locales. Reflexionar sobre todas estas cuestiones, como lo demuestra la nube de palabras que sistematiza las respuestas de las enfermeras de los 22 municipios, es una necesidad. Y el cuestionario aplicado resultó ser también un buen instrumento para la educación permanente en salud.

La nube de palabras proporciona información valiosa sobre las percepciones y experiencias de los profesionales de la salud, lo que es útil para explorar dichos términos en la fase interpretativa al conformar estas posibilidades para la codificación in vivo de unidades de análisis y sus correspondientes categorías. Las palabras destacadas informan también un resultado del Proyecto APS & Nutrición, que es el fortalecimiento de la atención integral en los territorios, movilizándolo cambios en los procesos de trabajo, especialmente en la dimensión micropolítica.

El seguimiento del manuscrito organiza dos etapas adicionales de procesamiento de los datos producidos en las entrevistas.

a. Los entrevistados: perfil profesional

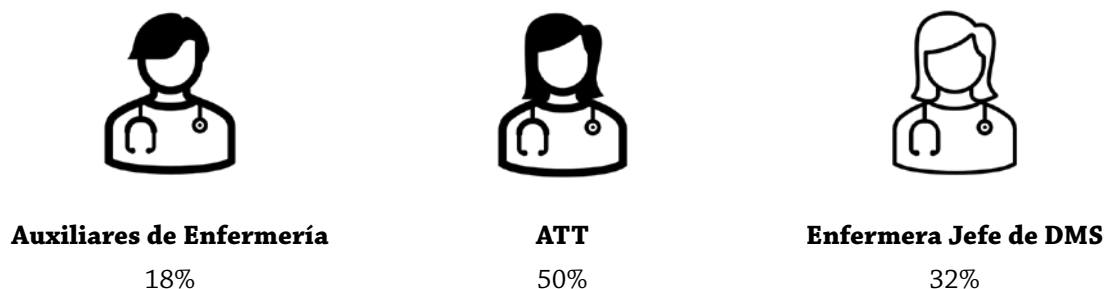
Tabla 5. Perfiles de participantes en la encuesta según Dirección Departamental de Servicios de Salud

DRISS	DMS	ATT		Auxiliar de Enfermería		Enfermera de DMS		Total general
		f	%	f	%	f	%	
Alta Verapaz	Cobán	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1
	San Cristóbal Verapaz	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	1
	San Juan Chamelco	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	1
	Santa Cruz Verapaz	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1
	Tactic	0	0.0%	1	16.7%	0	0.0%	1
	Tamahú	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1
Chiquimula	Camotán	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1
	Chiquimula	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
	Jocotán	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
	Olopa	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1
	San Juan La Ermita	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	1
Huehuetenango	Barillas	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	1
	San Juan Ixcoy	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
	San Mateo Ixtatán	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1
	San Miguel Acatán	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
	San Pedro Soloma	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	1
	San Rafael La Independencia	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1
	San Sebastián Coatán	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1
	Santa Eulalia	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	1
Quiché	Chajul	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	1
	Nebaj	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1
	San Juan Cotzal	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1
Total general		4	100%	11	100.0%	7	100.0%	22

Fuente: producción autoral con base en las entrevistas.

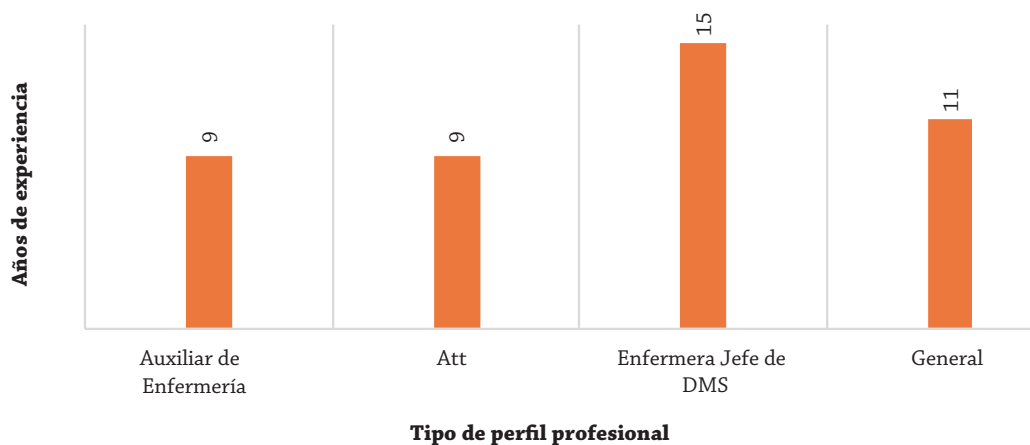
La proporción de participantes seleccionados de cada perfil está condicionada por el mapeo de establecimientos seleccionados a participar del estudio. En Guatemala, el personal de salud que brinda atención en los establecimientos del primer nivel de atención son Auxiliares de Enfermería o Asistente Técnicos Territoriales, cada uno con un perfil distinto de formación profesional y subsecuentes atribuciones dentro de la institución.

Ilustración 1. Proporción de participantes según perfil profesional



b. Años de experiencia de los profesionales

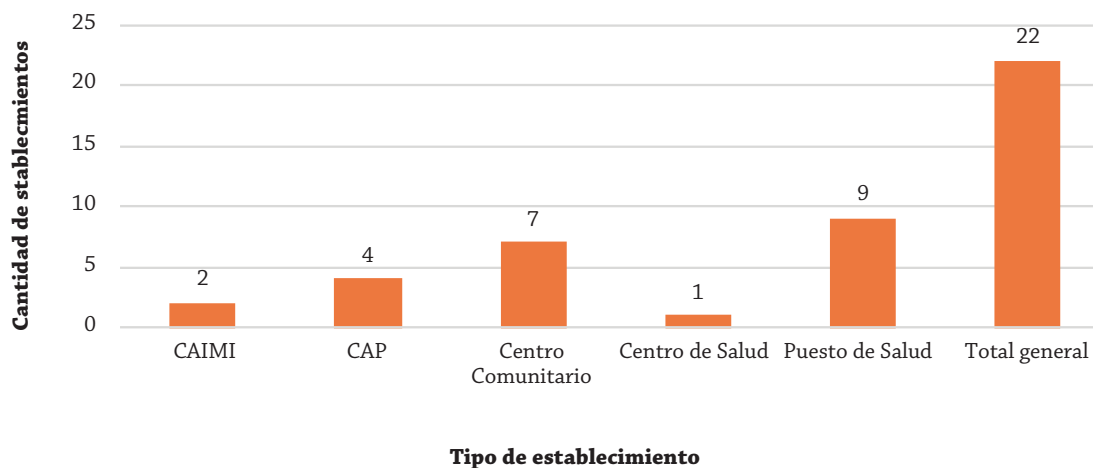
Gráfica 1. Promedio de años de experiencia según perfil profesional



La totalidad del personal entrevistado contaba con una experiencia considerable en el puesto que desempeñan, en promedio la totalidad de años de experiencia fueron once años. Las enfermeras jefes de DMS fueron quienes contaron con más experiencia en el campo, lo que se justifica en que la asignación de este cargo suele responder a un recorrido y crecimiento intrainstitucional. (Gráfica I).

Como fue evidenciado en las entrevistas, la mayoría de las personas con este perfil iniciaron laborando en el primer nivel de atención y ahora se encuentran coordinando a los equipos de salud de dicho nivel. Muchos de los participantes desempeñaron los cargos de auxiliar de enfermería y ATT a lo largo de su entrenamiento universitario.

Gráfica 2. Tipo de establecimiento de Salud



Los establecimientos seleccionados para el estudio corresponden al primer y segundo nivel de atención según la tipología y capacidad resolutive establecidos para Guatemala en el Reglamento Orgánico Interno y el Modelo de Atención vigentes al momento del estudio. Estos corresponden a siete Centros Comunitarios de Salud, Puestos de Salud, un Centro de Salud (CS), cuatro Centros de Atención Permanente (CAP) y dos Centros de Atención Integral Materninfantil (CAIMI). Con el fin de que la información obtenida de las encuestas permitiera reflejar las opiniones de personal de salud que trabaje en los distintos niveles de atención del país con sus características específicas y los diferentes acceso a recursos adjudicados a cada establecimiento y su correspondiente capacidad resolutive, se incluyó dentro de la muestra representantes de cada tipología de servicio. (Acuerdo Ministerial No. 16-2024, 2024; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2018)

Tabla 6. Cartera de servicios por tipología del establecimiento de salud

Tipo de Establecimiento de Salud	Servicios según Acuerdo Ministerial 20-2016 y 152-2017
Centro Comunitario de Salud (CC)	Intervenciones de promoción, prevención y vigilancia epidemiológica; Atención prenatal, puerperio y neonatal; Planificación familiar; Inmunizaciones; Monitoreo del crecimiento; Suplementación y alimentación complementaria; Desparasitación; Vigilancia del 1 agua para consumo humano; Manejo de IRAS y EDAS; Atención integral continua a demanda por etapas de curso de vida; Atención preventiva intra y extramuros con énfasis en grupos prioritarios; Vigilancia activa domiciliaria de riesgos; Referencia y seguimiento de casos; Seguimiento intra y extramuros de casos especiales.
Puesto de Salud (PS)	Referencia de morbilidad; Investigación de muertes; Control de vectores, excretas, basura y agua; Consulta general; Atención integral y continua a demanda por etapas de curso de vida.
Centro de Salud (CS)	Consulta externa de medicina general; Consulta odontológica; Consulta psicológica; Atención integral en odontología, psicología, nutrición y trabajo social.

Fuente: Adaptado de Acuerdo Ministerial 20-2016 y en el Acuerdo Ministerial 152-2017 (Acuerdo Ministerial 152-2017. Estrategia para el Fortalecimiento de la Gestión y Atención en Salud, 2017; Unidad de Planificación Estratégica, 2016)

SECCIÓN V:
Fase explicativa de
los resultados

SECCIÓN V. Fase explicativa de los resultados

En esta sección se presenta el análisis explicativo de las respuestas de las entrevistas cara a cara, con el fin de exponer los hallazgos se han establecido nueve secciones que corresponden a las unidades de significado que han sido el resultado del análisis in vivo de las respuestas de los participantes. Tomando en cuenta que el enfoque mixto de esta investigación tiene un componente cualitativo y que estas unidades de significado van surgiendo a través de una teorización inductiva, estas secciones permiten responder la pregunta de investigación manteniendo un hilo conductor coherente.

I. Enfoque de Salud Familiar y Comunitaria

La Salud Familiar y Comunitaria es una estrategia fundamental para garantizar la promoción, prevención y atención de la salud integral. Esa estrategia considera al individuo en su contexto familiar y comunitario.

A partir del análisis de las respuestas recopiladas, es posible identificar diversas manifestaciones comunes referentes a la comprensión de este concepto, destacando la interrelación entre salud, territorio y participación comunitaria.

Los participantes encuestados enfatizan la necesidad de un enfoque amplio, que abarque no solo la atención al individuo, sino también el fortalecimiento del cuidado hacia las familias y la comunidad. Como señaló uno de los encuestados:

“Para mí, el enfoque de salud familiar y comunitaria se refiere a proporcionar o brindar una atención integral en todos sus ámbitos, y al hablar de ámbitos, estamos hablando a nivel individual, familiar y comunitario.”

En este sentido, es evidente la conformidad con el enfoque de la Atención Primaria en Salud, que, según Starfield debe ser el primer contacto de las personas con el sistema de salud, ofreciendo una atención continua, accesible y integral. (Starfield, 1998),

Dentro de las respuestas también destaca la relevancia de la promoción y prevención de la salud. Varios entrevistados mencionan acciones dirigidas a diferentes grupos poblacionales, como niños menores de cinco años y mujeres embarazadas, así como la realización de actividades educativas, por ejemplo charlas dirigidas a madres. Este aspecto se alinea con la perspectiva de Mendes (Organización Panamericana de la Salud, 2013), quien expone que la APS debe actuar como coordinadora del cuidado, priorizando intervenciones preventivas y educativas, garantizando la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Además, hay un fuerte énfasis en la participación comunitaria como un elemento esencial para el éxito de las acciones en salud. Uno de los entrevistados resalta que:

“[...] es importante que ellos [la comunidad] tengan una participación activa porque depende en un porcentaje alto que la población responda; de lo contrario, no se van a lograr los objetivos.”

Este testimonio refuerza la idea de que el involucramiento de la población en la gestión de su propia salud es un factor determinante para la efectividad de las políticas públicas (Campos, 2021).

La Salud Familiar y Comunitaria también se caracteriza por su enfoque territorializado. Como menciona uno de los profesionales:

“Hablamos de nuestro puesto de salud y también de nuestra aldea aquí en Chichel, de la población, entonces esa es la salud familiar y comunitaria.”

Esta visión remite a la idea del territorio como un espacio vivo y dinámico, donde los determinantes sociales de la salud influyen directamente en el bienestar de la población (Buss & Pellegrini Filho, 2008). En este sentido, la atención en salud debe considerar las especificidades locales y adaptarse a las necesidades de la comunidad.

Otro aspecto relevante en las respuestas es la importancia del trabajo en equipo y la intersectorialidad. La salud comunitaria no se limita a la atención clínica individual, sino que implica acciones colectivas que requieren la colaboración entre distintos profesionales y otros sectores. Como señala uno de los entrevistados:

“La salud comunitaria lo que requiere es que llegemos a atender a las personas, visitas, brindar una buena atención en el servicio, que las personas acudan. También buscar apoyo con los líderes comunitarios para que ellos nos acompañen en casos especiales.”

Este testimonio refuerza la necesidad de articular los servicios de salud con los actores sociales locales, promoviendo una atención integral y efectiva.

La experiencia empírica de los profesionales que trabajan en la SFyC, de Guatemala, dentro de quienes se menciona pero no se limita a los auxiliares de enfermería, asistentes técnicos de territorio, licenciados en enfermería [perfiles seleccionados para participar de estas encuestas], sino que también incluye a otros perfiles como los técnicos de salud rural, educadores en salud, actores comunitarios y sociedad civil, confirma que este enfoque es esencial para la mejora de los indicadores de salud y la calidad de vida de las poblaciones. La integración entre individuo, familia y comunidad, sumada a la participación social y el enfoque preventivo, constituye la base del cuidado que no solo busca tratar enfermedades, sino también promover la salud y el bienestar.

De esta manera, la Salud Familiar y Comunitaria se configura como una estrategia importante para la transformación de sistemas de salud, basada en la territorialización, la participación comunitaria y la promoción de la equidad. Como se evidencia en las respuestas, su implantación exige el involucramiento de múltiples actores y la valorización de los saberes locales, contribuyendo a la construcción de una atención más humanizada y efectiva.

II. Cartera de Servicios y Equipos de Salud

La Atención Primaria de Salud (APS) desempeña un papel esencial en la promoción de la salud familiar y comunitaria. Las entrevistas realizadas con los diferentes profesionales destacan elementos comunes que son fundamentales para fortalecer este enfoque, evidenciando la necesidad de servicios preventivos, de atención integral y de apoyo psicosocial.

Los servicios mencionados con mayor frecuencia incluyen la vacunación, el monitoreo del crecimiento infantil, la atención prenatal y la suplementación nutricional. Estos son componentes clásicos de la APS, ya que garantizan la prevención de enfermedades y el seguimiento adecuado del desarrollo infantil. Como destacó uno de los entrevistados:

“Planificación familiar, atención a mujeres en edad fértil y suplementación en esta etapa, vacunación y suplementación en niños menores de cinco años, cuidados y seguimiento de niños con desnutrición aguda moderada y severa, atención prenatal y atención en general”.

Estos aspectos refuerzan la idea de que la prevención es más efectiva y menos costosa que el tratamiento de enfermedades avanzadas (Starfield, 1998). Otro punto de convergencia es la necesidad de apoyo psicológico en la APS. Varios entrevistados mencionaron la importancia de la atención psicológica descentralizada, argumentando que muchos problemas de salud tienen raíces emocionales y sociales.

“Estamos viviendo tiempos en los que la salud emocional es sumamente importante, y por ello es esencial que los psicólogos lleguen a las comunidades más postergadas”, afirmó uno de los profesionales.

Este aspecto se alinea con el enfoque de cuidados integrales en salud, propuesto por autores como Engel, quien defendió la asociación entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en la determinación de la salud.(Engel, 1977)

En cuanto a los perfiles profesionales que consideran necesario para integrar lo equipos de salud, el personal entrevistado destacó la necesidad de contar con profesionales de diversas áreas, conformando equipos interdisciplinarios. Los entrevistados mencionaron médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas y fisioterapeutas como esenciales para una atención integral.

La interprofesionalidad es un concepto clave en la APS, ya que permite una visión amplia de las condiciones de salud de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Además, se resaltó la importancia de los Asistentes Técnicos de Territorio (ATTs) y las comadronas (parteras tradicionales), quienes tienen un vínculo directo con la población y facilitan el acceso a los servicios.

Es importante resaltar que los perfiles mencionados por los entrevistados corresponden a la oferta de profesionales contratados en diferentes niveles de atención del MSPAS pero esto presenta una

oportunidad para resaltar la necesidad de modificaciones a los lineamientos técnicos operativos y taxonomía tanto de la cartera de servicios como de los perfiles profesionales de atención internivel del MSPAS.

La educación en salud también surgió como un importante tema. La dificultad de acceso a información de calidad impacta directamente en la adhesión de la población a las acciones preventivas. Como señaló un entrevistado:

“Si la población no tiene acceso a una educación adecuada, muchas veces no comprende la importancia de los servicios de salud y no los busca”.

Esta observación refuerza la idea de que la promoción de la salud debe incluir estrategias educativas adaptadas a la realidad local (Freire, 2005).

En conclusión, las entrevistas demuestran que una atención en salud eficaz e integral debe abarcar la prevención de enfermedades, la atención psicológica, el trabajo en equipos multidisciplinarios y la educación en salud. Estos elementos se articulan para garantizar que la APS sea realmente resolutive y efectiva, contribuyendo a la mejora de las condiciones de salud de la población.

III. Accesibilidad en Servicios de Salud

La accesibilidad a los servicios de salud es un tema complejo y multifacético, que involucra no solo la disponibilidad de recursos físicos y financieros, sino también condiciones culturales, geográficas y lingüísticas. Según la OMS en la Estrategia de Salud Universal, el acceso (universal) a los servicios de salud se comprende como “la ausencia de barreras geográficas, económicas, socioculturales, organizacionales o de género que impiden que todas las personas tengan un uso equitativo de servicios integrales de salud y que vivan una vida saludable que promueva su desarrollo y bienestar” (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Llama la atención que a partir de las respuestas de los entrevistados, es posible identificar puntos comunes que reflejan los desafíos que enfrentan las comunidades para acceder a los servicios de salud, así como sugerencias para mejorar esa accesibilidad, orientando a comprender que existe un concepto común sobre la significancia de acceso a los servicios de salud y la identificación de los condicionantes que lo dificultan en su entorno.

La accesibilidad es comprendida de diversas maneras por los entrevistados, sin embargo, se infiere un consenso en que [la accesibilidad] se refiere a la facilidad con la que las personas pueden *obtener* servicios de salud. En ese sentido, uno de los entrevistados comparte lo que él comprende por accesibilidad:

“[...] La accesibilidad es la facilidad que las personas tienen de llegar a un servicio de salud, rompiendo tiempos, espacios y barreras lingüísticas”.

Otros participantes también comentan que la accesibilidad también involucra la disponibilidad de recursos necesarios para facilitar el bienestar de una persona, familia o comunidad, permitiendo una atención integral y de calidad.

Sin embargo, la accesibilidad no se limita únicamente a la proximidad física de los servicios de salud. Un entrevistado destaca que *“la accesibilidad es donde estamos”*, refiriéndose a las barreras geográficas, como caminos con acceso difícil, de terracería, subidas empinadas, caminos cortados por ríos, literalmente las condiciones geográficas que dificultan el acceso, especialmente para mujeres embarazadas y personas mayores.

Esta visión es corroborada por otro entrevistado, quien menciona que *“la accesibilidad de servicios de salud considera la distancia del servicio y la cartera de servicios ofertados”*.

Los entrevistados identifican varios tipos de accesibilidad, incluyendo la económica, geográfica, lingüística y cultural. La accesibilidad económica es frecuentemente mencionada como un obstáculo significativo, ya que muchas familias no tienen recursos para pagar el transporte hacia los servicios de salud. Un entrevistado relata que *“algunas familias no tienen dinero para el transporte, lo que dificulta el acceso a los servicios de salud”*.

La accesibilidad geográfica también es un desafío, especialmente en comunidades rurales donde los caminos son precarios y los servicios de salud están distantes. Un entrevistado describe que *“en época de lluvia, los caminos se vuelven intransitables, lo que impide el acceso a emergencias médicas”*. Además, la accesibilidad lingüística es crucial, ya que la falta de comunicación efectiva entre los profesionales de salud y la población puede llevar a malentendidos y a la exclusión de los servicios. Un entrevistado

menciona que “si el personal de salud no habla el mismo idioma de la comunidad, las personas pueden sentirse excluidas y dejar de buscar atención”.

Las barreras a la accesibilidad son variadas e incluyen factores geográficos, económicos, culturales y lingüísticos. Un entrevistado relata que *“las familias enfrentan dificultades debido a la distancia de los servicios de salud y a la falta de transporte adecuado”*. Otro entrevistado menciona que *“las barreras culturales, como la preferencia por partos domiciliarios y la desconfianza hacia las vacunas, también impiden el acceso a los servicios de salud”*.

La economía desfavorable es otra barrera significativa, ya que muchas familias no tienen recursos para pagar el transporte o para cubrir los costos de tratamientos médicos. Un entrevistado destaca que *“la falta de empleo estable y la pobreza extrema impiden que las familias busquen atención médica”*.

Esto se refleja en estudios similares que exploran las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala (Hautecoeur et al., 2007). Además, la falta de confianza en el personal de salud y la preferencia por prácticas tradicionales de curación también fueron mencionadas como barreras culturales que dificultan el acceso a los servicios de salud.

El idioma y las diferencias culturales tienen un impacto significativo en el acceso a los servicios de salud. Un entrevistado menciona que *“si el personal de salud no habla el mismo idioma de la comunidad, las personas pueden sentirse excluidas y dejar de buscar atención”*.

Otro entrevistado relata que *“las diferencias culturales, como la preferencia por partos domiciliarios y la desconfianza hacia las vacunas, también impiden el acceso a los servicios de salud”*.

Sin embargo, algunos entrevistados destacan que, en sus comunidades, el idioma no es una barrera significativa, ya que el personal de salud habla el idioma local. Un entrevistado menciona que *“aquí no hay problema de idioma, ya que todos hablamos el mismo idioma y hay una buena comunicación entre el personal de salud y la comunidad”*.

Es importante mencionar que la totalidad de los participantes entrevistados domina el idioma español, la mayoría de los ATT y Enfermeras Jefes de DMS utiliza este idioma para realizar sus labores diarias dado que sus actividades tienen un alto componente administrativo y este es el idioma que se maneja

a nivel institucional. En el caso de los auxiliares de enfermería, algunos si enfrentan dificultades de barrera lingüística para brindar atención a la población, es entonces donde se evidencia el idioma como una barrera lingüística para el acceso a atención de salud.

Para mejorar la accesibilidad, los entrevistados sugieren varias medidas, incluyendo la mejora de los caminos, la contratación de más personal de salud y la realización de campañas de concientización. Un entrevistado sugiere que *“sería importante mejorar los caminos y proporcionar transporte adecuado para facilitar el acceso a los servicios de salud”*. Otro entrevistado menciona que *“la contratación de más personal de salud, incluyendo médicos y enfermeros, sería esencial para atender las necesidades de la comunidad”*.

Además, la realización de campañas de concientización sobre la importancia de los servicios de salud y la combinación de prácticas médicas modernas y tradicionales también son sugeridas como formas de mejorar la accesibilidad. Un entrevistado menciona que:

“sería importante realizar campañas que combinen medicina convencional y tradicional para ganar la confianza de la comunidad”.

La accesibilidad a los servicios de salud es un desafío complejo que involucra múltiples factores, incluyendo barreras geográficas, económicas, culturales y lingüísticas. Las respuestas de los entrevistados destacan la necesidad de un enfoque multifacético para mejorar la accesibilidad, incluyendo la mejora de la infraestructura, la contratación de más personal de salud y la realización de campañas de concientización. Como menciona un entrevistado:

“la accesibilidad es un derecho de todos, y es esencial que los servicios de salud sean accesibles para todas las personas, independientemente de su ubicación o condición económica”.

La accesibilidad (Aday et al., 2013)⁴, no es solo una cuestión de proximidad física, sino también de disponibilidad de recursos, comunicación efectiva y respeto a las prácticas culturales. Para garantizar que todos tengan acceso a los servicios de salud, es necesario adoptar un enfoque holístico que considere todos estos factores.

IV. Actividades de Salud Familiar y Comunitaria en la Comunidad

La Salud Familiar y Comunitaria (SFyC) es una estrategia de reorganización de un modelo de atención que busca integrar las necesidades individuales y colectivas, promoviendo la participación activa de la comunidad en la gestión y el cuidado de la salud (Guimarães, 2017). A partir de las respuestas de los entrevistados, es posible identificar puntos comunes y desafíos que rodean la implementación de actividades coordinadas con la comunidad. Estas actividades no solo buscan la prevención de enfermedades, sino también el fortalecimiento de los vínculos entre los servicios de salud y la población.

Con el fin de facilitar la exploración de las respuestas brindadas por los participantes, se han definido cinco categorías para exponer las percepciones sobre las actividades de Salud Familiar y Comunitaria donde se integra a la comunidad misma según los entrevistados.

a. Educación en Salud y Prevención

Uno de los aspectos más destacados por los entrevistados fue la importancia de las actividades de educación para la salud, como charlas y campañas de prevención. Un entrevistado mencionó:

“Bueno sería una actividad como, por ejemplo, brindar charlas a las madres que tienen hijas adolescentes, para así darles a entender en qué momento las niñas pueden o no pueden quedar embarazadas”.

Esta reflexión expone la necesidad de abordar temas sensibles, como el embarazo en adolescentes, un problema de salud pública en muchas comunidades. La OMS enfatiza que la educación en salud es fundamental para empoderar a individuos y comunidades, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre su salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

b. Visitas Domiciliarias y Aproximación Comunitaria

La cercanía con la comunidad es otro aspecto relevante en las respuestas de los participantes, uno de ellos. destacó:

“Si yo quiero resolver un problema, tengo que estar frente a la causa y no detrás de un escritorio”.

Esta observación resalta la importancia de que la adscripción geográfica es un determinante esencial a considerar cuando se analizan las realidades locales e identificar barreras al acceso a los servicios de salud, como la falta de recursos económico, transporte o vías de acceso a las que se enfrentan los usuarios de los servicios y los prestadores (Comber et al., 2011). La OPS recomienda que los equipos de salud realicen visitas domiciliarias regulares para monitorear condiciones crónicas, promover hábitos saludables y fortalecer la confianza de la comunidad en los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

c. Jornadas Médicas y Campañas de Salud

Las jornadas médicas integrales son mencionadas como una estrategia efectiva para llevar servicios de salud a comunidades remotas o con acceso limitado. Un entrevistado afirmó:

“La actividad entonces sería hacer campañas, jornadas médicas o jornadas integrales”.

Estas iniciativas están alineadas con las directrices de la OMS, que incentivan la oferta de servicios de salud de forma descentralizada y accesible, especialmente en áreas rurales o marginadas. (Organización Panamericana de la Salud, 2014)

d. Participación de Líderes Comunitarios

La participación activa de líderes comunitarios es vista como crucial para el éxito de las actividades de SFC. Sin embargo, hay relatos de desafíos en esta área:

“¿Qué está pasando con los líderes, digo, que no quieren colaborar, que no quieren participar con salud?”

La percepción de dificultades de la integración con los líderes puede atribuirse a expectativas no cumplidas, como la demanda de ayuda económica, espacios de toma de decisiones institucionales o dificultades propias del entorno cultural. Pero, en general prevalece una percepción favorable de la importancia e impacto de la integración o presencia de líderes comunitarios involucrados en la toma de decisiones de salud en las comunidades.

e. Integración con Otras Organizaciones

La coordinación con otras organizaciones, como iglesias, escuelas y ONGs, es considerada por los entrevistados como esencial para ampliar el alcance de las actividades de salud. Un entrevistado mencionó:

“Deberían participar desde el gobierno local, los alcaldes, las comisiones de salud, los consejos comunitarios de desarrollo, las comadronas y también la sociedad civil”.

Esta integración es apoyada por la OPS, que defiende la colaboración intersectorial como una estrategia para abordar los determinantes sociales de la salud.

Desafíos

A pesar de los avances, los entrevistados expusieron desafíos significativos. La falta de recursos económicos y la desconfianza de la comunidad hacia los servicios de salud son barreras comunes. Un entrevistado relató:

“Ellos nos han dicho muchas veces que no vienen porque pensaban que iban a dar algo, pensaban que iban a dar alguna ayuda, pero miran que no, que salud no da nada”.

Esta percepción refleja la necesidad de mejorar la comunicación entre los servicios de salud y la comunidad, además de garantizar que las acciones sean culturalmente sensibles y alineadas a las necesidades locales.

Otro desafío identificado fue la sostenibilidad de las acciones. Muchas actividades dependen de la disponibilidad de recursos humanos y económicos, que no siempre están garantizados. En estos casos se debe abogar por el fortalecimiento de los sistemas de salud locales y la capacitación continua de los profesionales de salud para superar estos obstáculos.

Las actividades de Salud Familiar y Comunitaria deben planificarse e implementarse en estrecha coordinación con la comunidad, considerando sus necesidades, expectativas y contextos culturales. La educación en salud, las visitas domiciliarias, las jornadas médicas y la participación de líderes comunitarios son estrategias esenciales para promover la salud y el bienestar de la población. Sin embargo, es fundamental superar los desafíos relacionados con la falta de recursos y la desconfianza de la comunidad, fortaleciendo la comunicación y la colaboración intersectorial. Como afirmó un entrevistado:

“Es importante que las coordinaciones se realicen desde el CAIMI, considerando líderes comunitarios, comadronas, COCODE y personal de salud”.

Este enfoque integrado y participativo es la clave para el éxito de la Salud Familiar y Comunitaria, alineándose con las recomendaciones de la OPS y la OMS para la promoción de la salud universal y equitativa.

V. La Integralidad en la SFyC

La integralidad en la Salud Familiar y Comunitaria (SFC) es un concepto central para promover una atención en salud que vaya más allá del tratamiento de enfermedades, abarcando las dimensiones física, emocional, social y cultural de los individuos y las comunidades y que integre intervenciones en todos los niveles de prevención de las enfermedades (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

A partir de las respuestas de los entrevistados, es posible identificar puntos comunes que reflejan tanto los avances como los desafíos en la implementación de este concepto en la práctica. Estas reflexiones están alineadas con las directrices de la OPS/OMS, que enfatizan la importancia de un enfoque holístico e integrado para la salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2022)

La integralidad se asocia frecuentemente con la idea de que la salud no debe verse de manera fragmentada, sino como un todo que involucra al individuo, la familia y la comunidad. Un entrevistado destacó: *“Integralidad es ver y atender a la persona como un todo, en todas sus dimensiones: física, emocional, espiritual, social y culturalmente”*. Esta visión está en consonancia con la definición de la OMS, que considera la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades. (Organización Mundial de la Salud, s/f)

Otro entrevistado reforzó la importancia de integrar diferentes actores e instituciones: *“Integralidad es realizar las acciones, pero no solamente salud, también que se integren las instituciones, las asociaciones, las organizaciones comunitarias”*.

Esta perspectiva subraya la necesidad de un enfoque intersectorial, donde diferentes sectores de la sociedad trabajen juntos para promover la salud. La OPS, en sus directrices, enfatiza que la integralidad solo puede lograrse con la participación activa de todos los actores involucrados, incluyendo líderes comunitarios, organizaciones no gubernamentales e instituciones públicas (Organización Panamericana de la Salud, 2019a).

En la práctica, la integralidad se manifiesta a través de acciones que buscan atender las necesidades de las familias y comunidades de manera integral. Un entrevistado mencionó:

“En el Puesto de Salud se atiende toda la cartera de servicios y se tiene una labor integral”.

Esta afirmación refleja la intención de ofrecer una atención que vaya más allá de la consulta médica tradicional, incluyendo actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y seguimiento de condiciones crónicas.

No obstante, los entrevistados también destacaron desafíos significativos. Uno de ellos es la falta de recursos humanos y materiales para abordar todas las dimensiones de la salud. Un entrevistado relató:

“No contamos con el equipo básico y un equipo multidisciplinario que aborde cada uno desde su experiencia a las familias y a las comunidades”.

Esta limitación es un obstáculo para la implementación plena de la integralidad, pues muchas veces los profesionales de salud deben desempeñar múltiples funciones, incluyendo aquellas que no son de su especialidad. Otro desafío es la falta de confianza de la comunidad en los servicios de salud. Un entrevistado mencionó:

“Como personal de salud, en algunas comunidades las personas no nos tienen confianza”.

Esta desconfianza puede atribuirse a diversos factores, incluyendo la falta de comunicación efectiva entre los profesionales de salud y la comunidad, así como la percepción de que los servicios de salud no responden a las necesidades reales de las personas. La OMS resalta que la construcción de confianza es esencial para el éxito de cualquier intervención en salud, y esto solo puede lograrse mediante un enfoque que respete las creencias y valores culturales de la comunidad (Organización Panamericana de la Salud, 2019a).

La integralidad también implica considerar las dimensiones culturales y emocionales de la salud. Un entrevistado destacó: *“A veces las personas que acuden a los servicios de salud no presentan enfermedades patológicas, sino problemas psicológicos”.* Esta observación subraya la importancia de un enfoque que vaya más allá del diagnóstico clínico, incluyendo la escucha activa y el apoyo emocional. La OPS recomienda que los profesionales de salud sean capacitados para abordar cuestiones psicológicas y emocionales, incluso si no son especialistas en la materia (Organización Panamericana de la Salud, 2019a).

Sin embargo, los entrevistados también mencionaron dificultades en abordar estas dimensiones. Uno de ellos afirmó: *“Psicológicamente es más complicado, no estamos tan capacitados para dar un consejo psicológico”.* Esta limitación refleja la necesidad de una mayor capacitación de los profesionales de salud para el abordaje de problemas de salud mental, así como la integración de psicólogos y otros especialistas en los equipos de salud familiar y comunitaria.

Evaluar la integralidad en la atención en salud es un desafío complejo, pero esencial para garantizar que las necesidades de las comunidades sean atendidas de manera efectiva.

Los entrevistados sugirieron diversas herramientas para evaluar la satisfacción de los usuarios, incluyendo entrevistas, encuestas y buzones de sugerencias. Un entrevistado mencionó: *“Sería bueno un buzón, porque la gente puede decir lo que piensa”.*

Esta herramienta permite que los usuarios expresen sus opiniones de forma anónima, lo que puede aumentar la honestidad de las respuestas. No obstante, los entrevistados también señalaron las limitaciones de estas herramientas, especialmente en comunidades con bajos niveles de alfabetización. Un entrevistado sugirió:

“Un buzón de sugerencias sería bueno, pero muchas personas no saben leer ni escribir”.

Para superar esta barrera, los entrevistados fueron más allá y propusieron estrategias como escalas visuales de satisfacción (símbolos como caritas felices o tristes) para que los usuarios puedan expresar su satisfacción de forma simple y accesible.

La integralidad en la Salud Familiar y Comunitaria es un concepto esencial para promover una atención en salud verdaderamente integral y centrada en las necesidades de las personas. Sin embargo, su implementación en la práctica enfrenta desafíos significativos, incluyendo la falta de recursos, la desconfianza de la comunidad y la necesidad de mayor capacitación de los profesionales de salud. Para superar estos desafíos, es fundamental adoptar un enfoque intersectorial, que involucre a diferentes actores e instituciones, y que respete las dimensiones culturales y emocionales de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2019b).

Como afirmó un entrevistado: *“La integralidad es brindarle la atención de forma completa en todos los aspectos”*. Esta visión holística de la salud es clave para el éxito de la SFC, alineándose con las recomendaciones de la OMS y la OPS para la promoción de la salud universal y equitativa (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

VI. Acceso y Continuidad en la Atención en Salud Comunitaria

El acceso a los servicios de salud es un elemento fundamental para garantizar la equidad y la continuidad del cuidado en las comunidades (Organización Panamericana de la Salud, 2014). La territorialización de los servicios de salud permite una mejor planificación y asignación de recursos, asegurando que la población reciba atención de manera oportuna y eficaz. Sin embargo, en muchas regiones, persisten desafíos relacionados con el desconocimiento del establecimiento de salud correspondiente y la falta de continuidad en el seguimiento de los pacientes, como se evidencia en las entrevistas realizadas (Borde & Torres-Tovar, 2017).

Las respuestas recopiladas muestran una diversidad de experiencias respecto a si los pacientes identifican correctamente el centro de salud que les corresponde. En algunas comunidades, los esfuerzos de socialización y territorialización han permitido que la población tenga claridad sobre dónde acudir en caso de necesidad. Como lo expresa un entrevistado:

“Si, cuando nace el hijo o realizan control prenatal, se les explica que es la misma atención en todos los servicios de salud”.

Esta afirmación destaca la importancia de la educación en salud y el empoderamiento comunitario. No obstante, otros entrevistados mencionaron que la población no siempre identifica el establecimiento adecuado, ya sea por falta de información o por la preferencia de ciertos centros de salud debido a la confianza en el personal. *“Tenemos personas de un territorio que se van al otro porque dicen que ahí les atienden mejor”*, menciona un profesional de salud, subrayando la relevancia de la calidad percibida en la atención como un factor determinante en la elección del servicio.

La accesibilidad también es un reto importante, especialmente en comunidades con alta movilidad.

“En esta temporada, muchas personas migran por trabajo a Honduras, si hay una embarazada de tres meses de gestación, se va a trabajar dos o tres meses y luego regresa para su control”, como lo menciona una persona entrevistada del departamento de Chiquimula, área fronteriza con Honduras.

Esto sugiere la necesidad de implementar estrategias de continuidad del cuidado para garantizar la cobertura de servicios a poblaciones migrantes.

Otro aspecto fundamental es el conocimiento que el personal de salud tiene sobre su población asignada. La estrategia de APS, aboga por la identificación precisa de la población y sus necesidades específicas permite mejorar la planificación y cobertura de los servicios. La mayoría de los entrevistados indican que el personal de salud no solo conoce su territorio y a las personas que atiende sino establece conexiones cercanas con ellos.

“Sí, cada auxiliar también tiene una población asignada. Está por sectores y conocemos el área muy bien”, señala un profesional de salud.

Esta conexión se traduce en estrategias de intervención más efectivas. Por ejemplo, la territorialización permite el uso de censos y listas de pacientes para monitorear el acceso a servicios esenciales, como controles prenatales y vacunaciones.

“Contamos con sala situacional y un censo materno donde registramos a todas las embarazadas, independientemente de su procedencia”, explica otro entrevistado, resaltando la importancia del monitoreo continuo para garantizar la atención a poblaciones en riesgo.

El seguimiento de los pacientes es un aspecto crucial en la atención primaria de salud. Las entrevistas muestran que existen diversos mecanismos para monitorear a los pacientes con enfermedades crónicas, embarazadas y niños en riesgo de desnutrición. Entre las estrategias mencionadas están las visitas domiciliarias, el uso de grupos de WhatsApp y llamadas telefónicas.

“Si el paciente no llega al servicio, se coordina con el médico EPS y se realiza una visita”, menciona un auxiliar de enfermería.

La atención a la desnutrición infantil es una de las áreas donde el seguimiento es más riguroso, no solo por la gravedad e importancia del diagnóstico sino porque es uno de los programas prioritarios a nivel nacional y es sostenido por un intrincado conjunto de elementos de notificación y seguimiento de cada paciente.

Un entrevistado describe el protocolo: *“Seguimiento cada 15 días si es desnutrición aguda moderada y cada 8 días si es severa; si el niño no asiste, se realiza una visita domiciliaria”*. Este tipo de vigilancia activa es clave para prevenir complicaciones y reducir la mortalidad infantil, alineándose con las recomendaciones de la OMS sobre la importancia del monitoreo continuo en poblaciones vulnerables (Organización Panamericana de la Salud, 2019a).

Las embarazadas también reciben un seguimiento estructurado, con controles mensuales y visitas domiciliarias en casos de alto riesgo.

“Cuando detectamos a una embarazada, se llena su ficha prenatal, se realiza un examen físico y se le da seguimiento mensual”, explica un entrevistado.

Además, se trabaja en coordinación con comadronas y líderes comunitarios para asegurar que las gestantes asistan a sus controles, lo que evidencia una estrategia integral de atención materna.

El acceso y la continuidad de la atención en salud comunitaria dependen de múltiples factores, incluyendo la identificación del establecimiento de salud, el conocimiento territorial del personal de salud y la efectividad de los mecanismos de seguimiento. (Organización Mundial de la Salud & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2023)

Las entrevistas evidencian que, aunque existen avances en la territorialización y en el conocimiento del personal sobre sus comunidades, persisten desafíos relacionados con la movilidad de la población y la confianza en los servicios de salud.

Para mejorar la equidad en el acceso a la salud, es fundamental reforzar la comunicación con la comunidad, fortalecer los mecanismos de seguimiento y garantizar la capacitación continua del personal en estrategias de atención integral. Como señala la OMS, una atención primaria bien estructurada y con enfoque territorial es clave para garantizar el derecho a la salud de toda la población (Organización Mundial de la Salud et al., 2023).

VII. La Referencia y Contrarreferencia

La referencia y contrarreferencia son procesos fundamentales en la continuidad del cuidado de los pacientes en los sistemas de salud, especialmente en contextos comunitarios donde la coordinación entre distintos niveles de atención es clave para garantizar un acceso oportuno y eficiente a los servicios especializados. Según la Organización Mundial de la Salud un sistema de referencia bien estructurado permite mejorar la calidad del cuidado, reducir las brechas en la atención. (Organización Panamericana de la Salud, 2015)

Un elemento en frecuentemente resaltado es la importancia de la comunicación efectiva entre los diferentes niveles de atención. Este aspecto es muy importante ya que se relaciona con la necesidad de

asegurar la continuidad del cuidado a lo largo de la vida de la población, se trata de ofertar atención que acompañe al usuario durante toda la evolución de la necesidad y mantener el contacto a lo largo de la vida (Martínez Riera & Sanjuán Quiles, 2009).

Las entrevistas realizadas demuestran que los trabajadores de salud utilizan diversas estrategias para asegurar la referencia de los pacientes a niveles de atención superiores. Como se evidencia en el comentario de uno de los participantes:

“Cuando tenemos una emergencia, coordinamos con el hospital a través de llamadas telefónicas, grupos de WhatsApp o directamente con el personal médico”.

Esta estrategia facilita la preparación de los hospitales para recibir pacientes y brinda un seguimiento más estructurado. Otro aspecto clave identificado es el acompañamiento de los pacientes en el proceso de referencia. En muchos casos, el personal de salud acompaña a los pacientes hasta el hospital para garantizar su ingreso y atención. Como menciona un auxiliar de enfermería:

“Nos aseguramos de que el paciente llegue y sea ingresado al servicio de salud adecuado”.

Este acompañamiento es especialmente importante en casos de emergencias obstétricas y desnutrición infantil, donde el tiempo de respuesta puede ser determinante para la evolución del paciente. Además, se destacó la existencia de obstáculos en el proceso de referencia, como la falta de transporte adecuado. En algunas comunidades, cuando no hay disponibilidad de ambulancias, los pacientes deben organizarse con líderes comunitarios o pagar su propio transporte.

“Si no hay señal para llamar, tenemos que salir al campo a buscarla, lo que retrasa el traslado”, señala un entrevistado.

Esto refleja la necesidad de mejorar la infraestructura de comunicación y transporte en las áreas rurales.

A diferencia del proceso de referencia, la contrarreferencia enfrenta múltiples desafíos. Varios entrevistados coinciden en que los hospitales rara vez envían información de regreso a los centros de salud comunitarios (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

“La mayoría de los casos referidos no son contrarreferenciados, lo que dificulta nuestro seguimiento”, menciona un trabajador de salud.

Con ello se infiere que la falta de retroalimentación en la contrarreferencia impide evaluar la efectividad del tratamiento y limita la continuidad del cuidado en la comunidad. En ausencia de información formal de los hospitales, los trabajadores comunitarios implementan estrategias alternativas, como visitas domiciliarias y contacto directo con la familia del paciente.

“Cuando nos enteramos de que el paciente regresó del hospital, realizamos visitas para evaluar su estado”, menciona un entrevistado.

Este seguimiento es crucial en casos de postoperatorios, embarazadas y niños con desnutrición, para evitar recaídas y asegurar la adherencia a los tratamientos. Otra estrategia mencionada es el uso de la tecnología para fortalecer la contrarreferencia. Algunos equipos de salud han implementado grupos de WhatsApp para compartir información sobre el estado de los pacientes.

“Si enviamos un código rojo severo, el hospital ya está preparado para recibirlo y nos informan sobre su evolución”, explica un profesional de salud.

Este tipo de innovación podría ser replicado en otros contextos para mejorar la comunicación entre los niveles de atención.

Para fortalecer la continuidad del cuidado, los entrevistados propusieron varias estrategias. Una de ellas es la implementación de una ficha única del paciente, donde se registren todos los procedimientos y diagnósticos realizados en cada nivel de atención. *“A veces la familia no entiende bien lo que le hicieron al paciente en el hospital, y debemos investigar”,* menciona un entrevistado. Este documento facilitaría el seguimiento y mejoraría la calidad de la atención.

La sensibilización de los pacientes sobre la importancia de asistir a sus citas de seguimiento también fue resaltada como una estrategia clave. *“Muchas veces los tratamientos no funcionan porque los pacientes no regresan a control”*, menciona un profesional. La educación en salud y el fortalecimiento de la relación entre el personal de salud y la comunidad pueden contribuir a mejorar la adherencia a los tratamientos.

Finalmente, se destacó la necesidad de fortalecer la colaboración con líderes comunitarios y comadronas, quienes desempeñan un papel esencial en la identificación de signos de alarma y en el seguimiento de los pacientes. *“Nuestra mano derecha en la comunidad son las comadronas, porque son el primer contacto con el paciente”*, explica un trabajador de salud. Esta estrategia de trabajo conjunto es esencial para garantizar una atención integral y culturalmente pertinente.

El análisis de las entrevistas evidencia que, si bien existen esfuerzos significativos para asegurar la referencia de los pacientes a niveles de mayor complejidad, la contrarreferencia sigue siendo un desafío en la mayoría de las comunidades. La falta de comunicación entre los hospitales y los centros de salud comunitarios limita el seguimiento y la continuidad del cuidado, lo que puede afectar la evolución de los pacientes.

Para mejorar este proceso, es fundamental fortalecer los mecanismos de comunicación interinstitucional, promover el uso de tecnología para compartir información en tiempo real y capacitar a los equipos de salud en estrategias de seguimiento comunitario (Organización Panamericana de la Salud, 2015). Además, el empoderamiento de la comunidad a través del trabajo con líderes locales y la educación en salud contribuirá a garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada en todos los niveles del sistema de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2019a).

VIII. Diversidad Lingüística

La diversidad lingüística y étnica es un aspecto central en la prestación de servicios de salud en diversas comunidades de América Central. La comunicación efectiva entre el personal de salud y los pacientes es fundamental para garantizar una atención equitativa y accesible. En el contexto de la atención primaria, el reconocimiento de las lenguas maternas y las identidades culturales de los usuarios del sistema de salud es un desafío que requiere estrategias de inclusión y adaptación de los servicios (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Las entrevistas realizadas en distintas localidades reflejan una variedad significativa de lenguas y etnias presentes en la región. En los DMS en los que se realizó la encuesta predominan pueblos indígenas que hablan los idiomas Q'eqchí, Poqomchí, Chuj, Akateko, Kanjobal y Mam, entre otros. Como puede evidenciarse en el comentario de uno de los entrevistados: *“Predomina el idioma Q'anjob'al, el 95%, y posteriormente ya las demás personas hablan en español”*, el español es una lengua vehicular en los territorios, las lenguas indígenas siguen siendo de uso común, especialmente en las comunidades rurales.

La lengua no es solo un medio de comunicación, sino también un elemento fundamental de identidad cultural. La falta de acceso a servicios de salud en el idioma materno de los pacientes puede generar barreras en la comprensión de diagnósticos, tratamientos y medidas preventivas (S. García Beyaert, 2009). Manejar el idioma local permite una relación más cercana y facilita la atención de las personas, como lo expresa uno de los entrevistados del DMS de Nebaj, Ixil :

“[... en la región Ixil] hablar en Ixil ayuda, da más confianza y comprenden mejor el mensaje”.

Esto resalta la importancia de contar con personal de salud capacitado en diferentes idiomas o con intérpretes que faciliten la comunicación efectiva.

Otro aspecto relevante identificado en las entrevistas es la pérdida progresiva de algunas lenguas indígenas en ciertas comunidades. Por ejemplo, en San Juan Ermita, un entrevistado mencionó que *“anteriormente se practicaba el ch'orti, pero en la actualidad disminuyó y ya no escuchamos [con tanta frecuencia] en estas comunidades ese idioma”*. Este fenómeno, según el Banco Mundial, está vinculado a procesos de urbanización, discriminación lingüística y falta de políticas de preservación de las lenguas originarias (Banco Mundial, 2022).

El multilingüismo dentro de las comunidades también plantea retos logísticos en la prestación de servicios de salud. Un entrevistado indicó: *“Hay varios idiomas, pero tratamos de hacer ese equilibrio para poder brindarle la atención a las personas en su idioma materno”*. En este sentido, desde la APS, la OMS recomienda fortalecer la formación de los profesionales de salud en competencias interculturales y multilingües para mejorar la accesibilidad de los servicios.

Además, la diversidad étnica en las comunidades implica la coexistencia de diferentes concepciones sobre la salud y la enfermedad. Las tradiciones médicas indígenas a menudo incluyen conocimientos ancestrales y prácticas alternativas que pueden complementar la medicina occidental. Sin embargo, si no se reconoce y respeta esta diversidad, se corre el riesgo de una atención médica que excluye a ciertos grupos de la población.

Como lo indicó un entrevistado: *“Depende de dónde viene el paciente, si me viene de Chicacab, me viene de Canasec, de Saqchil, yo sé que en esta región predomina bastante el Q’eqchi’, pues entonces debe uno comunicarse con ellos en Q’eqchi’”*. Esto evidencia la necesidad de un enfoque flexible y adaptado a las realidades locales.

En conclusión, la diversidad lingüística y étnica representa un reto, pero también una oportunidad para mejorar la atención en salud comunitaria. La implementación de estrategias que reconozcan y valoren la diversidad cultural, junto con políticas públicas que promuevan la capacitación en idiomas indígenas y la mediación intercultural, son pasos esenciales para garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud. Como lo subraya la OMS, la equidad en salud no se logrará hasta que todos los grupos poblacionales puedan recibir atención en un entorno lingüístico y culturalmente adecuado (Organización Panamericana de la Salud, 2019b).

IX. La importancia de la participación de la familia en la atención a la salud

La participación de la familia en el proceso de atención a la salud es fundamental para garantizar la continuidad de los cuidados, promover la prevención de enfermedades y mejorar la adherencia a los tratamientos. Según la Organización Mundial de la Salud, la salud familiar desempeña un papel esencial en la promoción de la calidad de vida, ya que la familia no solo influye en los hábitos de salud de sus miembros, sino que también brinda apoyo emocional y social durante momentos de enfermedad (Organización Mundial de la Salud & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2020).

Las entrevistas analizadas revelan una percepción común de que la familia debe estar activamente involucrada en los procesos de prevención y tratamiento. Muchos entrevistados destacaron que aún persiste la idea de que solo las mujeres son responsables de buscar los servicios de salud, mientras que los hombres se mantienen al margen de este proceso. Esta realidad refleja una desigualdad de género que compromete la integralidad del cuidado. La OPS enfatiza que la participación de todos los

miembros de la familia, independientemente del género, es esencial para mejorar los indicadores de salud en la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Uno de los aspectos recurrentes en las respuestas es la necesidad de involucrar a los familiares en el acompañamiento del paciente en sus visitas a los servicios de salud y en la continuidad de los tratamientos en el hogar. Como mencionó uno de los entrevistados. *“La familia juega un papel muy importante en el proceso de salud-enfermedad, por lo que considero que es pertinente involucrarla en el proceso de recuperación del paciente, ayudarlo a cumplir con el tratamiento prescrito por el médico, proporcionarle apoyo emocional y también incluirla en la toma de decisiones”.*

La salud materno-infantil fue otro tópico relevante para los entrevistados. En diversas respuestas, se destacó que la participación familiar es esencial para garantizar que los niños reciban sus vacunas, se monitoree su crecimiento y tengan acceso oportuno a la atención médica cuando sea necesario.

Un profesional relató: *“Nosotros siempre les decimos a las familias [...] Si sus niños empiezan con síntomas, por ejemplo, tos, diarrea o dificultad para respirar, llévenlos al centro de salud o avísennos para que podamos hacer una visita domiciliaria de manera oportuna”.*

Otro desafío importante es la dificultad de acceso de la población a los servicios de salud. Algunos entrevistados mencionaron que las visitas domiciliarias son una estrategia eficaz para integrar a toda la familia en el cuidado, especialmente en comunidades donde solo las mujeres suelen acudir a los centros de salud. La OMS enfatiza que el enfoque comunitario, incluidas las visitas domiciliarias, es una de las formas más efectivas de garantizar que toda la familia participe en los procesos de prevención y tratamiento (Bernal-Ordoñez et al., 2024).

Además, existe un consenso sobre la necesidad de fortalecer la educación en salud para las familias. Algunos entrevistados mencionaron que las charlas y los materiales educativos son estrategias fundamentales para aumentar el conocimiento sobre la prevención de enfermedades y las buenas prácticas de salud. OPS/OMS recomienda que las comunidades sean activamente involucradas en programas educativos para mejorar la adherencia a los tratamientos y la prevención de enfermedades crónicas (Organización Mundial de la Salud, 2022).

La desigualdad de género también fue una preocupación expresada por varios entrevistados. Se observó que, en muchas comunidades, los hombres rara vez participan en el seguimiento de la salud familiar, dejando la responsabilidad mayoritariamente en manos de las mujeres.

Como se mencionó en una de las entrevistas: *“Rara vez se ve a un padre llevando a sus hijos al centro de salud, rara vez se ve a un padre preguntando cómo está su esposa embarazada”*. Para revertir esta situación, es necesario promover la equidad de género y fomentar la participación activa de los hombres en el cuidado de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Las estrategias sugeridas por los entrevistados para ampliar la participación familiar incluyen convocatorias a reuniones comunitarias, encuentros educativos en escuelas e iglesias, y el fortalecimiento del liderazgo comunitario para la difusión de información sobre salud. Como afirmó un profesional:

“Tenemos que organizar una asamblea y ofrecer una capacitación para que todos nos escuchen, porque en una visita a veces no está toda la familia, pero en las asambleas suele asistir toda la comunidad”.

A partir de estas reflexiones, es evidente que la participación familiar en la atención a la salud es un factor determinante para el éxito de los cuidados sanitarios. La integración de los familiares en el seguimiento de los pacientes, la prevención de enfermedades y el apoyo emocional es esencial para fortalecer la salud comunitaria. Para que esto ocurra de manera efectiva, es necesario que los servicios de salud promuevan estrategias de inclusión, educación y empoderamiento de las familias, garantizando que todos los miembros puedan desempeñar su papel en la promoción de la salud (Bernal-Ordoñez et al., 2024).

El último objetivo sobre diseñar estrategias basada en los resultados no se visualiza

Referencias

- Adaury, M. H., Angulo, L. I. P., Sepúlveda, A., Sanhueza, X. A., Becerra, I. D., & Morales, J. V. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana De Salud Publica-pan American Journal of Public Health*, 33, 223–229. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000300009>
- Banco Mundial. (2022). *Lenguas indígenas, un legado en extinción*. World Bank. <https://www.bancomundial.org/es/news/infographic/2019/02/22/lenguas-indigenas-legado-en-extincion>
- Bernal-Ordoñez, L. K., NIño-Gutiérrez, E. L., Casanova, M. L., Treviño Del Campo, F., Rodríguez, A., & Jiménez García, D. A. (2024). Participação e empoderamento comunitário na atenção primária à saúde na América Latina: revisão sistemática exploratória. *Revista panamericana de salud publica [Pan American journal of public health]*, 48, e135. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.135>
- Borde, E., & Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde em Debate*, 41(spe2), 264–275. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s222>
- Buss, P., & Pellegrini Filho, A. (2008). *La salud y sus determinantes sociales*. https://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_es/152
- Campos, G. W. de S. (2021). *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos*. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937797>
- Comber, A. J., Brunsdon, C., & Radburn, R. (2011). A spatial analysis of variations in health access: linking geography, socio-economic status and access perceptions. *International Journal of Health Geographics*, 10(1), 44. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-10-44>
- ENAE. (2015, octubre 19). *Estudia para Auxiliar de Enfermería*. Escuela Nacional de Auxiliares de Enfermería; Escuela Nacional de Auxiliares de Enfermería del Hospital Regional de Cuilapa. <https://www.enaec.edu.gt/>
- ENE. (2024). *Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala* | . <https://www.ene.edu.gt/>

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. Siglo Veintiuno Editores. <https://books.google.com.gt/books?id=tefwzwEACAAJ>
- Guimarães, E. M. de S. (2017). Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. *Serviço Social & Sociedade*, 130, 564–582. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.124>
- Hautecoeur, M., Zunzunegui, M. V., & Vissandjée, B. (2007). Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Publica De Mexico*, 49, 86–93. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342007000200003>
- Martínez Riera, J. R., & Sanjuán Quiles, Á. (2009). ¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional? *Administración sanitaria*, 7(4), 661–682. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-por-que-hablamos-continuidad-cuidados-X1137296609489119>
- Acuerdo Ministerial 152-2017. Estrategia para el Fortalecimiento de la Gestión y Atención en Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2017, Núm. 152–2017, http://bvs.gt/ebblueinfo/ML/ML_022.pdf
- Acuerdo Ministerial No. 16-2024, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el 12 de enero de 2024, Normativa para la categorización de la Red de Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2018). *Modelo de Atención y Gestión para Áreas de Salud* (Versión 1). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1025878>
- Organización Mundial de la Salud. (s/f). *Constitución de la OMS*. Recuperado el 21 de febrero de 2025, de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/44046>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Voz, agencia, empoderamiento: manual sobre la participación social para la cobertura sanitaria universal* (pp. vii, 247 p.). Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/364214>
- Organización Mundial de la Salud, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, & Banco Mundial. (2023). *Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo mundial 2023: resumen ejecutivo* (p. 10 p.). Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/375631>
- Organización Mundial de la Salud, & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2020). *Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic: interim guidance, May 2020*. OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/331975>
- Organización Mundial de la Salud, & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2023). *Marco de medición de la atención primaria de salud e indicadores: seguimiento de los sistemas de salud desde el punto de vista de la atención primaria* (pp. ix, 46 p.). Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/373544>
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49660>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Las redes de atención de salud*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3147>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *CD53.R14 - Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage*. PAHO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7652>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Lineamientos generales del sistema de referencia y contrarreferencia*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52857>

- Organización Panamericana de la Salud. (2019a). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. 88. <https://doi.org/10.37774/9789275322642>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019b). *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51615>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Promoción de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
- S. García Beyaert, J. S. P. (2009). Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud. En Joaquín Morera Montes Alberto Alonso Babarro Helena Huerga Aramburu (Ed.), *Manual de atención al inmigrante* (pp. 53–65). ERGON.
- Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford University Press. <https://books.google.com.gt/books?id=QMm17oCEjrEC>
- Unidad de Planificación Estratégica. (2016). *Acuerdo Ministerial 20-2016. Normativa para la categorización y habilitación de la Red de Servicios de Salud*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



Ministerio de
**Salud Pública
y Asistencia
Social**



Organización
Panamericana
de la Salud



OPS
Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

Proyecto de Atención Primaria de Salud y Nutrición