

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



**COMPETENCIAS EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN UNIDADES DE
SALUD CENTRALIZADAS Y DESCENTRALIZADAS EN MUNICIPIOS DEL
SUR DE FRANCISCO MORAZAN, HONDURAS 2010-2011**

PRESENTADO POR:

IRIS YOLANDA DIAZ MEJIA

PREVIA OPCION AL GRADO DE:

MASTER EN SALUD PÚBLICA

ASESORA:

Dra. EMILIA ALDUVIN SAINZ

TEGUCIGALPA, M.D.C.

JULIO, 2014 HONDURAS C.A.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH

RECTORA

Licda. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICE RECTORA ACADEMICA

Dra. RUTILIA CALDERON PADILLA

VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES

Lic. AYAX IRIAS COELLO

VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES

Dr. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL

Licda. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

M. Sc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

**COORDINADORA GENERAL POSTGRADOS FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS**

DRA. ELSA PALOU

COORDINADOR GENERAL DEL POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA

Dr. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES

DEDICATORIA

A mis padres por su amor y porque han sido el pilar fundamental en mi formación y educación.

A mis hermanos que siempre me han apoyado y aún en los momentos en que sentí flaquear siempre me animaron para seguir adelante.

A mi esposo, que siempre creyó en mí y apoyó todos mis esfuerzos.

UDI-DEGT-UNAH

AGRADECIMIENTOS

A Dios nuestro creador, por estar presente en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a personas valiosas que han sido mi soporte durante todo este período de estudio.

A la Dra. Emilia Alduvín, por su paciencia, por su apoyo, por ejercer su profesión con alegría, con conocimiento, con habilidad, con prudencia, en una palabra: con sabiduría.

A mis Maestros del POSAP por la orientación que siempre me brindaron con alto profesionalismo ético.

A mi querida UNAH por permitir mi formación como profesional, como persona y como ciudadana.

A mis compañeros de la Región Sanitaria de Francisco Morazán por apoyarme en todos mis esfuerzos y brindarme la oportunidad de continuar creciendo profesionalmente.

Contenido

I. INTRODUCCION	7
II. OBJETIVOS.....	10
A. General	10
B. Específicos.....	10
III. MARCO TEORICO.....	12
A. La Atención Primaria en Salud en el contexto de los Procesos de Reforma del Sector Salud	12
1. El Derecho a la protección en Salud y su incidencia en Honduras.....	12
2. Antecedentes de la Atención Primaria en Salud (APS)	13
3. La Reforma de Salud en las Américas y su vinculación con la Atención Primaria en Salud.....	15
B. Sistemas de Salud	18
1. Componentes y funciones de un Sistema de Salud	18
2. El Sistema de Salud en Honduras.....	20
C. Los Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud.....	23
1. La necesidad de renovación de la APS.....	23
2. Beneficios de los valores, principios y elementos de la APS.....	24
3. Sistemas de salud basados en APS	30
D. Competencias de los Recursos Humanos en Salud	31
1. Importancia de los Recursos Humanos en la implementación de los modelos de gestión y atención	31
2. El enfoque de Competencias	33
3. Competencias de los Recursos Humanos en APS	34
E. Contexto del estudio	37
1. Situación Socioeconómica y de salud de Honduras.....	37
2. Caracterización del área de estudio.....	38

IV. HIPOTESIS	42
V. METODOLOGIA	42
VI. RESULTADOS	50
A. Caracterizaciones.....	50
1. Caracterización de las Unidades de Salud	50
2. Caracterización de los Recursos Humanos entrevistados	53
B. Conocimientos sobre los elementos y principios de Atención Primaria en Salud estudiados	56
1. Conocimientos generales de la APS	56
2. Conocimientos sobre Orientación Familiar y Comunitario.....	65
3. Conocimientos sobre Participación Social	75
4. Conocimientos sobre Intersectorialidad.....	78
C. Actitudes sobre los elementos y principios de la Atención Primaria en Salud estudiados.	79
1. Actitudes en Orientación Familiar y Comunitaria.....	79
2. Actitudes en Participación Social	90
3. Actitudes en Intersectorialidad.....	100
VII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	107
VIII. CONCLUSIONES	118
IX. RECOMENDACIONES	120
X. BIBLIOGRAFIA.....	121
XI. ANEXOS.....	125
ANEXO 1. Glosario de términos utilizados en la Escala de Actitudes	125
ANEXO 2. Instrumento A. Cuestionario sobre conocimientos de los recursos humanos en Atención Primaria en Salud.....	125
ANEXO 3. Instrumento C. Escala de diferencial semántico sobre las actitudes de los recursos humanos en Atención Primaria en Salud.....	125

I. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud ha venido promoviendo la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) desde hace más de 35 años con el objetivo de alcanzar la “Salud para Todos”. Durante este tiempo se han alcanzado grandes progresos; sin embargo diferentes situaciones tales como, sobrecarga persistente de los sistemas de salud y las desigualdades en materia de salud, han amenazado dichos logros poniendo en peligro el cumplimiento del objetivo de alcanzar un mayor nivel de salud y de desarrollo humano.

Producto de la falta de cumplimiento de los objetivos y debido a que se han identificado nuevos desafíos epidemiológicos, debilidades e incoherencias en los diferentes enfoques e implementación en la región, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos, así como el reconocimiento de que es una estrategia idónea para abordar los problemas de salud, la Organización Panamericana de la Salud y sus países miembros, consideran necesaria la renovación de la APS tomando en cuenta sus valores, principios y elementos para lograr reducir las desigualdades en salud.

Las experiencias exitosas de la APS en otros países demuestran que son necesarios los enfoques sistémicos amplios, de modo que la renovación de la APS debe poner su énfasis en lograr la atención con cobertura universal, integrada e integral sobre todo en aquellas poblaciones muy pobres que

carecen de acceso a la red de servicios, básicamente por la distancia a los centros de salud.

El sistema de salud en Honduras, adolece de una serie de limitaciones en lo que respecta a su nivel de cobertura, acceso y resultados, medidos por el estado de salud de la población por lo que se ha visualizado la necesidad de reorientar el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión de servicios hacia uno que desarrolle de manera más eficiente los valores, principios y elementos de la APS, a tono con los lineamientos planteados por la OPS sobre el tema.

Para hacer frente al desafío de aumentar la cobertura, en las últimas dos décadas en nuestro país se ha diseñado e iniciado la implementación de ambiciosos programas de reforma del sistema de salud, planteando la extensión de servicios básicos a las zonas más pobres a través de un modelo innovador de descentralización de la gestión de los servicios de salud del primer nivel de atención.

A diferencia de los modelos centralizados tradicionales que basan sus servicios en actividades curativas, las unidades descentralizadas deben estar orientadas a actividades preventivas y de promoción de la salud. Este nuevo modelo de gestión comprende innovaciones en las formas de asignación de recursos, en las relaciones entre los sectores público y privado; y una mayor participación de la sociedad civil y del poder local en la gestión.

Estos nuevos modelos suponen una estrategia de extensión de salud innovadora basada en los principios y elementos de la *APS orientación familiar comunitaria*, la *participación social* y la *intersectorialidad*, a los que deben estar orientados los recursos humanos para el cumplimiento de los objetivos en la prestación de servicios de salud bajo el enfoque de *competencias*.

Debido a la necesidad de generar evidencia acerca del cumplimiento de las *competencias* - conocimientos y actitudes - de los Recursos Humanos en los principios y elementos de la *APS Orientación Familiar y Comunitaria, Participación Social e Intersectorialidad*, se realizó este estudio comparativo en los municipios centralizados y descentralizados de la Región de Francisco Morazán en el período comprendido de noviembre 2010 a marzo 2011.

Los resultados del estudio permiten concluir que las diferencias entre las competencias - conocimientos y actitudes - de los recursos humanos en la prestación de servicios están determinadas principalmente por la formación de los mismos, más que por el modelo de gestión en el cual laboran.

A manera de recomendaciones se establece que el desarrollo de los recursos humanos en salud debe ser una prioridad para el establecimiento de sistemas de salud, eficientes y eficaces; y que se debe establecer un plan de formación y gestión de los mismos con la prioridad del desarrollo de competencias, para mejorar la salud y el desarrollo humano de la población.

II. OBJETIVOS

A. General

Analizar el nivel de competencias - *conocimientos y actitudes* - de los recursos humanos en los principios y elementos de Atención Primaria en Salud: *Orientación Familiar y Comunitaria, Participación Social e Intersectorialidad* en las unidades de salud de los Municipios de Curarén y Alubarén con modelo de gestión descentralizado; y los recursos humanos de las unidades de salud de los municipios de Reitoca, San Miguelito, La Libertad y Sabanagrande con modelo de gestión centralizado, en el departamento de Francisco Morazán, Honduras, en los años 2010 y 2011.

B. Específicos

1. Caracterizar los *conocimientos y actitudes* respecto a los principios y elementos de Atención Primaria de Salud: *Orientación Familiar y Comunitaria, Participación Social e Intersectorialidad* que poseen los recursos humanos de las unidades de salud con modelo de gestión descentralizado; y los recursos humanos de las unidades de salud con modelo de gestión centralizado en Francisco Morazán, Honduras, en los años 2010 y 2011.

2. Comparar los *conocimientos y actitudes* respecto a los principios y elementos de Atención Primaria de Salud: *Orientación Familiar y Comunitaria, Participación Social e Intersectorialidad*, que poseen los recursos humanos de las unidades de salud con modelo de gestión descentralizado; y los recursos humanos de las unidades de salud con modelo de gestión centralizado en Francisco Morazán, Honduras, en los años 2010 y 2011.

3. Generar evidencia que permita contribuir a la propuesta de planes de formación y de gestión de los recursos humanos en salud con enfoque de *competencias*, basado en los principios y elementos de la Atención Primaria de Salud de acuerdo a los propósitos del nuevo Modelo Nacional de Salud.

III. MARCO TEORICO

A. La Atención Primaria en Salud en el contexto de los Procesos de Reforma del Sector Salud

1. El Derecho a la protección en Salud y su incidencia en Honduras

El Derecho a la Salud está consignado a nivel internacional en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC); es un tratado multilateral general que reconoce Derechos Económicos, Sociales y Culturales y establece mecanismos para su protección y garantía. Fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976. Compromete a las partes a trabajar para la concesión de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos los derechos laborales y los derechos a la salud, la educación y un nivel de vida adecuado. Honduras, desde 1980 es signatario del PIDESC.

En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, los Estados Partes reconocen *"el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"*, mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas *"medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho"*. Posteriormente, el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (Comentario 14 del PIDESC, 2000: párrafo 8) amplía el entendimiento del derecho a la salud:

“El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano...entraña libertades y derechos...el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales...figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.”

Esta definición sobre Derecho a la Salud implica, para su correcta implementación, de un sistema de salud con características precisas sobre el tipo de servicios de salud que se ofertan, acordes con los alcances del Derecho a la Salud. Entre los más importantes destacan la *accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios.*

La Constitución de la República de Honduras de 1982, en su artículo 145 reconoce:

“El derecho a la protección de la salud. El deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas”.

Y en su artículo 149, establece:

“El Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante una propuesta de un nuevo modelo de atención, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados”.

2. Antecedentes de la Atención Primaria en Salud (APS)

Desde la *Conferencia sobre Atención Primaria en Salud* organizada por la OMS y celebrada en Alma Ata, en 1978, la APS se definió como:

“...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al

alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud”.

Desde entonces se reconoce a la APS como uno de los componentes fundamentales de un sistema de salud efectivo. Las experiencias en países desarrollados y en vías de desarrollo demuestran que esta estrategia puede interpretarse y adaptarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos. Sin embargo, algunos entendimientos sobre su significado y alcances, han representado que en la práctica, los resultados sean muy variables.

Los sistemas de salud basados en APS, a grandes rasgos han tomado varias formas de implementación, siendo las más destacadas:

- *Enfoque de Atención Primaria de Salud selectiva*, la cual se centró en un número limitado de servicios de gran repercusión para afrontar los desafíos de salud más prevalentes de mortalidad infantil y algunas enfermedades infecciosas y con énfasis en la población pobre de los países en desarrollo. Aunque exitosa en algunas áreas como la vacunación, la APS selectiva ha sido criticada por ignorar el amplio contexto del desarrollo económico y social. Aunque en principio se le consideró una estrategia provisional, la APS selectiva se convirtió en la forma dominante en muchos países, incluyendo a Honduras

- *Atención Primaria, conocida como puerta de entrada* del sistema de salud y lugar donde se operativiza la continuidad de la atención. Común en Europa y países industrializados, se relaciona con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o de familia. En América Latina aparece reflejado en diversos planes de salud pero en la realidad no se ha implementado, debido a que no existe en nuestros países un sistema de salud coherente en su estructura y funciones, las cuales incluyen un mecanismo adecuado de referencia y contra-referencia con verdadera capacidad resolutive.

3. La Reforma de Salud en las Américas y su vinculación con la Atención Primaria en Salud

En el Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud (Banco Mundial, 1993:3-6), se detallan como causas de las fallas en los Sistemas de Salud: la asignación equivocada de los recursos económicos, desigualdad, ineficiencia y explosión de los costos. En el mismo Informe se recomienda a los países un conjunto de reformas encaminadas a establecer políticas de mejoras a la salud. Entre estas reformas, se recomienda el mejoramiento de la gestión de los servicios de salud estatales, a través de medidas como la descentralización de facultades administrativas y presupuestarias y la subcontratación de servicios.

Es a partir de estas recomendaciones que en la región de las Américas el énfasis ha estado vinculado al proceso de Reforma de los Sistemas de Salud que incluye la nueva definición de roles de los Ministerios de Salud, un

creciente interés en promover iniciativas de Gestión Alternativa del proceso de producción de servicios de salud, tanto desde el Estado como por Organismos Financiadores y Agencias de Cooperación Internacional. Este interés se basa en que las ONG tienen mayor flexibilidad en la gestión y muchas veces están localizadas en zonas remotas con lo cual pueden ser capaces de aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud básicos.

Según Ugalde y Homedes (2000:19), los promotores de la descentralización la justifican como una necesidad frente al fuerte centralismo tradicional en América Latina, al cual atribuyen ineficiencias administrativas y la falta de adecuación de los servicios a las necesidades sentidas de la población. Sin embargo es necesario señalar que algunos sistemas de salud (Paraguay) que se descentralizaron en alguna medida antes del presente movimiento descentralizador no consiguieron una mejora en eficiencia y calidad; y otros sistemas que se concibieron descentralizados, debido a obstáculos serios de planificación de los recursos y eficiencia de los mismos, se centralizaron en la década de los 70's para mejor control (Colombia y El Salvador).

En Honduras, el proceso de reforma del sector salud, que comprende a la Secretaria de Salud y al Instituto Hondureño de Seguridad Social, entre otros, el Banco Mundial, con apoyo de la Agencia para el Desarrollo de los Estados Unidos USAID y el Banco Interamericano de Desarrollo, han enfatizado principalmente en la separación de las funciones de financiamiento y de

gestión; y en materia de provisión de servicios, la modernización y autonomía de la red de atención (Secretaria de Salud 2005:69-72).

Dicho modelo se comenzó a implementar a nivel municipal, a través de la compra de servicios a proveedores privados para ser otorgados a las comunidades por medio de paquetes básicos de servicios y con un sistema de cobro o de co-pagos. Como proveedor de servicios de salud se identificaron municipalidades, mancomunidades, fundaciones, ONGs y proveedores privados organizados en asociaciones.

Siguiendo estas indicaciones, en Honduras se han firmado convenios de gestión en donde se planteó la extensión de servicios básicos a las zonas pobres a través de un modelo innovador de descentralización de la gestión de los servicios del primer nivel, diferente a la prestación de servicios bajo la modalidad centralizada. (BID, 2011:2).

Sin embargo en la práctica observamos que el proceso de transición desde las acciones puntuales curativas y de atención al daño, siguen predominando en las unidades de salud. En tanto que el incremento de acciones de tipo preventivo y de promoción de la salud, desarrolladas a través de acciones intersectoriales y enfoques comunitarios para promover el desarrollo humano y la salud, siguen siendo una meta por lograr. En suma, que, los procesos de reforma, han sido muy prolijos en el planteamiento sobre las formas de gestión de los servicios, dejando por un lado la discusión y atención sobre el tipo de servicios que se ofertan a la población.

B. Sistemas de Salud

1. Componentes y funciones de un Sistema de Salud

La OMS (2000: xi) define el sistema de salud como el ente que “*comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acción cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud*”. Un sistema de salud puede caracterizarse también de acuerdo con sus actores principales: a) el gobierno o los profesionales que estructuran y regulan el sistema; b) la población, incluidos los pacientes, quienes en su condición individual o colectiva pagan por el sistema de salud (a través de impuestos u otros mecanismos) y reciben los servicios; c) agentes financieros, quienes recaudan fondos y los asignan a proveedores o compran servicios a nivel nacional y otros niveles inferiores; d) organizaciones comunitarias y locales (voluntariados, comités de salud, iniciativas privadas) que colaboran en la organización y apoyo logístico, financian directa o indirectamente y algunas veces prestan servicios; y e) los proveedores de servicios que, a su vez, pueden ser tanto del sector público como del sector no público.

Según Tobar (1998:5), todo sistema de salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes: a) político (modelo de gestión) b) económico (modelo de financiamiento) c) técnico (modelo de atención).

Desde la perspectiva del modelo de gestión del sistema, es importante detectar cuáles son los *principios y valores que guían el sistema*, cuáles son las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema, quién las

toma y cómo se toman. El modelo de gestión descentralizado se entiende como la concesión de cierto grado de autonomía a una unidad de provisión de servicios. Las funciones a descentralizar las clasifica en: fiscales, programáticas, de recursos humanos, de mantenimiento y compra de insumos.

La problemática del *modelo de financiación* involucra un conjunto de cuestiones tales como: ¿Cuánto debe gastar un país en salud? ¿De dónde deben provenir los recursos? y ¿Cómo asignar los recursos? La problemática de la asignación de los recursos se define a través de ciertas interrogantes: ¿Cómo transferir recursos desde los niveles centrales a los locales de los sistemas? ¿Qué instrumentos o modelos de pago emplear para la compra de servicios?

A diferencia de las dos anteriores, la problemática del *modelo de atención* es estrictamente médico - sanitaria. Los criterios que establecen cómo se organiza y divide el trabajo médico. Las cuestiones que involucra son: ¿Qué cubrir? (¿Qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se debe brindar?) ¿A quién cubrir? (¿cuáles son los criterios de elegibilidad o inclusión al sistema?) ¿Cómo prestar? (¿qué prestadores? ¿Con cuáles criterios o padrones?) ¿Dónde prestar? (¿en qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta? ¿Qué criterios de referencia y contra-referencia adoptar?).

Un modelo de atención que pretenda responder a los postulados del Derecho a la Salud, de Accesibilidad, Disponibilidad, Aceptabilidad y Calidad, debería estar basado en la Atención Primaria en Salud (APS), constituido por el conjunto de

acciones de salud individuales y colectivas para promover, proteger, mejorar y mantener la salud de las personas y de la población general, vigilando y controlando riesgos y previniendo enfermedades y daños.

2. El Sistema de Salud en Honduras

En Honduras, desde 1992 con los esfuerzos del programa de Modernización del Estado enfatizaron en la atención a la población económicamente más deprimida, hasta el periodo 2002-2006; cuando bajo los conceptos de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza, se retoma la reforma del sector salud en donde uno de sus ejes fue el desarrollo institucional que se orientó a la transformación de la identidad rectora y financiadora del sector. Esto implicaba la separación de funciones entre el financiamiento y la provisión de servicios.

Durante las últimas dos décadas se han formulado políticas y estrategias orientadas a incrementar la cobertura de servicios y extender la protección social; sin embargo, sigue existiendo una alta proporción de población excluida en salud, de un 56%, cifra que se incrementa en áreas rurales, (OPS. 2003:92), exclusión que se manifiesta, ya sea por barreras de acceso a los servicios, por la provisión inadecuada y sostenida de servicios de salud, o porque la atención de salud no siempre es adecuada en términos de respeto étnico y cultural. Los excluidos en salud son los pobres, los que viven en zonas rurales, la población indígena y los desempleados, subempleados y trabajadores informales.

En cuanto al modo de gestión, una de las iniciativas adoptadas para incorporar a los niveles locales y a la sociedad civil en la toma de decisiones para la

solución de sus problemas de salud, ha sido la operativización de la reforma a través del proceso de descentralización. Siguiendo estas líneas, en 2004 se crearon 20 regiones de salud, de las cuales 18 corresponden a la división política administrativa del país, y dos a las regiones metropolitanas de Tegucigalpa y San Pedro Sula. Otra iniciativa, dentro del proceso de reforma, ha sido la dotación de autonomía en la gestión, articulada mediante acuerdos o compromisos de gestión en el sector público y contratos con el sector no público con el objetivo de extender la cobertura prestando los servicios a través de terceros proveedores como organizaciones de sociedad civil, gobiernos locales y mancomunidades; esto ha implicado la incorporación al sistema de salud, de contratos y convenios, con un mecanismo de pago *per-cápita*. (Secretaría de Salud, 2005: 27)

En el Plan Nacional de Salud al 2021 (Secretaría de Salud, 2005:69), se propone la separación de funciones, la adopción del modelo de Atención Primaria a la Salud Selectiva (APSs) y la extensión de la cobertura a través del Nuevo Modelo de Gestión. Si bien, no se ha logrado construir consenso alrededor de dicha propuesta, en la práctica se ha venido implementando en varias regiones del país el Modelo de Gestión Descentralizado.

En Junio de 2012, la gestión descentralizada se oficializa al definir, en el *Manual de Organización y Funciones de las Regiones Sanitarias* (Secretaría de Salud, 2012:5):

“Su diseño [Sistema de Salud] está fundamentado en la visión de una institución descentralizada, con una gestión de recursos centrada en la

obtención de resultados, con la capacidad de toma de las decisiones apropiadas en forma oportuna, más cercana a donde los problemas se enfrentan y con una eficaz y eficiente prestación de servicios de salud.“

Según se expresa en los convenios suscritos, el objetivo ha sido promover, conducir y regular la construcción de entornos saludables y mejorar las condiciones de vida de la población de estos municipios, estableciendo una diferencia entre el modelo tradicional centralizado que basa sus servicios en atenciones curativas, y el modelo descentralizado cuyas actuaciones estarán orientadas hacia actividades preventivas y de promoción, fortaleciendo la *participación social*, la *intersectorialidad*, y constituyéndose en alternativa para la eficiencia, eficacia y equidad en la prestación de servicios de salud.

No obstante, en la práctica, siguen coexistiendo, Unidades de Salud descentralizadas y centralizadas; privilegiando estas últimas, un modelo de atención biomédico, en el que no se consideran los determinantes de la salud, que sí son privilegiados bajo un enfoque de Atención Primaria en Salud. La posibilidad de responder a las necesidades de la población está limitada por la naturaleza y dimensión de la oferta, lo que impide lograr impactos en la disminución de inequidades; siendo la oferta enmarcada bajo la modalidad de una atención primaria focalizada a través de paquetes básicos limitados, sin considerar la universalidad ni la integralidad de la atención, lo que aumenta aun más las inequidades.

C. Los Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud

1. La necesidad de renovación de la APS

En los últimos años, la Región de las Américas ha experimentado progresos significativos en materia de salud, sin embargo la sobrecarga persistente de los sistemas de salud y las desigualdades manifiestas, amenazan los logros obtenidos y ponen en peligro el progreso hacia un mayor nivel de salud y desarrollo humanos. Entre las razones que justifican el interés para la renovación de la APS se encuentran: los nuevos desafíos epidemiológicos, la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en los diferentes enfoques de la APS, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas para incrementar la efectividad de la APS, el reconocimiento creciente de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud. (OPS/OMS, 2007:2).

En atención a este contexto y a las dificultades de implementación que ha experimentado esta estrategia a lo largo de los años, se considera que para renovar la APS será necesario apoyarse en el legado de Alma Ata, aprovechar las lecciones aprendidas y experiencias acumuladas a lo largo de todo el camino recorrido para lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional y para abordar las causas fundamentales de la salud; y bajo un enfoque de *Salud y Derechos Humanos*.

2. Beneficios de los valores, principios y elementos de la APS

Los servicios de salud desempeñan un papel clave en la materialización de los valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en la APS. Los países con sistemas de salud con una sólida orientación a la APS suelen obtener resultados en salud mejores y más equitativos; son más eficientes, las intervenciones relacionadas con los servicios comunitarios; son más costo-efectivas y logran mayor satisfacción del usuario que aquellos sistemas de salud con escasa orientación hacia la APS. Por consiguiente, la APS puede ayudar a liberar recursos para atender las necesidades de salud de los individuos que se encuentran en peor situación. (OPS/OMS, 2007:12-15).

En la Región de las Américas, las experiencias de Costa Rica muestran que la reforma integral de la APS; que incluye mayor acceso, reorganización de los profesionales de la salud en equipos multidisciplinarios y mejora de la atención integral e integrada; puede mejorar los resultados en la salud de la población. (OPS/OMS, 2007:16)

Las evidencias también han demostrado que para que la APS contribuya a mejorar la salud de la población es preciso que los servicios de salud tengan una buena calidad técnica; aspecto muy relacionado con el desempeño de los recursos humanos. Esta es un área que exige mucha más atención en toda la región y que en Honduras se pretende retomar de manera inmediata en el marco del Nuevo Modelo Nacional de Salud en dos formas: fortaleciendo en los

convenios con las Unidades de Salud bajo la modalidad descentralizada la conformación de los Equipos interdisciplinarios de APS; y en las Unidades de Salud bajo la modalidad centralizada conformando estos equipos con el apoyo y dirección de estudiantes en Servicio Social de carreras de la salud de la UNAH. El documento de posición de la OPS ante la renovación de la APS (2007: 8-15) concibe valores, principios y elementos que la fundamentan:

Valores:

1. *El derecho al mayor nivel de salud posible* sin distinción de raza, género, religión, orientación política o situación económica o social. Ello implica derechos legalmente definidos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado para garantizar que los servicios de salud respondan a las necesidades de la población con eficiencia y efectividad.
2. La *equidad*, referida a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales.
3. La *solidaridad*, entendida como el grado en el que los miembros de una sociedad trabajan conjuntamente para definir y conseguir el bien común. Múltiples formas de participación ciudadana, por ejemplo organizaciones de voluntariado y sindicatos.

Principios:

1. *Dar respuesta a las necesidades de salud de la población*, significa que el interés primordial de los sistemas de salud debe basarse en las necesidades

en salud de las personas, tanto las definidas por expertos como las percibidas directamente por la población.

2. *Servicios orientados hacia la calidad*, son aquellos que además de dar respuesta a las necesidades de la población tienen la capacidad de anticiparse a dichas necesidades y de tratar a las personas con dignidad y respeto.
3. *La responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos*, trata de que se asegure que los derechos sociales se garanticen y apliquen de manera que los ciudadanos estén protegidos ante cualquier perjuicio. Se aplica a todas las funciones del sistema de salud independientemente del tipo de proveedor.
4. *La justicia social*, implica asegurar el bienestar de todos los ciudadanos, especialmente de los más vulnerables. Algunas estrategias para lograrlo incluyen; garantizar el trato a las personas con respeto y dignidad, mejorar la cobertura de los pobres, asignar recursos adicionales para satisfacer necesidades de los desfavorecidos, mejorar la educación y ayudar a los ciudadanos a conocer sus derechos y la participación de los ciudadanos en la planificación y control del sistema de salud.
5. *La sostenibilidad del sistema de salud*, se refiere a la capacidad de invertir en satisfacer las necesidades actuales de la población, al tiempo que se planifica la estrategia para combatir los desafíos de la salud del mañana,

haciendo uso de la premisa que se establezcan mecanismos como derechos de salud y deberes gubernamentales específicos y legalmente definidos.

6. *La participación social*, consiste en involucrar a los individuos como socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre e informada en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica.
7. *La intersectorialidad*, se entiende como trabajo conjunto del sector salud, con otros sectores y actores para velar por políticas públicas en pro de la salud y el desarrollo humano; se materializa al crear y mantener vínculos de trabajo con los sectores público y privado sobre la salud colectiva.

Elementos:

1. *La cobertura y el acceso universales*, son el fundamento de un sistema de salud equitativo. Implica que los mecanismos de financiación y de organización sean suficientes para cubrir a toda la población eliminando las barreras de acceso ya sean de tipo económico, geográfico, sociocultural, de organización o de género.
2. *El primer contacto*, se refiere a que la atención primaria debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta de los problemas

de salud y la solución de la mayoría de ellos. Es el principal punto de contacto entre la población y los servicios de salud.

3. *Atención integral, integrada y continua* implica que los servicios disponibles deben ser suficientes para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo para el autocuidado. Debe estar basada en un enfoque que abarque todo el ciclo de vida.
4. La *orientación familiar y comunitaria*, se refiere a que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. Emplea la perspectiva de la salud pública al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. La familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema.
5. El *énfasis en la promoción y en la prevención* es fundamental en un sistema de salud basado en al APS porque sus acciones son costo-efectivas, éticas y facultan a las comunidades e individuos para ejercer mayor control sobre su propia salud, al abordar la raíz de los determinantes de la salud.
6. *Cuidados apropiados*, se refiere a centrarse en la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud, garantizando que las intervenciones son seguras.
7. Los *mecanismos de participación activa*, garantizan la transparencia y la rendición de cuentas en todos los niveles, de manera que se faculte a que

los individuos manejen su propia salud y se estimule a las comunidades a convertirse en socios activos de sus entornos y estilos de vida saludables.

8. *Marco político, legal e institucional sólido*, para respaldar las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legales y financieros para cumplir con las funciones especificadas de la APS.
9. *Políticas y programas pro-equidad*, para reducir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir las desigualdades y velar para que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto.
10. *Organización y gestión óptimas*, que permitan la innovación para mejorar constantemente la provisión de atención de forma segura, con calidad, espacios de trabajo satisfactorios para los recursos de salud; y de respuesta a las necesidades de los ciudadanos. Incluye la planificación estratégica, la investigación operativa y la evaluación del desempeño.
11. *Los recursos humanos adecuados*, incluyen a proveedores, trabajadores comunitarios, gestores y personal de apoyo. Deben poseer los conocimientos y habilidades adecuados, observar las normas éticas y tratar a todas las personas con dignidad y respeto. Los equipos multidisciplinarios son fundamentales para el enfoque de la APS, requieren de una combinación correcta de profesionales, una definición adecuada de funciones y responsabilidades, distribución geográfica equitativa, y capacitación que maximice su contribución a los resultados de salud.

12. *Recursos adecuados y sostenibles*, debieran determinarse mediante análisis de la situación de salud basados en datos obtenidos en la comunidad para que sean acorde a las necesidades de salud y que puedan garantizar el acceso y la cobertura universales.

13. *Las acciones intersectoriales*, que son necesarias para abordar los determinantes de la salud y creando sinergias con otros sectores y actores para potenciar el desarrollo humano sostenible y equitativo.

Para efectos del presente estudio se enfatizará en la ***Intersectorialidad, Participación Social y Orientación Familiar Comunitaria***, debido a que son los principios y elementos de la APS menos implementados en los sistemas de salud tradicionales; y que tienen repercusión en el logro de otros principios y elementos. Además debido a que son los elementos esenciales para la implementación de un sistema de salud descentralizado.

3. Sistemas de salud basados en APS

En el documento *Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS (OPS/OMS, 2008a:13)* se establece que un sistema basado en la APS implica un enfoque amplio construido sobre la base de lecciones aprendidas y la identificación de valores esenciales para establecer las prioridades nacionales y evaluación de los logros; principios que otorgan los cimientos para las políticas de salud y para la operación del sistema de salud. Los elementos de un Sistema de Salud basado

en APS son los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios.

Dentro de estos sistemas se deben crear y fortalecer los Equipos de Atención Primaria (EAP), los cuales deben ajustarse a las características concretas del sistema y a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad en donde tendrán su accionar. Además es necesario que los EAP asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales para un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacidad técnica de los profesionales que integran los equipos.

El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo en la construcción técnica y política y social del cambio del trabajo en salud para la aplicación de un nuevo modelo de atención.

D. Competencias de los Recursos Humanos en Salud

1. Importancia de los Recursos Humanos en la implementación de los modelos de gestión y atención

El tema de los recursos humanos ha estado por mucho tiempo ausente de las agendas de las reformas del sector salud en la mayoría de los países de la región, sin embargo a partir de la necesidad de establecer Sistemas de Salud basados en la APS, éstos se deben apoyar en los recursos humanos apropiados para lograr su objetivo de convertirse en Sistemas de Salud equitativos, de calidad y con amplia cobertura. Dentro de los recursos

humanos en salud se incluyen: los proveedores de servicios de salud, los trabajadores comunitarios, los gestores y el personal administrativo; si bien todos los recursos humanos del Sistema de Salud forman parte de la estrategia de APS, los del primer nivel de atención son la parte esencial y sobre la que se conoce más su composición (OPS/OMS, 2008a:11).

Las competencias de los profesionales de la salud deben estar acorde a los elementos esenciales que definen los Sistemas de Salud basados en la APS y por tanto, deben permitir dar respuesta a las situaciones planteadas en todas las áreas de la misma. En el proyecto de investigación "*Competencias en Atención Primaria en Salud Honduras 2010*", presentado ante DICU-UNAH, Alduvín (2010:10), señala que las exigencias actuales que se demanda a los recursos humanos de los servicios de salud en un proceso de reforma van en dos líneas: 1) *competencias para asumir los nuevos modelos de gestión, incluyendo la descentralización*, y 2) *competencias para dar vida a un modelo de atención basado en APS*.

Según el documento *La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria en Salud* (OPS/OMS, 2008b:6), para la definición de las competencias de los equipos de salud, que permita la preparación del personal de salud que requieren los sistemas de salud basados en la APS, se debe pensar en un mayor volumen de profesionales capacitados en atención primaria, en recursos humanos de acuerdo a las necesidades de la población, en la capacitación de

los recursos humanos acorde a las necesidades de salud; y hacerse de forma permanente. También deben caracterizarse las capacidades del personal, en base a un perfil de competencias, que permita su ajuste a una labor específica pero con abordaje integral. Por último, deben desarrollarse políticas y mecanismos que garanticen las condiciones adecuadas de trabajo y el mejor desempeño del personal de salud.

2. El enfoque de Competencias

Irigoin (2002:45) señala que las competencias se definen como:

“una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno de los recursos humanos en diversos contextos y son concebidas como un componente básico e indispensable para una adecuada gestión de los recursos humanos”.

En el documento Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS (OPS/OMS 2008a:18), se establece que:

“las competencias constituyen en la actualidad una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación”

Los estudios de competencias de los recursos humanos, son considerados la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de salud. Se realizan para comprender mejor por qué los recursos humanos actúan de la manera que lo hacen y así, desarrollar de forma más

eficaz los programas sanitarios. Los conocimientos, experiencias, la influencia social, los hábitos, la autoconfianza, la motivación, las actitudes y las posibilidades de cambio tanto de los usuarios como de los prestadores de servicios de salud, han sido identificados como determinantes del comportamiento de la salud.

El conocimiento representa un conjunto de cosas conocidas (*saber*); incluye la capacidad de representarse y la propia forma de percibir. El grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en los que son necesarios realizar esfuerzos en materia de información y educación.

Por otra parte, **la actitud** es una forma de ser, una postura de tendencias, de "disposiciones a querer hacer " (*ser*). Se trata de una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación. Permite explicar cómo un sujeto sometido a un estímulo adopta una determinada práctica y no otra.

Por último, **las prácticas, habilidades o los comportamientos** son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto concreto, es la acción (*saber hacer*).

3. Competencias de los Recursos Humanos en APS

De acuerdo a lo descrito en el documento La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud, (OPS/OMS, 2008b:5):

“entre los elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS están los recursos humanos, quienes deben poseer los conocimientos y habilidades adecuados, además de observar las normas éticas y tratar a las personas con dignidad y respeto”.

La aplicación de la APS requiere que se generen condiciones para el desarrollo de los recursos humanos, que ponga énfasis en la calidad y el mejoramiento continuo, el desarrollo de competencias apropiadas para la APS, el desarrollo de equipos multidisciplinarios; y la promoción de la investigación, entre otras.

La falta de una adecuada formación de los recursos humanos en APS provoca que la prestación de servicios en todos los niveles, siga orientada a dirigir los esfuerzos exclusivamente a la atención del daño mediante la entrega de un mismo paquete básico de servicios, tanto en las actividades intramuros como en las actividades extramuros de las Unidades de Salud.

Los aspectos más críticos en cuanto a RRHH, son la falta de caracterización de la fuerza de trabajo, especialmente el diagnóstico de las necesidades de personal, así como la negociación con entidades formadoras, con otras entidades del Estado y con la sociedad civil para construir una política nacional en esta materia. Se destaca también la falta de evaluación del desempeño del personal que trabaja en salud pública y la falta de estabilidad, incentivos y educación continua.

El documento La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud, (OPS/OMS, 2008b:5), señala que:

“los recursos humanos son el componente esencial de los sistemas de salud, pero están inadecuadamente preparados para trabajar en contextos basados en APS. Los complejos problemas que se observan en cuanto al personal de salud deben ser abordados a través de políticas de largo plazo, sostenibles e integrales, orientados no solamente a la superación de los tradicionales desajustes entre educación y servicios, sino también a resolver problemas de la migración, el

pluriempleo/desempleo, de la carrera funcionaria y del logro de la competencia laboral”.

En el proyecto de investigación sobre Competencias en Atención Primaria en Salud citado anteriormente, Alduvín (2010:10) señala que producto del trabajo conjunto entre representantes de la SESAL y la UNAH se ha llegado a identificar el problema de indefinición de competencias en Atención Primaria en Salud de los RRHH de la Secretaría de Salud, en Unidades de Salud con Modelos de Gestión centralizados y descentralizados que coexisten en la actualidad. Sin embargo, ni la SESAL ni la UNAH tienen protocolos de atención en APS; herramientas indispensables para orientar y medir el cumplimiento de las competencias de los recursos humanos para dicha estrategia.

Habiendo identificado la problemática de inadecuada formación y desempeño de los Recursos Humanos en APS, se pretende solucionarla mediante la implementación de cambios que la reforma sectorial ha demandado en el marco de las necesidades y programaciones que se han realizado para la gestión y planificación del sistema de salud materializado en el nuevo Modelo Nacional de Salud en vigencia desde mayo 2013 y también para el cumplimiento del Decreto Ejecutivo PCM 025-2012 a través del Convenio Marco entre la SESAL, UNAH y otras instituciones involucradas.

E. Contexto del estudio

1. Situación Socioeconómica y de salud de Honduras

Honduras se encuentra ubicada justo al medio de Centro América. Tiene una extensión territorial de 112,492 Kms² con una población estimada para el 2014 de 8,725,111 habitantes, con una densidad poblacional de 73 personas por kilómetro cuadrado y una proporción de hombres de 49.43% y 50.57% de mujeres. El tamaño de la población hondureña experimentó un rápido crecimiento en las últimas décadas, de acuerdo a los datos de los últimos censos de población y vivienda realizados en el país. Este ritmo de crecimiento constituye un desafío en materia de implementación de políticas sociales para hacerle frente a la satisfacción de necesidades básicas de esta población.

De acuerdo al reporte de Desarrollo Humano (PNUD, 2013:143), Honduras se ubica en el puesto 120, de 186 países, con IDH de 0.632, representando desarrollo humano medio; entre El Salvador (107) y Nicaragua (129); y por debajo de Costa Rica (62) y Panamá (59). Según el IDH de Honduras (2009:288), Francisco Morazán presentó un IDH 0.732, mayor que el promedio nacional. La variabilidad intramunicipal es grande, de 0.759 para el municipio del Distrito Central y 0.511 para el municipio de Curarén.

Según datos del informe sobre Desarrollo Humano Honduras 2011 (PNUD. 2011:48-53), el país presenta un porcentaje de ingreso total de 2.4% para el quintil inferior de riqueza y un 40.6% para el quintil superior; el porcentaje de adultos con al menos educación secundaria es de 3.2% en el

quintil de riqueza inferior, en tanto que es de 81.6% en el quintil de riqueza superior. La desnutrición crónica en la niñez para el quintil de riqueza inferior es de 43.2%; en tanto que es de 5% para el quintil de riqueza superior. Estas cifras son elocuentes en relación a los altos niveles de inequidad y exclusión prevaletentes en Honduras.

La esperanza de vida al nacer es de 72 años, una pirámide poblacional que revela una población joven; según la ENDESA 2011-2012, con una tasa de mortalidad general de 5 por mil y una tasa global de fecundidad de 2.9 hijos por mujer, un importante descenso comparado con la tasa global de fecundidad de 3.8 hijos por mujer en la ENDESA 2005-2006. La Tasa de Mortalidad Infantil es de 24 por mil nacidos vivos; en tanto que los índices de cobertura nacional de vacunación con los biológicos, según los últimos datos disponibles de la Secretaría de Salud, se ubica arriba de 90%.

Nuestro país está actualmente en una transición epidemiológica, en la que coexisten enfermedades endémicas de tipo infeccioso, parasitario y vectorial, con las llamadas enfermedades emergentes como el VIH/SIDA; lesiones, accidentes, enfermedades crónicas degenerativas y las reemergentes como la tuberculosis y la malaria.

2. Caracterización del área de estudio

Los 27 municipios del área rural del Departamento de Francisco Morazán que conforman la Región Sanitaria del mismo nombre, tienen una población

conjunta de 319,888 habitantes. La topografía de la región sur de Francisco Morazán es de relieve irregular, predominando los cerros; las pendientes van de 30% a 70%, dificultando la apertura de caminos. En general estos municipios tienen dificultades en su acceso geográfico debido al mal estado de sus carreteras, especialmente en la época de lluvias. En general, al menos el 90% de estas comunidades carecen de un servicio diario y regular de transporte público.

El proceso de descentralización se inició en el año de 2004 con la Fundación La Caridad que incluyó dos unidades de salud, cubriendo una población aproximada de ocho mil habitantes en 18 comunidades del municipio de Cedros. Los municipios de Curaren con seis unidades de salud y Alubarén con dos, entran a este proceso en mayo de 2008, más tarde en 2010 se incluye la CMI de Reitoca y en el año 2012 se incorpora todo el municipio de Reitoca con sus cinco unidades de salud. El modelo descentralizado en los municipios del sur de Francisco Morazán está bajo la responsabilidad del gestor Child Fund. A la fecha, aproximadamente el 14% de la población de toda la Región está bajo la cobertura de gestión descentralizada.

El patrimonio productivo es a través del cultivo de granos básicos (maíz y frijoles) además del maicillo. La cantidad de alimento disponible en granos básicos es insuficiente para cubrir las necesidades alimentarias de las familias. Algunas familias completan los requerimientos de maíz consumiendo maicillo.

En cuanto a la vivienda, alrededor del 80% de la población de estos municipios vive en casas donde sus paredes son de adobe o de bahareque, piso de tierra y el techo es variado como ser paja, teja o zinc, lo cual se convierte en riesgo para enfermedades de transmisión vectorial.

De acuerdo a los resultados de la ENDESA 2011-2012, solo el 2.3% de la población del área rural de Francisco Morazán tiene acceso a agua con tubería instalada dentro de su vivienda; el resto obtienen agua de otras fuentes tales como: pozos, quebradas y nacimientos. Asimismo la disposición adecuada de excretas (sanitario conectado a alcantarillado, a pozo séptico o letrina con pozo simple) está reducido a solo el 57.6% de la población.

El perfil epidemiológico de la zona varía en función de la localidad geográfica; sin embargo, predominan en las áreas más rurales padecimientos de índole respiratoria, del aparato digestivo y desnutrición. Además cada vez es más común encontrar patologías de carácter crónico degenerativo, como diabetes e hipertensión arterial. Asimismo, se han conocido y tratado casos por infección del VIH/SIDA, Tuberculosis y enfermedades vectoriales, como leishmaniasis, dengue, chagas y malaria.

Actualmente, en tres de los municipios del sur de Francisco Morazán funciona el Modelo de Gestión Descentralizado: Curaren, Alubarén y Reitoca, este último funcionaba bajo la modalidad centralizada al momento del estudio. El municipio de Curaren está ubicado al sur del departamento con una extensión territorial

de 307.642 Km² y una densidad poblacional de 62.47 habitantes por Km²; tiene una población de 20,120 habitantes y es uno de los municipios más pobres a nivel nacional. Allí existen seis Unidades de Salud: CESAMO “Curaren”, CESAMO “San Marcos”, CESAMO “Caragual”, CESAR “La Cuchilla”, CESAR “Lodo Negro” y CESAR “El Portillo”.

El municipio de Alubarén tiene una población de 5,543 habitantes; allí se encuentran el CESAMO “Alubarén” y el CESAR “Los Tablones”. El tercer municipio, Reitoca cuenta con una población de 11,169 habitantes, encontrándose allí el CESAMO “Reitoca”, CESAR “Santa Cruz”, CESAR “Cerro del Señor”, CESAR “Azacualpa”, CESAR “La Guadalupe” y la CMI “Reitoca”. Esta última provee servicios de atención de partos de bajo riesgo y emergencias a los municipios de Reitoca, Curarén y Alubarén. Y en menor grado a los municipios de San Miguelito y La Libertad.

Los municipios que forman parte del estudio y que actualmente funcionan bajo el Modelo Centralizado son: Sabanagrande con una población de 17,066 habitantes y con tres Unidades de Salud: CESAMO “Sabanagrande”, CESAR “La Ceiba” y CESAR “Nanzales”; el municipio de San Miguelito con 1,883 habitantes donde solamente existe un CESAMO del mismo nombre; y el municipio de La Libertad con una población de 2,987 habitantes y dos Unidades de Salud: CESAMO “La Libertad” y el CESAR “Jicarillo”.

IV. HIPOTESIS

Los recursos humanos que se desempeñan en las unidades de salud descentralizadas, tienen niveles de competencias –*conocimientos y actitudes*– diferentes para el desarrollo de un modelo de atención basado en *Atención Primaria en Salud*, en comparación con los recursos humanos que se desempeñan en las unidades de salud centralizadas, independientemente de la formación que tengan los mismos.

V. METODOLOGIA

Es un estudio *cuantitativo, transversal y correlacional* porque usa una recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y correlaciones entre los conocimientos y actitudes del recurso humano institucional en un sistema de salud basado en APS, se midieron las variables en las unidades seleccionadas en el periodo comprendido de noviembre 2010 a marzo 2011. Se analizaron y compararon los conocimientos y actitudes de profesionales de diferentes disciplinas en cada una de las unidades de salud de los modelos centralizado y descentralizado.

El universo lo constituyen los recursos humanos de las Unidades de Salud con modelo de gestión centralizado de los municipios de Reitoca, San Miguelito, La Libertad y Sabanagrande; y descentralizado de los municipios de Curarén y

Alubarén en el sur del departamento de Francisco Morazán. En todas estas Unidades de Salud laboran 60 trabajadores de salud de diferentes disciplinas (Médicos, Licenciadas en Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Técnicos en Salud Ambiental). 30 de estos trabajadores de salud corresponden al modo de gestión descentralizado y 30 corresponden al modo de gestión centralizado.

En el momento del estudio, en la región de Francisco Morazán estaban adscritos al modelo de gestión descentralizado dos US del municipio de Cedros y la totalidad de las US de los municipios de Alubarén y Curarén. Debido a la factibilidad de brindar mayor apoyo logístico por parte de la región para el traslado y estadía de la investigadora, se decidió incluir en el estudio solo los trabajadores de salud de las disciplinas ya mencionadas, de los municipios de Alubarén y Curarén bajo la modalidad descentralizada.

Los criterios de inclusión para los trabajadores de salud del *modelo centralizado* fueron: 1) Unidades de Salud con más de un año funcionando; 2) Tener el mismo nivel de complejidad, en este caso, en todos los municipios existen Unidades de Salud tipo CESAMO y tipo CESAR; 3) Tener una población similar asignada, tanto en número como en nivel socioeconómico; 4) Tener similares condiciones de acceso para la población; 5) Tener similares indicadores de salud.

Las US *centralizadas* que se tomaron para el estudio son: en el municipio de Sabanagrande: CESAMO “Sabanagrande”, CESAR “La Ceiba” y CESAR “Nanzales”. En el municipio de San Miguelito el CESAMO del mismo nombre;

en el municipio de La Libertad dos Unidades de Salud: CESAMO “La Libertad” y el CESAR “Jicarillo”. En el municipio de Reitoca se incluyeron el CESAMO “Reitoca”, CESAR “Santa Cruz”, CESAR “Cerro del Señor”, CESAR “Azacualpa” y CESAR “La Guadalupe”.

En tanto que las US *descentralizadas* que se incluyeron en el estudio son: en el municipio de Curarén, el CESAMO “Curarén”, CESAMO “San Marcos”, CESAMO “Caragual”, CESAR “La Cuchilla”, CESAR “Lodo Negro” y CESAR “El Portillo”; y en el municipio de Alubarén el CESAMO “Alubarén” y el CESAR “Los Tablones”.

La recolección de la información se realizó mediante dos técnicas de investigación, acordes al objeto de estudio: *competencias*, que en este caso se operacionaliza en dos dimensiones: *conocimientos* y *actitudes* sobre los principios y elementos de Atención Primaria en Salud: *Orientación Familiar y Comunitaria, Participación Social e Intersectorialidad*.

Para la medición de *conocimientos*, se utilizó la técnica de *encuesta*, a través de la aplicación de un *cuestionario* a un total de 60 participantes; 30 de las unidades de salud bajo la modalidad de gestión centralizada y 30 participantes de las unidades de salud bajo la modalidad de gestión descentralizada. El cuestionario se elaboró con 48 preguntas tanto abiertas como cerradas. Las primeras 13 preguntas indagaron las características generales de los

entrevistados, de la pregunta número 14 a la pregunta número 17 se indagaron conocimientos generales en Atención Primaria en Salud.

De la pregunta número 18 a la pregunta número 33 se indagó sobre los conocimientos en *orientación familiar y comunitaria*, en tanto que de la pregunta número 34 a la pregunta número 43 fueron destinadas a indagar conocimientos sobre *participación social*; para finalizar, de la pregunta número 44 a la pregunta número 48 se indagó sobre los conocimientos en *intersectorialidad*. (Ver Anexo No. 2. "Cuestionario sobre Conocimientos en Atención Primaria en Salud").

Para la medición de *actitudes* de los recursos humanos, se utilizó la *Escala de Diferencial Semántico de Osgood*. (Osgood, C., Suci, G., Tannenbaum, P. 1957). Esta técnica de investigación consiste en medir la actitud del entrevistado hacia una situación, mediante la formulación de un enunciado y presentarle adjetivos calificativos de dimensiones opuestas o bipolares en una escala. Los entrevistados señalan con una X en dicha escala entre los dos términos opuestos el lugar en el cual consideran su posición hacia los adjetivos en relación al tema de investigación. Cuanto más cerca esté de un extremo, más fuerte será su posición al respecto. La ventaja de la técnica desarrollada por Osgood respecto de otras escalas de medición de actitudes, es que profundiza más en el significado de las actitudes investigadas, de allí lo de 'semántica'.

El instrumento constó de 25 preguntas y comprendió en la parte introductoria de trece preguntas relacionadas con los datos generales del entrevistado; y en el cuerpo del instrumento 12 reactivos que recogen las actitudes de los entrevistados hacia los principios y elementos de la APS: *orientación familiar y comunitaria, participación social e intersectorialidad*. (Ver Anexo No. 3. “Escala de Diferencial Semántico sobre Actitudes para la Atención Primaria en Salud”).

La Región Sanitaria No. 8 apoyó con logística (vehículo y combustible), la DICU-UNAH aportó L 1,000.00 para reproducción de instrumentos y gastos de viaje del motorista. La investigadora con fondos propios se desplazó a aplicar los instrumentos en las unidades de salud seleccionadas. Igualmente, la investigadora realizó el trabajo de tabulación y digitación de la información en la base de datos.

Para el procesamiento y análisis de la información de las competencias de los recursos humanos en APS se crearon dos bases de datos con el programa de análisis estadístico SPSS versión 19, una para la variable *conocimientos* y otra para la variable *actitudes*. Con el objetivo de facilitar y estandarizar el ingreso de la información en las bases de datos, se elaboraron también dos libros de códigos en base a documentos consultados sobre bibliografía relacionada con el tema de valores, principios y elementos de la APS.

Se realizó análisis univariable y bivariable para comparar la variable independiente (modo de gestión) y las variables dependientes estudiadas (conocimientos y actitudes en APS). Para realizar el análisis paramétrico se trabajó en tablas de contingencias para aplicar las pruebas estadísticas de significancia y el tipo de estadígrafo que se utilizó en este caso fue el análisis de varianza ANOVA que es una prueba estadística para evaluar el efecto de dos o más variables independientes sobre una variable dependiente (prueba de contraste de medias). Dichos resultados fueron tabulados y se ilustran en forma de gráficos y tablas en el capítulo de resultados.

Definición de variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES DE LA VARIABLE	INDICADORES
Modelo de Gestión	Centralizado	Unidades de salud con modelo de gestión centralizado
	Descentralizado	Unidades de salud con modelo de gestión descentralizado

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES DE LA VARIABLE	INDICADORES
Conocimientos en Atención Primaria en Salud	Atención familiar y comunitaria	Capacitaciones recibidas.
		Diagnóstico de salud familiar.
		Diagnóstico de salud comunitario.
		Identificación de comunidades en riesgo.
		Intervenciones en comunidades en riesgo.
		Elementos para el ASIS.
	Intersectorialidad	Identificación de actores intersectoriales.
		Participación de actores en la planificación.
		Mecanismos de comunicación efectiva.
	Participación social	Identificación de actores comunitarios.
		Acciones con actores comunitarios.
		Planificación de acciones comunitarias.
		Organización comunitaria.
		Participación de la comunidad en los servicios de salud.

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES DE LA VARIABLE	INDICADORES
Actitudes sobre Atención Primaria en Salud	Atención familiar y comunitaria	Visitas comunitarias.
		Promoción de la Salud en bajo nivel educativo.
		Educar a las madres de familia
		Educar a los padres de familia.
	Intersectorialidad	Promoción de la Salud en escuelas y colegios.
		La gestión de recursos.
		Educar y trabajar con miembros de la comunidad.
		Planificar conjuntamente con las instituciones y organizaciones comunitarias.
	Participación social	Participar en reuniones comunitarias.
		Que los integrantes de la comunidad seleccionen y planifiquen acciones de promoción de la salud.
		Capacitar a miembros de la comunidad.
		Participación de las organizaciones comunitarias en el monitoreo y evaluación.

VI. RESULTADOS

Los resultados del estudio se presentan en primer lugar en forma descriptiva, seguido del análisis mediante la asociación de variables.

El capítulo dispone de tres apartados: A. Caracterizaciones de las *Unidades de Salud* y de los *Recursos Humanos entrevistados*; B. Conocimientos sobre los principios y elementos de Atención Primaria en Salud estudiados: *Orientación Familiar y Comunitaria, Participación Social e Intersectorialidad*; C. Actitudes sobre los principios y elementos de la APS estudiados: *Orientación familiar y Comunitaria, Participación Social e Intersectorialidad*.

A. Caracterizaciones

1. Caracterización de las Unidades de Salud

De las 19 unidades de salud (US) seleccionadas, 11 son Centros de Salud Rural, CESAR (57.89%) de los cuales 7 corresponden al modelo centralizado y 4 corresponden al modelo descentralizado; y 8 son Centros de Salud con Médico, CESAMO (42.11%), de los cuales 4 pertenecen al modelo centralizado y 4 pertenecen al modelo descentralizado.

En cuanto a la situación de recursos humanos y población asignada a las US, se ilustra en la siguiente tabla:

Tabla No. 1 Población bajo responsabilidad de la Unidad de Salud y Número de recursos humanos asignados

NÚMERO DE RECURSOS HUMANOS EN LA UNIDAD DE SALUD	POBLACIÓN BAJO RESPONSABILIDAD DE LA UNIDAD DE SALUD						Total RRHH /US
	Hasta 1,000	1,001 a 2,000	2,001 a 3,000	3,001 a 4,000	4,001 a 6,000	12,001 y más	
Uno	CESAR Santa Cruz		1				1
	CESAR La Guadalupe		1				1
	CESAR Cerro del Señor		1				1
	CESAR Azacualpa		1				1
	CESAR Jicarillo		1				1
	CESAR La Ceiba			1			1
	CESAR Nanzaes	1					1
Dos	CESAMO La Libertad		2				2
	CESAR Tablones			2			2
	CESAR La Cuchilla			2			2
	CESAR El Portillo			2			2
Tres	CESAR Lodo Negro			3			3
Cuatro	CESAMO San Miguelito		4				4
	CESAMO San Marcos de Curarén					4	4
	CESAMO Caragual				4		4
Cinco	CESAMO Alubarén				5		5
Más de cinco	CESAMO Reitoca				8		8
	CESAMO Curarén					8	8
	CESAMO Sabanagrande					9	9
TOTAL							60

Se observa que siete US cuentan solamente con una auxiliar de enfermería, todos CESAR del modo de gestión centralizado. En los CESAR del modelo de gestión descentralizado se ha asignado una auxiliar de enfermería y un promotor de salud. Es notorio que a diferencia de las US bajo el modelo de

gestión centralizado, las US bajo el modelo de gestión descentralizado no se cierran por vacaciones o incapacidades, ya que existe una auxiliar de enfermería itinerante en cada municipio. La población asignada a los CESAR adscritos a ambos modelos de gestión es en promedio de 1,000 a 3,000 habitantes.

En relación a los CESAMOS, la situación es atípica ya que va desde la asignación de dos auxiliares de enfermería, sin médico (CESAMO La Libertad), hasta más de 5 trabajadores de salud (Curarén, Reitoca y Sabanagrande). La población asignada en los CESAMOS varía desde 2,000 (La Libertad y San Miguelito) hasta más de 12,000 habitantes (Sabanagrande).

En cuanto al puesto o cargo de los 60 entrevistados, siete se identificaron como directores de la US (médicos), un médico asistencial, diez como encargados de la US (auxiliares de enfermería), tres como supervisoras (enfermeras profesionales), veintiséis como auxiliares de enfermería y trece promotores de salud.

En cuanto a la profesión de los recursos entrevistados en las Unidades de Salud de ambos modelos de gestión: 8 son médicos, que del total de entrevistados corresponden al 13.3%; 3 enfermeras profesionales, que correspondientes al 5%; 36 auxiliares de enfermería, que representan el 60% y 13 técnicos en salud ambiental o promotores de salud, representando el 21.7%.

En la siguiente tabla se presenta la distribución de los entrevistados por disciplina y modo de gestión:

Tabla No. 2. Profesión de los entrevistados según modelo de gestión de la Unidad de Salud en que laboran

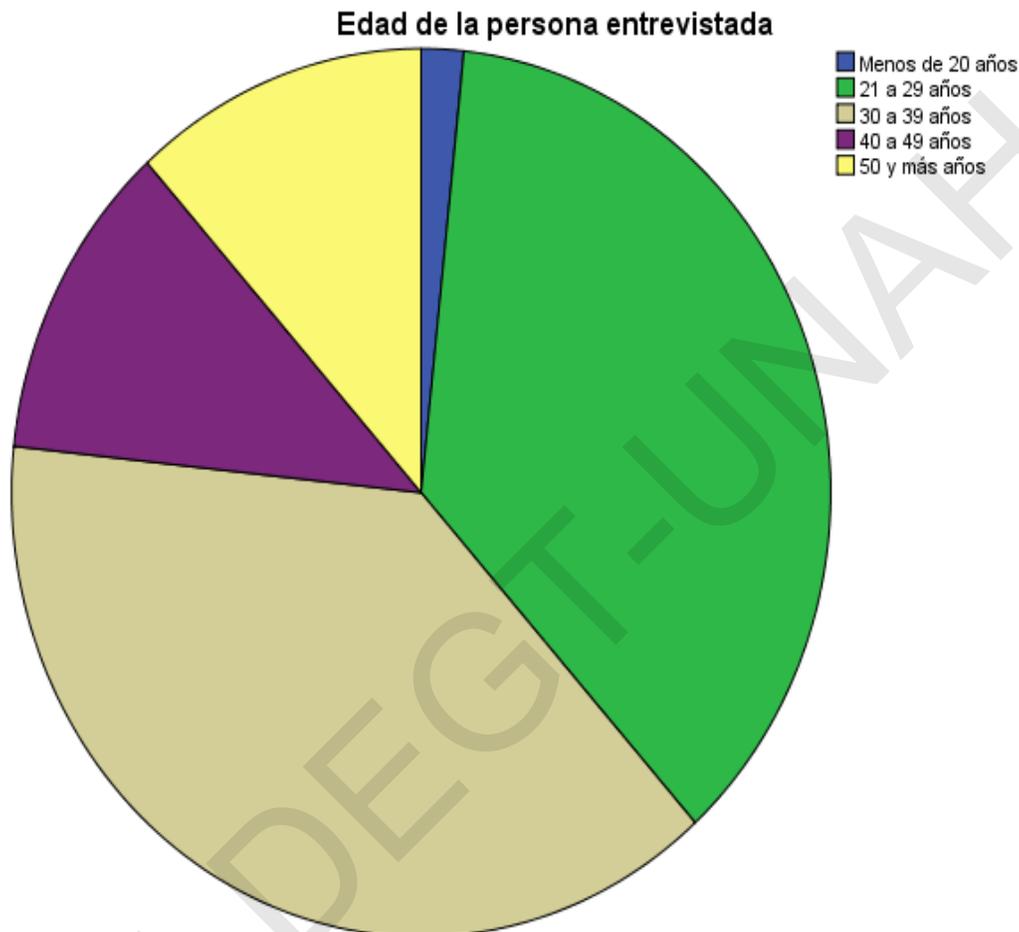
MODO DE GESTIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD	PROFESIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA				TOTAL
	MÉDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	PROMOTOR EN SALUD	
Centralizado	4	2	20	4	30
Descentralizado	4	1	16	9	30
Total	8 (13.3%)	3 (5%)	36 (60%)	13 (21.7%)	60 (100%)

La proporción de trabajadores de salud por disciplinas entre los diferentes modos de gestión se reparten de manera similar. No obstante, se observa que las US descentralizadas destinan más personal promotor de salud para labores de promoción y actividades de campo ya que en todas sus US tienen este tipo de personal asignado.

2. Caracterización de los Recursos Humanos entrevistados

Del total de entrevistados de ambos modelos de gestión, el 36.7% son hombres y el 63.3% son mujeres.

En el siguiente gráfico se presenta la caracterización por edad del total de recursos humanos entrevistados de ambos modelos.

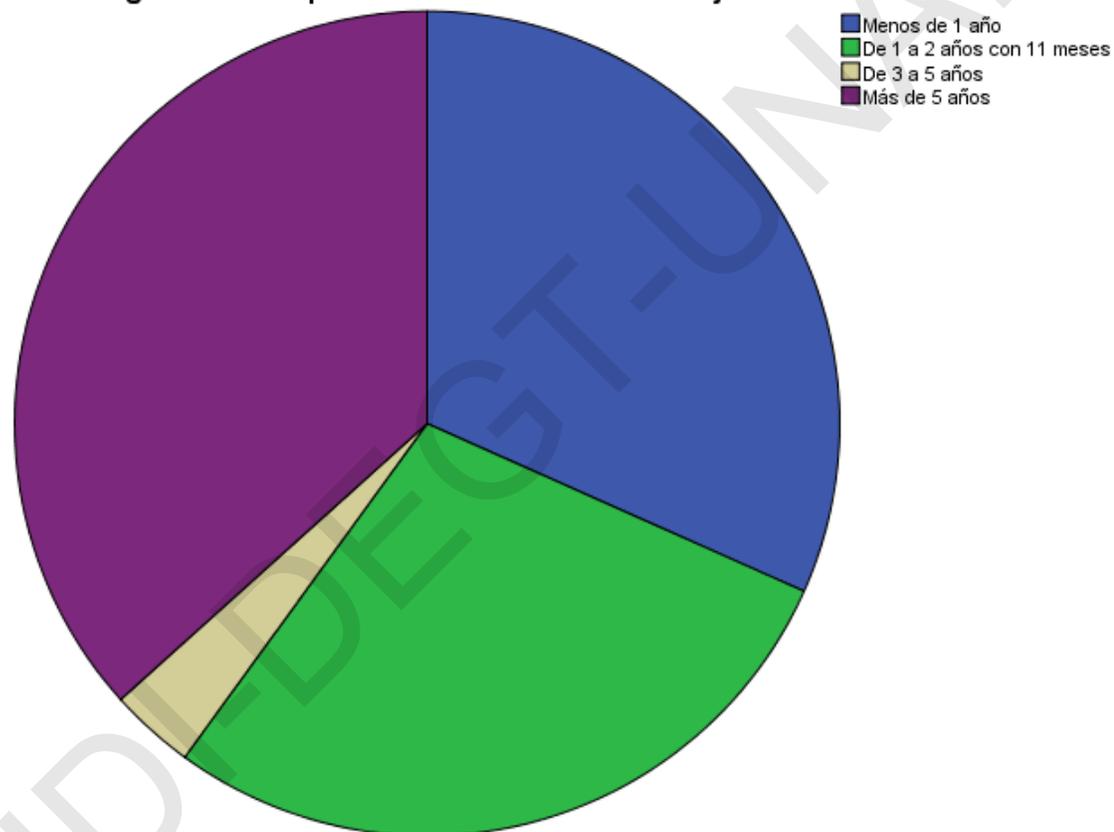
Grafico No. 1 Distribución por edades de las personas entrevistadas

La distribución por rangos de edad de los entrevistados fue de 1.7% de menores de 20 años; 36.7% entre 20 y 29 años; 38.3% entre 30 y 39 años; un 11.7% entre 40 y 49 años; y el restante 11.7% de mayores de 50 años. Cabe mencionar que la mayoría los trabajadores de salud (75%) están en las edades comprendidas entre 20 a 39 años, edad en la que se pueden aprovechar al máximo sus potencialidades para mejorar sus conocimientos y actitudes.

Otro de los aspectos importantes a caracterizar de los recursos humanos es la antigüedad en la US; la que se presenta a continuación:

Grafico No. 2 Antigüedad de los recursos humanos entrevistados

Antigüedad de la persona entrevistada de trabajar en la Unidad de Salud



En relación con la antigüedad de los trabajadores de salud en las US en que laboran al momento del estudio, la distribución fue de un 31.7% con menos de un año de laborar; un 28.3% de entre uno y tres años de laborar; el 3.3% entre 3 y 5 años de antigüedad; y un 36.7% con más de cinco años de laborar.

B. Conocimientos sobre los elementos y principios de Atención Primaria en Salud estudiados

1. Conocimientos generales de la APS

Del total de trabajadores entrevistados de ambos modelos de gestión, el 43.4% conceptualizó APS como: *Un modelo de atención, una estrategia de atención con valores y principios, la provisión de servicios en un paquete básico, servicios diseñados para población del área rural, servicios diseñados para población de escasos recursos, el "primer contacto" de atención.* En tanto que el 56.6% no contestó o brindó hasta dos respuestas, calificado como bajo nivel de conocimientos.

En relación a los conocimientos generales de APS, según la variable sexo de los entrevistados, el grupo que no respondió o que brindó hasta dos respuestas, fue el 54.5% de los hombres en comparación con el 57.8% de las mujeres; en tanto que el 45.5% de los hombres y el 42.2% de las mujeres brindaron hasta seis respuestas correctas no sinónimas.

Tomando en cuenta la edad de los entrevistados y la antigüedad en la US y relacionándolo con los conocimientos de APS, no se observó ninguna variabilidad ya que de todos los grupos brindaron respuestas tanto erróneas como correctas en similares proporciones.

Es importante comparar las diferencias en el nivel de conocimientos de la Atención Primaria en Salud de los entrevistados en base a dos variables importantes, modo de gestión y profesión; en cuanto a la primera, se observó que el 66.6% de los entrevistados del modelo de gestión descentralizado no respondieron o brindaron hasta dos respuestas, en comparación con el 46.6% de los entrevistados del modelo de gestión centralizado; en función de la profesión se observó que los médicos demostraron excelente nivel de conocimientos en APS brindando el 100% entre cuatro a seis respuestas correctas no sinónimas; sin embargo solo el 50% de las enfermeras profesionales brindaron hasta cuatro respuestas correctas no sinónimas, siendo notorio que ambos son profesionales de nivel universitario.

En cuanto al personal técnico, 24 auxiliares de enfermería (66.6%) y nueve promotores de salud (69%), no respondieron o brindaron hasta dos respuestas correctas; el resto de auxiliares de enfermería (33.4%) brindaron en promedio de dos a seis respuestas correctas no sinónimas, en tanto que el resto de los promotores de salud (31%) brindaron hasta cuatro respuestas correctas no sinónimas.

A continuación se presentan una tabla en la cual se muestran los conocimientos de los entrevistados de manera comparativa por modelo de gestión y por profesión.

Tabla No. 3 Comparación porcentual del nivel de Conocimientos de los entrevistados en Atención Primaria en Salud según profesión y modelo de gestión

APS: Un modelo de atención, Una estrategia de atención con valores y principios, La provisión de servicios en un paquete básico, Servicios diseñados para población del área rural, Servicios diseñados para población de escasos recursos, El "primer contacto" de atención.								
PROFESIÓN DEL ENTREVISTADO	MÉDICO		ENFERMERA PROFESIONAL		AUXILIAR DE ENFERMERÍA		PROMOTOR DE SALUD	
	Desc.	Cent	Desc.	Cent	Desc.	Cent	Desc.	Cent
No responde o lo hace de forma equivocada	0	0	0	0	25%	15%	22%	0
Hasta dos respuestas correctas no sinónimas	0	0	100%	0	50%	45%	56%	50%
Hasta cuatro respuestas correctas no sinónimas	75%	75%	0	100%	25%	35%	22%	50%
Hasta 6 respuestas correctas no sinónimas	25%	25%	0	0	0	5%	0	0
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Al comparar los conocimientos de los entrevistados por profesión y modelo de gestión sobre el concepto general de APS, no se observaron variaciones en las respuestas de los médicos en función del modo de gestión de la US en la cual laboran; es decir, el 100% de los médicos de ambos modos de gestión contestaron de manera correcta brindando entre cuatro a seis respuestas correctas no sinónimas; sin embargo en los otros profesionales de salud si se

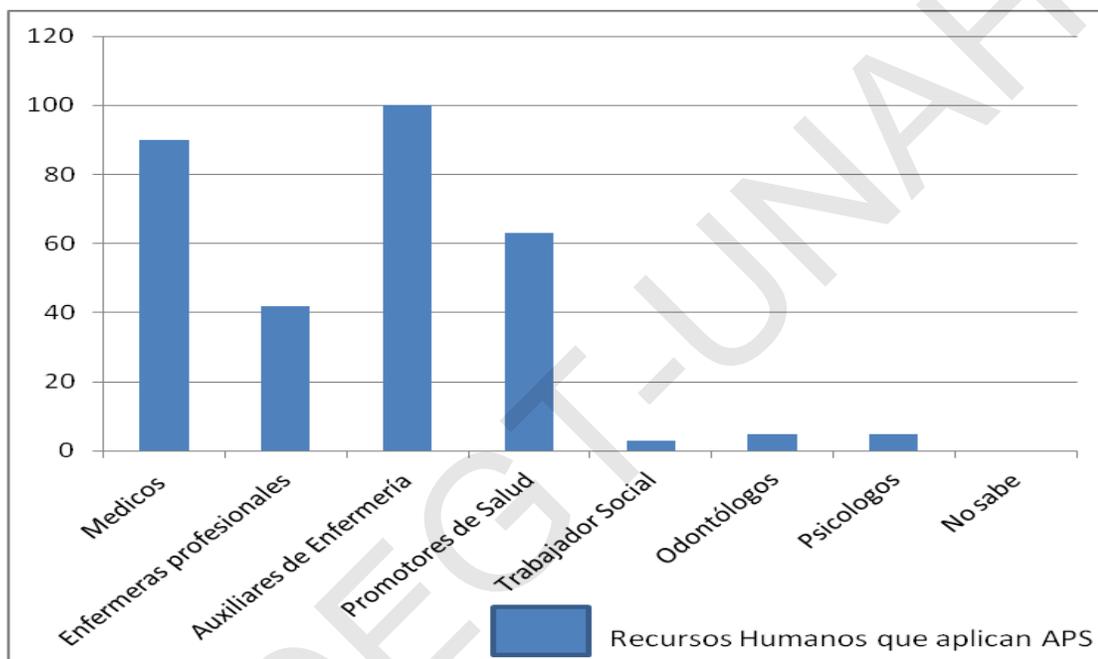
observan diferencias: las enfermeras profesionales del modelo centralizado dieron mejores respuestas (cuatro respuestas correctas no sinónimas) que las que laboran en el modelo descentralizado que brindaron solamente hasta dos respuestas correctas lo cual se considera un nivel bajo de conocimientos.

En cuanto a las auxiliares de enfermería, el 40% de las que laboran en el modelo centralizado brindaron en promedio de cuatro a seis respuestas correctas no sinónimas, en tanto que el 25% de las auxiliares de enfermería que laboran en el modelo de gestión descentralizado brindaron hasta cuatro respuestas correctas no sinónimas. Los promotores de salud del modelo centralizado presentaron mejor nivel de conocimientos ya que el 50% brindó hasta cuatro respuestas correctas no sinónimas, en comparación con solo el 22% de los promotores que laboran en el modelo descentralizado.

En cuanto al conocimiento sobre el concepto general de la APS, se observó una diferencia significativa al 0.002 entre los participantes de las diferentes profesiones: médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores de salud. Las diferencias principales se reflejaron entre los médicos y las auxiliares de enfermería con una significancia al 0.004; y entre los médicos y los promotores de salud con una significancia al 0.014, destacándose en un 100% los médicos de ambos modelos de gestión que presentaron mejor nivel de conocimientos.

Sobre los profesionales que aplican la APS en los servicios de salud, el siguiente gráfico muestra lo que manifestaron los trabajadores entrevistados:

Grafico No.3 Percepción de los entrevistados acerca de los profesionales que aplican la APS en los servicios de salud.



Del total de entrevistados de ambos modelos de gestión, el 100% respondió que los recursos que aplican la APS son las enfermeras auxiliares; también identificaron otros recursos que aplican la APS como los médicos, que fueron mencionados por el 87% de los entrevistados, un 67% mencionó a los promotores de salud y un 42% a las enfermeras profesionales; con porcentajes mucho menores, aparecen los odontólogos, psicólogos y trabajadores sociales. A excepción del 38.4% de los promotores de salud, todos los entrevistados se auto identifican como responsables de aplicar APS en sus espacios de trabajo.

En relación al conocimiento de los entrevistados sobre los *principios de la Atención Primaria en Salud (Participación social, Intersectorialidad, Sostenibilidad, Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, Justicia social. Dar respuesta a necesidades de la población. Orientación a la calidad)*, se observa que el 60% de los entrevistados del modelo de gestión centralizado y el 93% de los entrevistados del modelo de gestión descentralizado no brindaron respuestas o brindaron solamente una respuesta correcta, lo que se considera un nivel de conocimientos bajo; en tanto que los entrevistados restantes brindaron de dos a cuatro respuestas correctas no sinónimas.

En cuanto a variaciones en las respuestas entre el personal de las diferentes disciplinas, se observa que son los médicos los que presentan mejor nivel de conocimientos ya que el 63% brindó hasta cuatro respuestas correctas; en contraste con las enfermeras profesionales que ninguna brindó respuestas correctas y las auxiliares de enfermería que solamente el 30.5% brindaron entre una y dos respuestas correctas y los promotores de salud que el 46% brindaron una respuesta correcta.

A continuación se muestra una tabla con la comparación de los conocimientos de los entrevistados sobre los principios de la APS según modelo de gestión y profesión:

Tabla No. 4 Comparación del nivel de conocimientos sobre Principios de la Atención Primaria en Salud de los recursos humanos entrevistados según modelos de gestión y profesión

RESPUESTAS		PROFESIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA				TOTAL
		MÉDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	PROMOTOR DE SALUD	
MODO DE GESTIÓN						
CENTRALIZADO	No responde o son equivocadas	0	100%	75%	25%	30%
	1 respuesta correcta	0	0	25%	75%	13%
	Hasta 2 respuestas no sinónimas	75%	0	0	0	5%
	Hasta 4 respuestas no sinónimas	25%	0	0	0	1%
DESCENTRALIZADO	No responde o son equivocadas	75%	100%	63%	67%	33%
	1 respuesta correcta	25%	0	25%	33%	13%
	Hasta 2 respuestas no sinónimas	0	0	12%	0	5%
	Hasta 4 respuestas no sinónimas	0	0	0	0	0
TOTAL						100%

Al comparar los conocimientos de los entrevistados por profesión y modelo de gestión sobre *los principios de la APS*, se observaron diferencias en las respuestas de los médicos en función del modo de gestión de la US en la cual laboran; es decir, el 100% de los médicos del modelo de gestión centralizado contestaron de manera correcta brindando entre dos a cuatro respuestas correctas no sinónimas, en comparación con los médicos del modelo de gestión descentralizado en donde el 75% no respondió y el 25% brindó solamente una respuesta lo cual se considera en un bajo nivel de conocimientos; en cuanto a los otros profesionales de salud, se observó que las enfermeras profesionales de ambos modelos de gestión no brindaron ninguna respuesta; el 37.5% de las

auxiliares de enfermería que laboran en el modelo de gestión descentralizado brindaron de una a dos respuestas, en tanto que el 25% de las que laboran en el modelo centralizado brindaron solamente hasta una respuesta correcta; en tanto que seis promotores de salud (46%), tres de cada modelo de gestión, brindaron solamente una respuesta correcta.

En cuanto al conocimiento sobre los *principios de la APS*, se observó una diferencia significativa al 0.007 entre los participantes de las diferentes profesiones: médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores de salud. Las principales diferencias se reflejaron entre los médicos y las auxiliares de enfermería con una significancia al 0.014. Se destaca que el 50% de los médicos demostraron mejor nivel de conocimientos que el resto de profesionales ya que brindaron hasta cuatro respuestas correctas, en comparación con el 3% de las auxiliares de enfermería.

En relación a los conocimientos de los entrevistados sobre los *valores de la APS: Derecho al nivel de salud más alto, Solidaridad y Equidad*, al comparar los conocimientos de los entrevistados según modelo de gestión, los trabajadores del modelo de gestión centralizado mostró un nivel más alto de conocimientos, al brindar respuestas correctas en un 53% en comparación con los entrevistados del modelo descentralizado que solo respondieron correctamente en un 30%.

Al comparar dentro del grupo de entrevistados que no brindaron respuesta, fue el 37.5% de los médicos, mientras que el 100% de las enfermeras profesionales

no respondieron; siendo notorio que ambos son profesionales con nivel universitario. En cuanto al personal técnico, el 58.3% de las auxiliares de enfermería y el 61.5% de los promotores de salud no conocen los valores de la APS.

A continuación se muestran las respuestas de los entrevistados en una tabla comparativa según modelo de gestión y profesión:

Tabla No. 5 Comparación del nivel de conocimientos de los entrevistados sobre Valores de la APS según profesión y modelo de gestión

RESPUESTAS		PROFESIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA				TOTAL
		MÉDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	PROMOTOR EN SALUD	
MODO DE GESTIÓN						
CENTRALIZADO	No responde o son equivocadas	25%	100%	45%	50%	47%
	1 respuesta correcta	25%	0	55%	25%	43%
	2 respuestas correctas y no sinónimas	50%	0	0	25%	10%
	3 respuestas correctas no sinónimas	0	0	0	0	0
DESCENTRALIZADO	No responde o son equivocadas	50%	100%	75%	67%	70%
	1 respuesta correcta	25%	0	19%	33%	24%
	2 respuestas correctas y no sinónimas	25%	0	0	0	3%
	3 respuestas correctas no sinónimas	0	0	6%	0	3%

En relación al conocimiento de los valores de la APS en comparación por modelo de gestión y profesión, se observa que de los entrevistados que sí brindaron respuestas, el 75% de los médicos que laboran bajo la modalidad centralizada presentaron mejor nivel de conocimientos, en comparación con el

50% de los médicos que laboran bajo la modalidad descentralizada; el 55% de las auxiliares de enfermería del modelo centralizado presentaron mejor nivel de conocimientos en comparación con el 24% de las que laboran bajo la modalidad descentralizada; y el 50% de los promotores de salud del modelo centralizado presentaron mejor nivel de conocimientos en comparación con el 33% de los promotores de salud de la modalidad descentralizada.

2. Conocimientos sobre Orientación Familiar y Comunitario

El 73.3% de los entrevistados de ambos modelos de gestión manifestaron no haber recibido capacitación formal sobre *Orientación Familiar y Comunitaria*.

En relación a los conocimientos acerca de *los elementos que determinan la salud de una persona*, a continuación se presenta una tabla con las respuestas de los entrevistados:

Tabla No. 6 Conocimientos de los entrevistados de ambos modelos de gestión sobre *Elementos que determinan la salud de una persona*

ELEMENTOS QUE DETERMINAN LA SALUD DE LOS INDIVIDUOS MENCIONADAS POR LOS TRABAJADORES	%
Estilos de vida (ejercicio, no fumar, dieta balanceada, revisión médica rutinaria)	100 %
Condiciones socioeconómicas y culturales	35.0%
Factores ambientales (contaminación, smog)	31.7%
Acceso a servicios de salud	16.7%
Factores biológicos y genéticos (Edad, sexo, antecedentes familiares)	8.3 %
Condiciones de vivienda (piso de tierra, acceso a agua potable, número de habitaciones)	3.3 %
Condiciones laborales (estrés, desempleo, salario)	3.3 %

En la tabla anterior se observa que el tipo de respuestas emitidas por los entrevistados nos sugiere una visión centrada en el nivel individual, ya que se ponderan los estilos de vida en un 100%; en cambio los aspectos sociales, familiares y comunitarios son poco considerados como elementos que determinan la salud de los individuos.

Las respuestas de los entrevistados son similares, independientemente del modelo de gestión en donde laboran, sin embargo al analizar por profesiones en el elemento *factores genéticos y biológicos (edad, sexo y antecedentes familiares)* se observa una diferencia significativa al 0.011 entre los médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores de salud. Las principales diferencias se reflejaron entre los médicos y las auxiliares de enfermería con una significancia al 0.026; y entre los médicos y los promotores de salud con una significancia al 0.022. Destacan los médicos que mencionan este elemento en un 37.5% en comparación con las auxiliares de enfermería que lo mencionan en un 5.6%. El resto de los profesionales no los mencionaron.

En relación a los conocimientos acerca de *los elementos que se consideran más importantes para realizar el diagnóstico de la situación de salud familiar*, a continuación se presenta una tabla con las respuestas de los entrevistados:

Tabla No. 7 Conocimientos de los entrevistados de ambos modelos de gestión sobre *Elementos que se consideran para realizar el diagnóstico de situación de salud familiar*

ELEMENTOS MENCIONADOS PARA DIAGNOSTICO SITUACIÓN DE SALUD FAMILIAR	%
Condiciones de vivienda: piso de tierra, acceso a agua potable, mínimo de tres habitaciones	87%
Condiciones socioeconómicas y culturales	57%
Factores ambientales: contaminación, smog, etcétera	57%
Composición y dinámica familiar	43%
Acceso a los servicios de salud	37%
Estilos de vida: ejercicio, no fumar, dieta balanceada, revisión médica y laboratorial rutinaria	35%
Factores genético y biológicos: edad, sexo, antecedentes familiares	28%
Condiciones de trabajo o laborales: stress, desempleo, salario	27%
Diagnóstico epidemiológico de la población	13%
Presencia de redes de soporte comunitario	3%

Los conocimientos de los entrevistados sobre *los elementos a considerar para realizar el diagnóstico de la situación de salud familiar*, nos sugieren un punto de vista bastante amplio, tanto hacia criterios de tipo social (*condiciones de la vivienda, saneamiento, socioeconómicas y culturales, composición y dinámica familiar, condiciones de trabajo o laborales*); así como a los de tipo personal (*estilos de vida, antecedentes familiares, factores genéticos y biológicos*). Sin embargo otros factores importantes como ser la *presencia de redes de soporte comunitario* no son considerados.

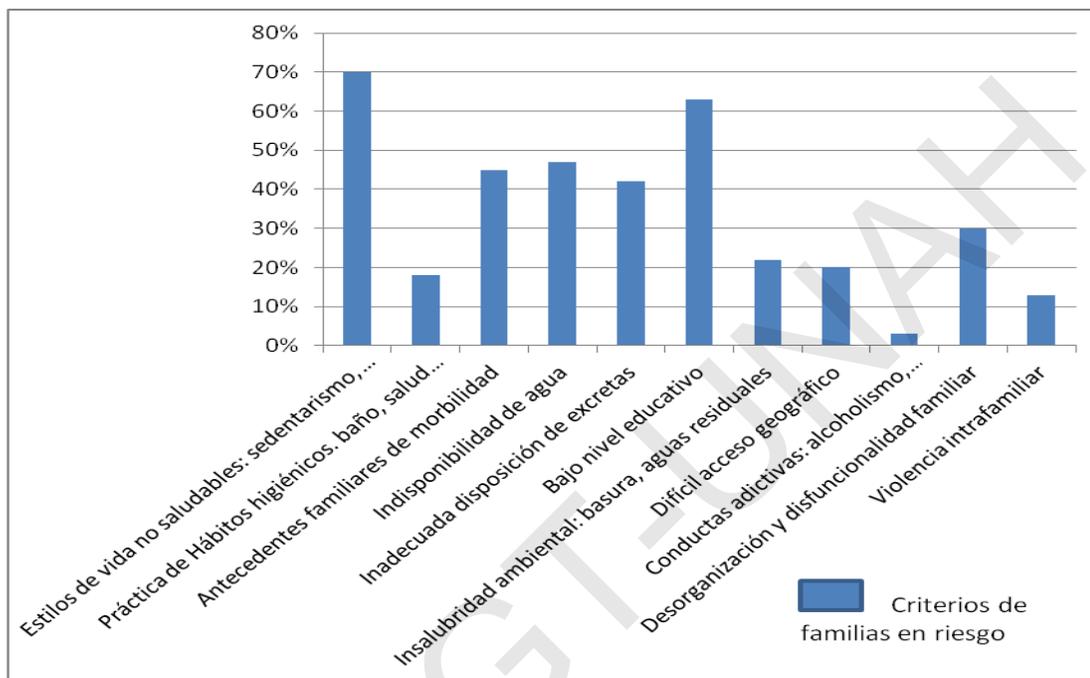
En cuanto a los conocimientos sobre *los elementos necesarios para realizar el diagnóstico de situación de salud familiar*, los participantes de ambos modelos de gestión presentan diferencias significativas en los elementos: *factores genéticos y biológicos (edad, sexo, antecedentes familiares)* al 0.046, y en el

elemento *condiciones de trabajo o laborales* (estrés, desempleo, salario) al 0.019. Los entrevistados que laboran en el modelo centralizado presentaron mejor nivel de conocimientos al mencionar ambos elementos en un 40%, en comparación con los trabajadores del modelo de gestión descentralizado que los mencionan en porcentajes menores (16.7% y 13.3% respectivamente).

Sobre esta misma variable *condiciones de trabajo o laborales: estrés, desempleo y salario* los diferentes profesionales entrevistados tuvieron una diferencia significativa al 0.006. Las principales diferencias se reflejaron entre las auxiliares de enfermería y los promotores de salud con una significancia al 0.027. Las auxiliares de enfermería mencionaron este elemento en un 41.7% en comparación con los promotores de salud que no lo mencionaron.

Los conocimientos de los entrevistados sobre los *aspectos para identificar a una familia en riesgo*, se muestran en el siguiente gráfico:

Grafico No. 4 Conocimientos de los entrevistados sobre *los aspectos para identificar a una familia en riesgo*



Los conocimientos de los entrevistados sobre los *criterios para considerar familias en riesgo*, que se muestran en el gráfico anterior, sugieren un punto de vista amplio, tanto hacia criterios de tipo personal (estilos de vida, antecedentes familiares, hábitos higiénicos) como a los de tipo social (saneamiento, nivel educativo, etc.). Sin embargo otros problemas de tipo social (violencia intrafamiliar, conductas adictivas) son muy poco mencionados y al comparar según profesión, son las auxiliares de enfermería y los promotores de salud, los que los mencionan. Al comparar los conocimientos de los entrevistados sobre *criterios para considerar familias en riesgo* según modelos de gestión, sus respuestas son similares.

Los conocimientos sobre *acciones que se realizan con propósitos de promoción de la salud en las familias*, manifestados por los entrevistados de ambos modelos de gestión se presentan en la siguiente tabla:

Tabla No. 7 Conocimientos sobre acciones y propósitos para el abordaje de familias en riesgo

MENCION DE ACCIONES Y PROPOSITOS PARA LA ATENCIÓN DE FAMILIAS EN RIESGO			
SOLO ACCIÓN	%	ACCIÓN MÁS PROPÓSITO	%
Incentivar el autocuidado y la autoestima	8	...para mejorar los estilos de vida saludables	72
Desarrollar planes de intervención según necesidades	3	...para disminuir las NBI	70
Involucrarlas en actividades propias de salud	5	...para mejorar la participación y apropiación	65
Visitas domiciliarias	3	...para identificar necesidades y seguimiento a intervenciones	62
Referenciar oportunamente	1	...para atención especializada en otro nivel	5

Los datos del cuadro anterior, nos muestran que los entrevistados identifican en un 72% *las intervenciones para incentivar el autocuidado*, en un 70% *la elaboración de planes para disminuir las NBI*; en un 65% y 62% respectivamente mencionan las *acciones para incentivar la participación y apropiación de las familias, identificar las necesidades y seguimiento a las intervenciones*; sin embargo encontramos nula visibilidad de los trabajadores de salud entrevistados hacia *la referencia oportuna a atención en un nivel de mayor complejidad*, la cual es una de las piezas clave de la estrategia de APS.

Es notorio que ninguno de los médicos mencionó la referencia como una acción indispensable del abordaje familiar comunitario, y del resto del personal entrevistado solo un pequeño porcentaje lo indicó. Al comparar los

conocimientos de los entrevistados según el modelo de gestión, las respuestas de ambos grupos son similares.

En cuanto a los conocimientos sobre *los elementos para realizar el diagnóstico de situación de salud de la comunidad (Elementos: Descripción de la situación social, histórico y territorial, Características demográficas de la población, Identificar riesgos familiares e individuales, Descripción de servicios y acceso a la salud, Descripción de daños y problemas de salud, Participación de la población en identificar y solucionar problemas, Identificación de intervenciones, Perfil Epidemiológico, Elaboración de plan de acción, Transferencia analítica de la información)* comparando las respuestas de los entrevistados por profesión y modelo de gestión, encontramos lo siguiente:

Tabla No. 8 Conocimientos de los entrevistados sobre elementos para realizar el diagnóstico de situación de salud de la comunidad según modelos de gestión y profesión

RESPUESTAS		PROFESIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA				TOTAL
		MÉDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	PROMOTOR DE SALUD	
Centralizado	Hasta dos respuestas correctas no sinónimas	0	0	25%	25%	20%
	Hasta cuatro respuestas correctas no sinónimas	75%	0	70%	25%	60%
	Más de cuatro respuestas correctas no sinónimas	25%	100%	5%	50%	20%
Descentralizado	Hasta dos respuestas correctas no sinónimas	25%	0	25%	22%	23%
	Hasta cuatro respuestas correctas no sinónimas	75%	0	75%	78%	73%
	Más de cuatro respuestas correctas no sinónimas	0	100%	0	0	4%

De acuerdo a lo que se observa en la tabla anterior, los participantes que presentaron mejor nivel de conocimientos (más de cuatro respuestas correctas) fueron el 80% de los participantes del modelo centralizado y el 77% de los entrevistados del modelo descentralizado; no observándose mayor variación en los conocimientos según modelo de gestión en el que laboran.

En esta misma variable *elementos para realizar el diagnóstico de situación de salud de la comunidad*, se observó una diferencia significativa por profesión al 0.003; entre los participantes de las diferentes profesiones: médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores de salud. Las principales diferencias se reflejaron entre las enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería con una significancia al 0.003; y de las enfermeras profesionales y los promotores de salud con una significancia al 0.022, encontrándose un mayor conocimiento de las enfermeras profesionales que en el 100% brindaron más de cuatro respuestas correctas, tal como se muestra en la tabla No. 8.

En cuanto a los conocimientos para *identificar a una comunidad en riesgo* (Criterios: *No disposición de agua y/o excretas, difícil acceso geográfico; exposición a sustancias nocivas, radiaciones, ruidos; desempleo y/o bajo nivel educativo; presencia de grupos antisociales, delincuencia y pandillas*) comparando las respuestas de los entrevistados por profesión y modelo de gestión, encontramos lo siguiente:

Tabla No. 9 Conocimientos de los entrevistados sobre criterios para considerar a una comunidad en riesgo según modelos de gestión y profesión

RESPUESTAS		PROFESIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA				TOTAL
		MÉDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	PROMOTOR EN SALUD	
CENTRALIZADO	No menciona ninguna o son equivocadas	0	0	10%	0	7%
	Una respuesta correcta	0	0	5%	0	3%
	Hasta dos respuestas correctas no sinónimas	0	0	5%	50%	10%
	Hasta tres respuestas correctas no sinónimas	0	0	20%	25%	17%
	Hasta 4 respuestas correctas no sinónimas	100%	100%	35%	25%	47%
	Cinco respuestas y más correctas no sinónimas	0	0	25%	0	16%
DESCENTRALIZADO	No menciona ninguna o son equivocadas	0	0	0	0	0
	Una respuesta correcta	0	0	6%	0	3%
	Hasta dos respuestas correctas no sinónimas	50%	0	0	12%	10%
	Hasta tres respuestas correctas no sinónimas	0	0	25%	33%	23%
	Hasta 4 respuestas correctas no sinónimas	50%	0	44%	33%	40%
	Cinco respuestas y más correctas no sinónimas	0	100%	25%	22%	24%

De acuerdo a lo que se muestra en la tabla anterior el total de entrevistados, los que brindaron hasta cinco respuestas correctas fue el 80% modelo centralizado, y el 87% de los entrevistados del modelo descentralizado; siendo los trabajadores del modelo descentralizado quienes mostraron mejor nivel de conocimientos mencionando desde tres a más de cinco respuestas correctas no sinónimas. En tanto que por profesión, fueron las auxiliares de enfermería del modelo centralizado, las que mostraron un nivel más bajo de conocimientos.

Los conocimientos sobre *acciones comunitarias que se realizan con propósitos de promoción de la salud en las comunidades* que fueron manifestados por los entrevistados de ambos modelos de gestión se presentan en la siguiente tabla:

Tabla No. 10 Conocimientos de los entrevistados sobre acciones y propósitos para el abordaje de comunidades en riesgo

MENCION DE ACCIONES Y PROPOSITOS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LAS COMUNIDADES			
SOLO ACCIÓN	%	ACCIÓN MAS PROPOSITO	%
Desarrollar campañas de promoción...	12	...para mejorar las condiciones de vida y salud	87
Organizar comunidad: patronatos, juntas	8	...para empoderar y desarrollar capacidades	87
Identificar y capacitar líderes	6	...para procurar sostenibilidad en los procesos	65
Organizar grupos en espacios de atención especial (diabetes, VIH, niñez)	3	...para desarrollar acciones de cuidado, solidaridad y apoyo	17

Los datos de la tabla anterior, nos muestran que los entrevistados identifican en un 87% las *intervenciones para mejorar las condiciones de vida y salud, así como la organización comunitaria para empoderar a la población y desarrollar sus capacidades*; en tanto que un 65% menciona la importancia de *identificar líderes para procurar la sostenibilidad en los procesos*; sin embargo encontramos que los entrevistados desconocen las potencialidades de la *organización de grupos especiales para desarrollar acciones de cuidado, solidaridad y apoyo*. En cuanto a la comparación por profesión, el nivel de respuestas es similar entre los entrevistados de las diferentes disciplinas; en tanto que según el modelo de gestión, los entrevistados del modelo de gestión descentralizado demuestran un nivel de conocimientos más avanzado para

desarrollar campañas de promoción (93%) y para organización comunitaria (90%), en comparación con el 83% y 80% respectivamente en los trabajadores del modelo centralizado; alrededor del 65% de los entrevistados de ambos modelos de gestión tienen conocimiento para la identificación de líderes comunitarios con propósitos de sostenibilidad en los procesos. En cuanto a conocimiento en organización de grupos de atención especiales para desarrollar acciones de cuidado, solidaridad y apoyo, ambos grupos presentan déficit con un 17%.

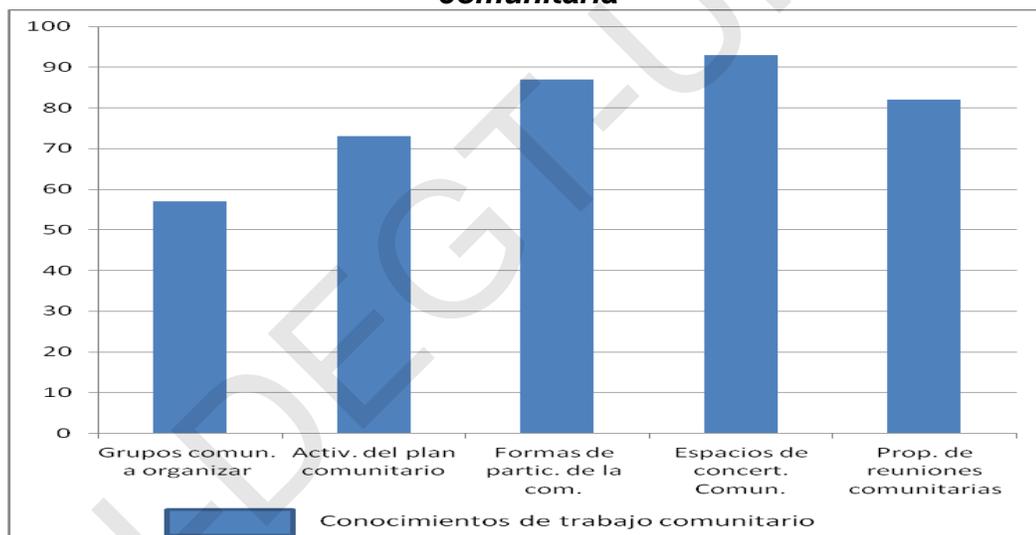
3. Conocimientos sobre Participación Social

Un 85% de los trabajadores entrevistados manifestó no haber recibido capacitaciones sobre *organización comunitaria*, a pesar de ello el 91.7% mencionó acertadamente los componentes para una matriz de *plan de acción comunitario*; el 75% de los entrevistados identificaron los *elementos para priorizar necesidades de salud* de la población; en tanto que solo el 45% señalaron los *mecanismos para identificar actores* en la comunidad. En este último, se observó una diferencia significativa al 0.015 entre los médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores de salud. Las principales diferencias se reflejaron entre las enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería con una significancia al 0.022. Las enfermeras profesionales fueron las que mostraron el nivel más alto de conocimientos brindando en un 100% más de cuatro respuestas correctas sobre los

mecanismos para la identificación de actores en la comunidad, en comparación con el resto de los entrevistados que mencionaron menos de cuatro respuestas correctas.

En el siguiente gráfico se muestran los conocimientos de los entrevistados en otros aspectos relevantes para realizar la *participación social comunitaria*:

Gráfico N° 5 Conocimientos de los entrevistados en relación a los aspectos más relevantes para la realización de la *participación comunitaria*



La información que nos muestra el gráfico anterior, indica que más del 90% de los entrevistados identifica los *espacios de concertación en la comunidad*, alrededor del 80% de los trabajadores de salud tienen los conocimientos para *definir los propósitos de las reuniones comunitarias*, el 70% conoce como definir los aspectos a considerar para un *plan de acción comunitario* (priorizar problemas de manera conjunta, plantear propuestas de cambio, definir actividades concretas de participación de la población y establecer indicadores

de evaluación). Solamente el 57% de los entrevistados manifestaron conocer acerca de los *grupos comunitarios que se pueden organizar*, lo cual nos podría indicar que el personal de salud no visualiza como responsabilidad suya la organización de grupos comunitarios.

En cuanto a las *formas de participación comunitaria (recoger la información y opinión de la comunidad; tomar decisiones conjuntas; dialogar, negociar y concertar; y pedir y rendir cuentas mutuamente)* mencionadas por los entrevistados según profesión y modelo de gestión se muestran en la tabla a continuación:

Tabla No. 11 Comparación de los conocimientos de los entrevistados sobre formas de participación comunitaria según profesión y modelo de gestión

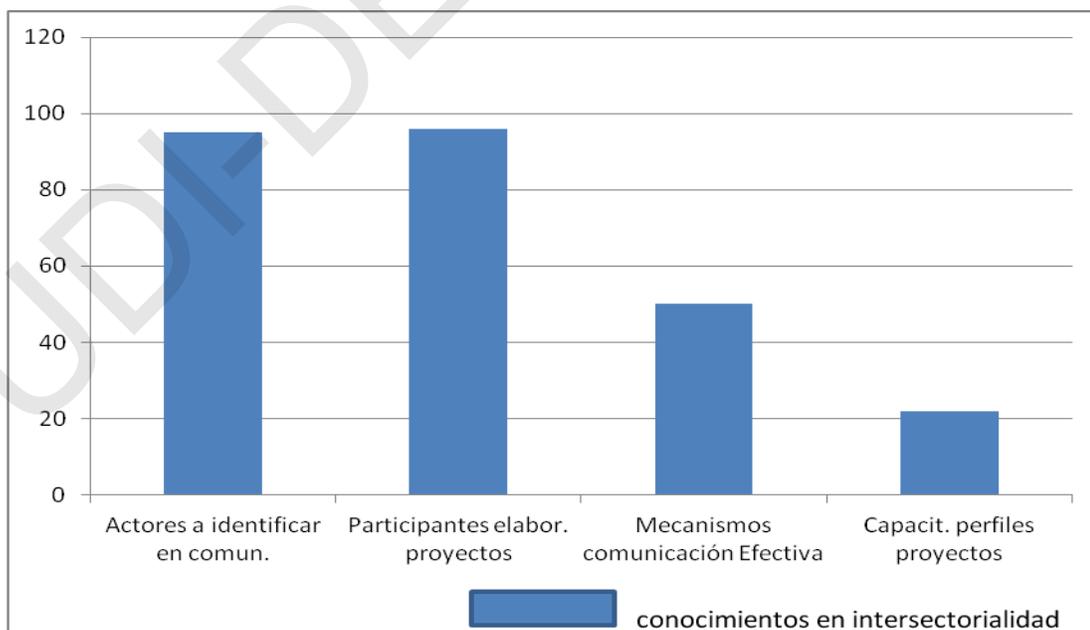
RESPUESTAS		PROFESIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA				TOTAL
		MÉDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	PROMOTOR EN SALUD	
Centraliza	No responde o lo hace equivocadamente	0	0	10%	0	7%
	1 respuesta correcta	0	0	35%	50%	30%
	2 respuestas correctas no sinónimas	75%	100%	40%	25%	47%
	3 respuestas correctas no sinónimas	25%	0	15%	25%	16%
	4 respuestas correctas no sinónimas	0	0	0	0	0
Descentralizado	No responde o lo hace equivocadamente	0	0	6%	11%	7%
	1 respuesta correcta	50%	0	25%	33%	30%
	2 respuestas correctas no sinónimas	25%	100%	38%	33%	37%
	3 respuestas correctas no sinónimas	25%	0	25%	23%	23%
	4 respuestas correctas no sinónimas	0	0	6%	0	3%

En este componente de conocimientos de *formas de participación comunitaria* se observó muy buen nivel de respuestas en ambos modelos de gestión (el 63% de los entrevistados de ambos modelos de gestión brindaron de dos a cuatro respuestas correctas no sinónimas); en tanto que según disciplinas, se observa que es el personal auxiliar de enfermería y los promotores de salud, quienes presentan mayor debilidad de conocimientos, siendo notorio que es en este personal donde tradicionalmente descansa esta responsabilidad.

4. Conocimientos sobre Intersectorialidad

Los resultados de conocimientos en el principio de *intersectorialidad* manifestados por los entrevistados se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 6 Conocimientos de los entrevistados para la realización de actividades para favorecer la *intersectorialidad*



Solo el 22% de los entrevistados mencionó haber recibido *capacitación para formulación de proyectos*. El 95% de los entrevistados manifiesta conocimientos en *identificación de actores comunitarios*; 96% identifica *actores participantes en la elaboración de planes y proyectos de salud*; y el 50% mencionó *mecanismos de comunicación efectiva entre los trabajadores de salud y la comunidad* (escuchar atentamente, tolerancia y apertura al diálogo, intercambio de ideas, divulgación de información y conocimientos, reparto de publicaciones e inclusión de personal bilingüe). Las respuestas de los entrevistados de las diferentes disciplinas y de ambos modelos de gestión son similares.

C. Actitudes sobre los elementos y principios de la Atención Primaria en Salud estudiados.

En relación a las actitudes del personal de salud para realizar acciones encaminadas al desarrollo del modelo de atención basado en la APS a continuación se presentan las actitudes de los entrevistados hacia las dimensiones (adjetivos) presentados en dos términos opuestos (dimensiones bipolares) en relación a los principios y elementos de la APS estudiados.

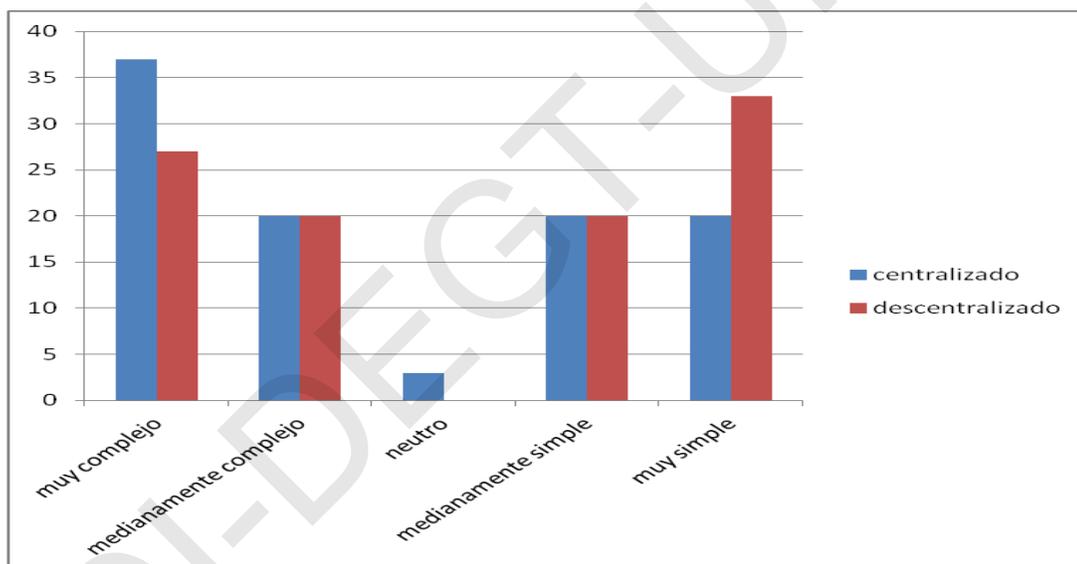
1. Actitudes en Orientación Familiar y Comunitaria

- Al indagar al personal entrevistado acerca del ítem *realizar visitas comunitarias para identificar y abordar los problemas de salud de las familias en la comunidad*, las actitudes mostradas por los entrevistados fueron muy

positivas y similares de acuerdo a su profesión. El 100% de los entrevistados consideran que es una actividad *muy valiosa* y *muy útil*; al 95% de los entrevistados les parece *muy interesante* y al 5% le parece *muy aburrida*.

En cuanto al nivel de *complejidad* de la visita comunitaria, las actitudes mostradas por los entrevistados se presentan a continuación:

Gráfico N° 7 Actitud del personal entrevistado respecto al nivel de complejidad al realizar las visitas comunitarias según modelo de gestión



En el gráfico anterior se observa que el 37% del personal del modelo centralizado encuentran *muy compleja* la visita comunitaria, comparativamente con el 27% del personal del modelo descentralizado, condicionado probablemente por las dificultades de apoyo logístico en el modelo tradicional para las actividades de campo, en comparación con las actitudes del personal del modelo centralizado que en su mayoría encuentran esta actividad *muy simple* de realizar.

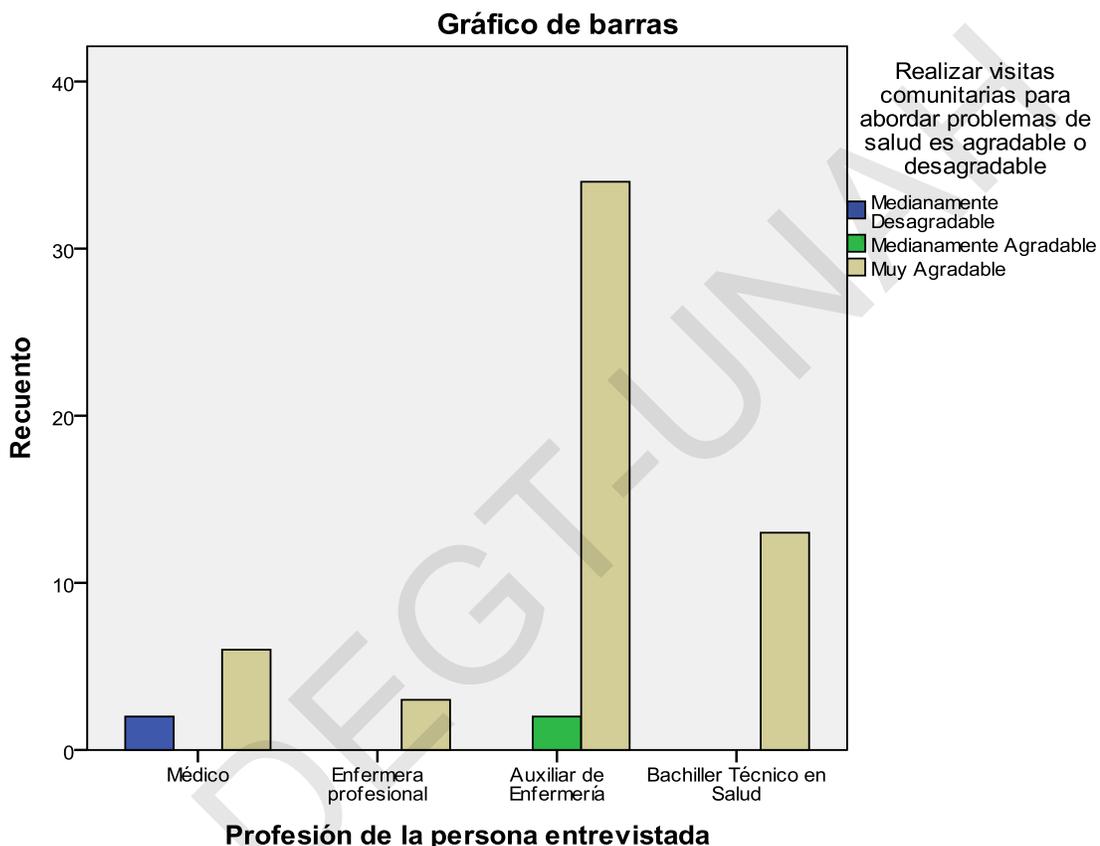
En cuanto a comparación por profesión, son el 60% de las auxiliares de enfermería del modelo centralizado y el 56% del modelo descentralizado; así como el 75% de los promotores de salud del modelo centralizado y el 56% de los promotores del modelo descentralizado, quienes encuentran esta actividad como *medianamente compleja y muy compleja*.

En cuanto a la dimensión *agradable-desagradable* de la actividad *visitas comunitarias para identificar y abordar los problemas de salud de las familias en la comunidad* el 94% de los entrevistados lo encuentra *muy agradable*, el 3% lo encuentra *medianamente agradable* y el otro 3% lo encuentra *muy desagradable*.

En la dimensión *agradable-desagradable* se observó una diferencia significativa al 0.005 entre los médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores de salud. Las principales diferencias se reflejaron entre los médicos y las auxiliares de enfermería con significancia al 0.007; y entre los médicos y los promotores de salud con significancia al 0.017. Destacando que la actitud demostrada por los médicos fue solamente 25% positiva y 75% negativa, en comparación con una actitud 100% positiva tanto de las enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, así como de los promotores de salud.

Esta situación se puede visualizar en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 8 Actitud de los entrevistados respecto a la *dimensión agradable-desagradable para realizar las visitas comunitarias según profesión*

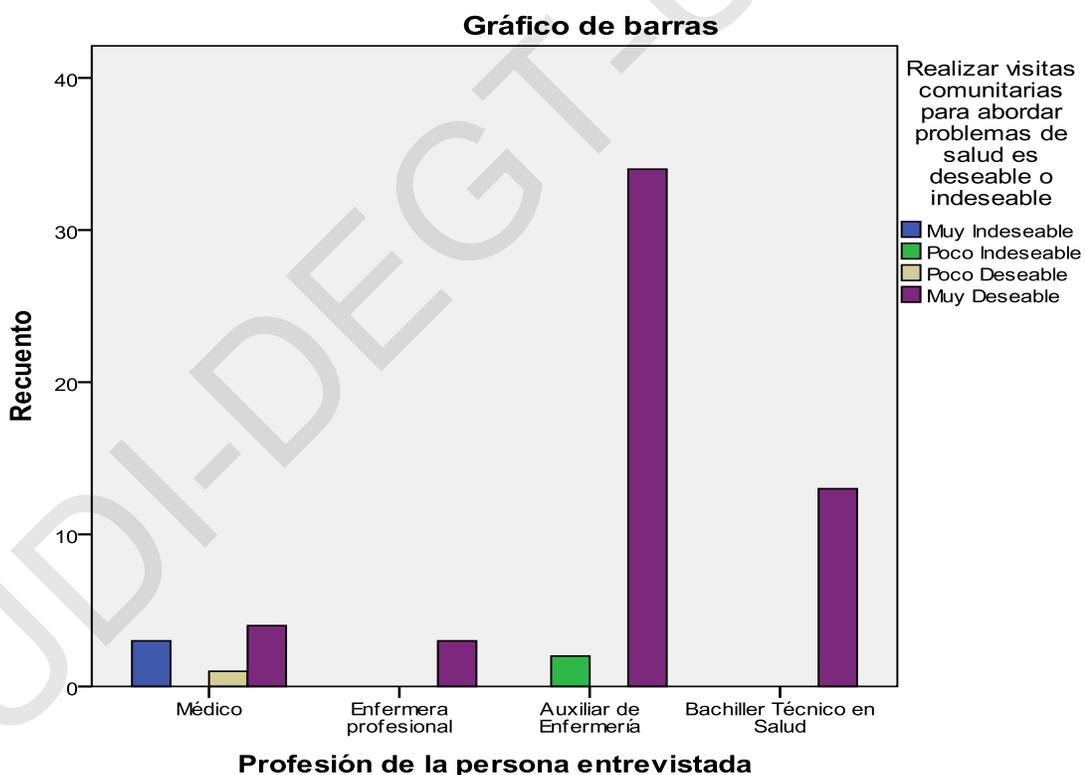


En cuanto a la dimensión *deseable-indeseable* el 90% de los entrevistados lo encuentra *muy deseable*, el 2% *poco deseable*, el 3% *poco indeseable* y el 5% restante *muy indeseable*.

En la dimensión *deseable-indeseable* de la actividad *visitas comunitarias para identificar y abordar los problemas de salud de las familias en la comunidad* se observó una diferencia significativa al 0.000 entre los participantes de las diferentes profesiones: médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de

enfermería y promotores de salud. Las principales diferencias se reflejaron entre los médicos y las auxiliares de enfermería con significancia al 0.001. Destacando que la actitud demostrada por los médicos fue de 62.5% positiva y 37.5% negativa, en comparación con una actitud 100% positiva tanto de las enfermeras profesionales como de los promotores de salud, y de 94.4% de las auxiliares de enfermería. Tal situación puede observar en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 9 Actitud de los entrevistados respecto a la *dimensión deseable-indeseable* para realizar las visitas comunitarias según profesión



- En relación al ítem realizar actividades de *promoción de la salud con personas de bajo nivel educativo*, la actitud demostrada por los entrevistados es muy positiva: el 100% de los entrevistados lo considera *muy educativo*, el 98.3% lo considera *bastante necesario*, con un 1.7% que lo considera *bastante innecesario*. Siendo una auxiliar de enfermería del modelo descentralizado quien considera que es *bastante innecesario*.

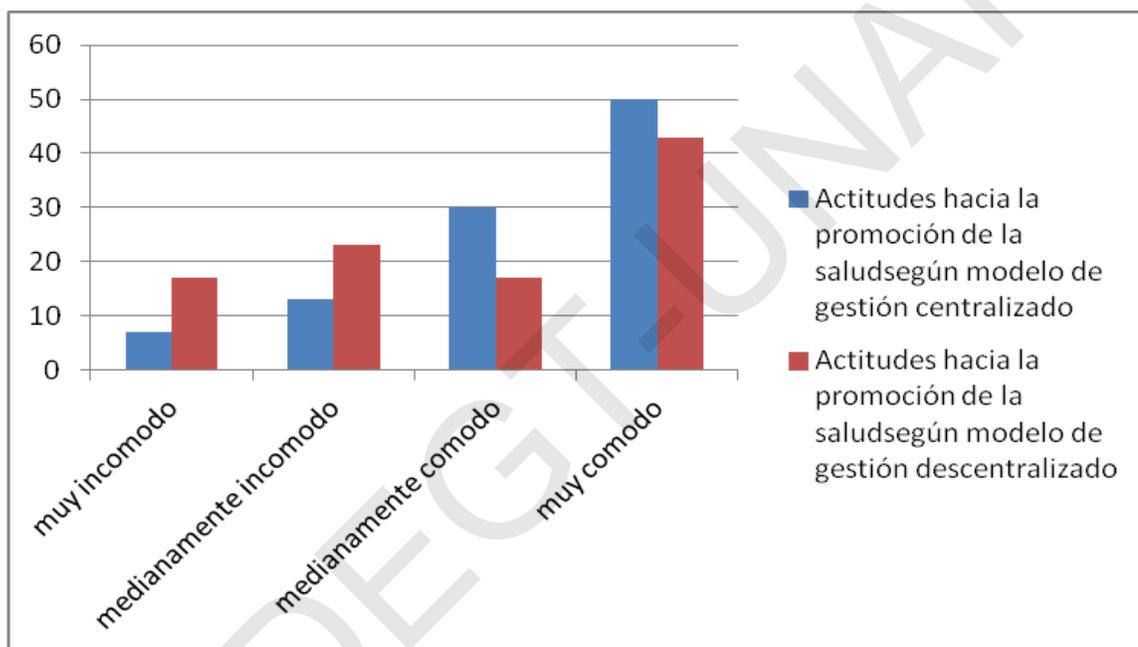
Solamente el 78.3% de los entrevistados encuentra *bastante accesible realizar actividades de promoción de la salud con personas de bajo nivel educativo*, siendo que el porcentaje restante la encuentra *bastante no accesible, poco no accesible, poco accesible y medianamente accesible* en similares proporciones según profesión.

En cuanto a las variaciones ante la dimensión lento-rápido, el 52% de los entrevistados consideran que es una actividad *muy lenta* y solamente el 13% la considera *muy rápida*. En cuanto a las actitudes de los entrevistados según modelo de gestión se observa que en iguales proporciones consideran esta actividad desde *poco lenta* hasta *muy lenta*. En cuanto a la profesión se encontró que las actitudes de las enfermeras profesionales son positivas en un 67%, en comparación con las actitudes de los entrevistados de las otras disciplinas.

Al indagar entre los entrevistados acerca de la *comodidad o incomodidad* que representa para ellos realizar actividades de *promoción de la salud con*

personas de bajo nivel educativo, sus actitudes son muy variadas comparativamente por modelo de gestión y se presentan en el gráfico siguiente:

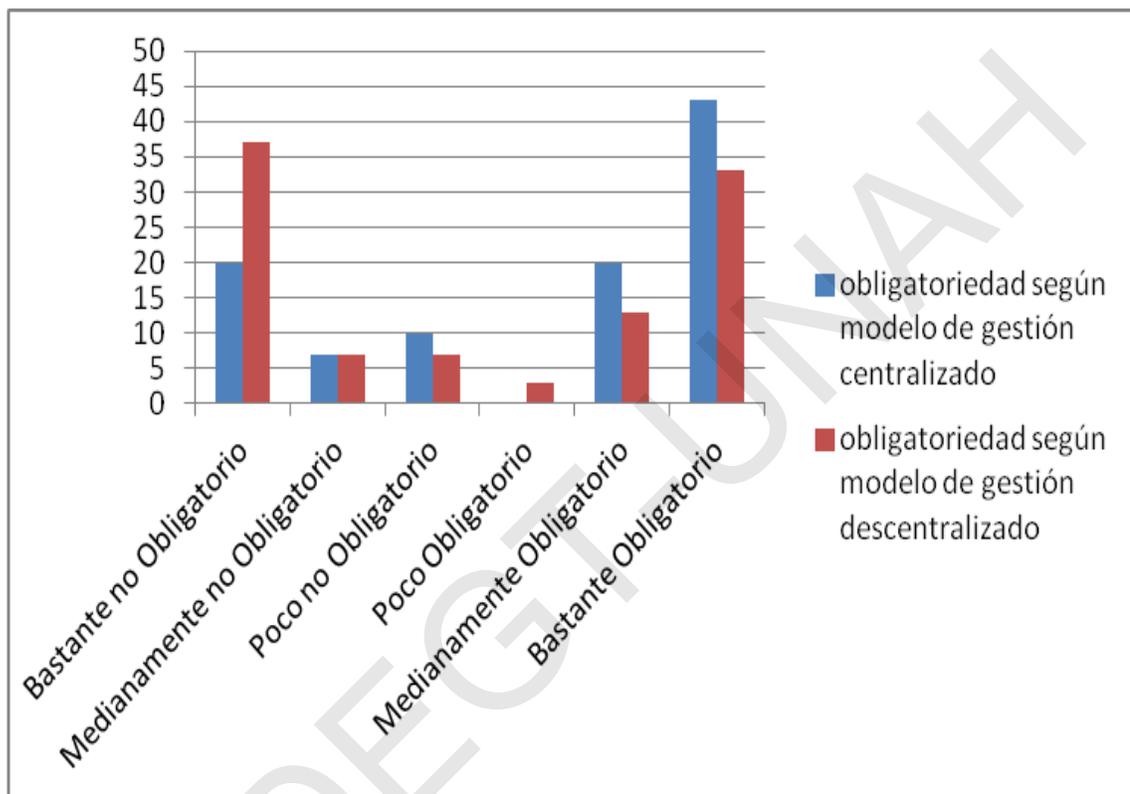
Gráfico N° 10 Actitud del personal entrevistado respecto a la *comodidad para realizar actividades de promoción de la salud con personas de bajo nivel educativo*, según modelo de gestión



Se observa que la actitud hacia la *comodidad - incomodidad para realizar actividades de promoción de la salud con personas de bajo nivel educativo* es más positiva entre el personal del modelo centralizado, no así con el personal del modelo descentralizado quienes encuentran *poco cómodo* realizar estas actividades.

Con respecto a la *obligatoriedad de realizar actividades de promoción con personas de bajo nivel educativo* se observaron diversas actitudes, tal como se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 11 Actitud del personal entrevistado respecto a la obligatoriedad de realizar actividades de promoción de la salud con personas de bajo nivel educativo comparativo por modelo de gestión



La actitud de la mayoría de los entrevistados de ambos modelos de gestión se concentró en los adjetivos *poco obligatoria*, *medianamente obligatoria* y *bastante obligatoria*, con un 63% de los entrevistados del modelo centralizado y un 49% de los entrevistados del modelo descentralizado. Las actitudes de los entrevistados son similares en todas las disciplinas estudiadas.

- En cuanto a la actitud del personal entrevistado acerca del ítem *educar a las madres de familia sobre aspectos de prevención y promoción de la salud*, al 97% les resulta *muy atractivo, muy posible, muy manejable y muy deseable*. En tanto que el 98% lo encuentra *bastante útil*. En la dimensión *efectivo-no efectivo* el 90% de los que laboran bajo el modelo de gestión centralizada y el 87% de los que laboran bajo la modalidad descentralizada consideran que *educar a madres de familia sobre aspectos de prevención y promoción de la salud* es *bastante efectivo*. No se observaron variaciones según profesión de los entrevistados.

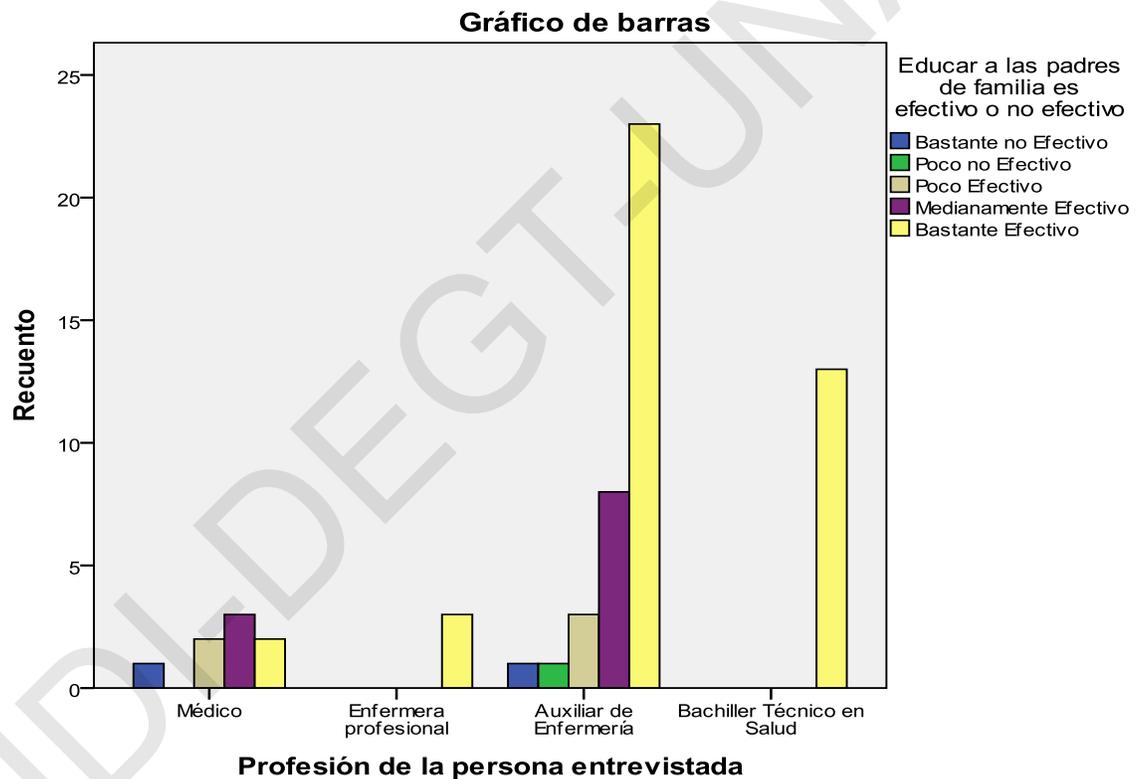
- En cuanto a la actitud del personal entrevistado acerca del ítem *educar a los padres de familia (papás) sobre aspectos de prevención y promoción de la salud*, al 63% les parece *muy posible*, al 68% les resulta *muy atractivo* y al 82% *muy deseable*. En tanto que el 87% lo encuentra *bastante útil*.

En cuanto a la dimensión *efectivo-no efectivo de la actividad educar a los padres de familia (papás) sobre aspectos de prevención y promoción de la salud* el 82% de los entrevistados lo considera *bastante efectivo*, se encontró una diferencia significativa al 0.028 entre los médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores de salud. Las principales diferencias se reflejaron entre los médicos y los promotores de salud con una significancia al 0.039; manifestando los médicos actitud positiva de 87.5% positiva y 12.5% negativa, en comparación con una actitud 100% positiva tanto

de las enfermeras profesionales como de los promotores de salud, y de 94.4% de las auxiliares de enfermería.

Lo descrito se puede observar en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 12 Actitud del personal entrevistado respecto a la *dimensión efectivo- no efectivo de educar a los padres de familia (papás) según profesión*

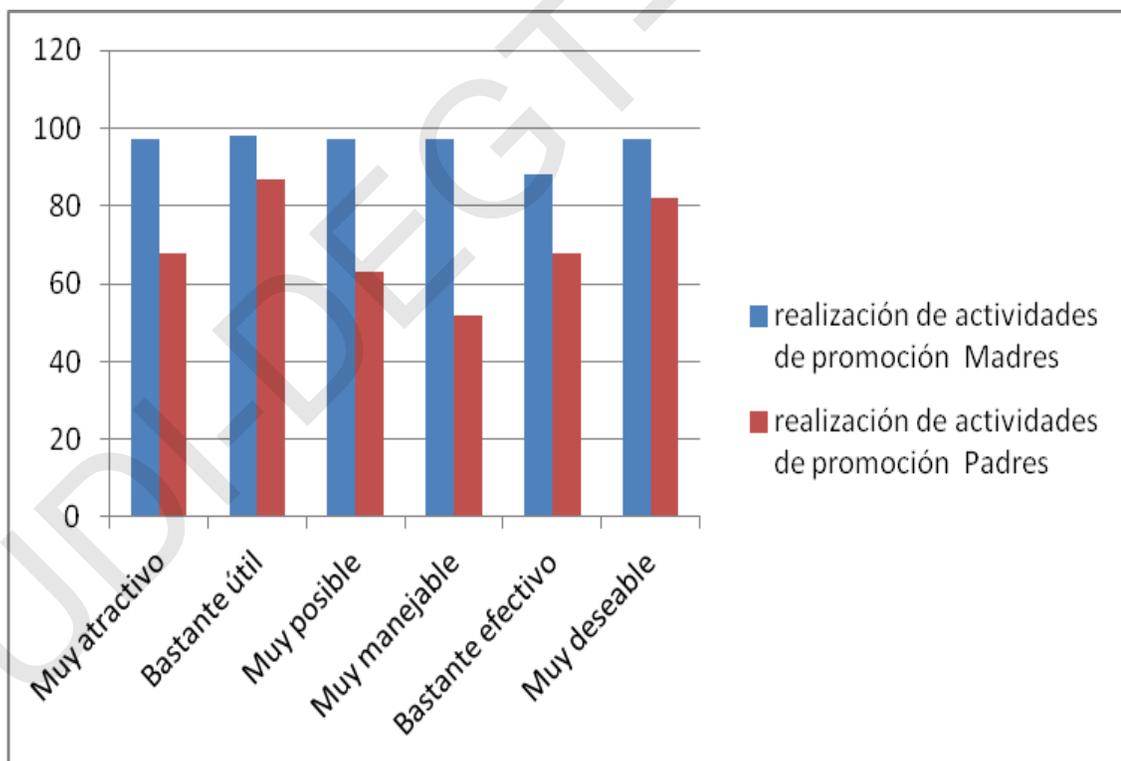


En cuanto a las actitudes de los entrevistados de ambos modelos de gestión hacia la dimensión *manejable-inmanejable* acerca de *educar a padres de familia* se encontró que solamente el 52% del total de entrevistados lo considera *muy manejable*, y que de este limitado porcentaje al personal del modelo

descentralizado es a quienes se le facilita más. Las enfermeras profesionales de ambos modelos de gestión son los trabajadores de salud que manifestaron sentir *muy manejable* trabajar con este grupo de población.

Al comparar entre las actitudes de los entrevistados hacia los ítems: *educar a madres* y *educar a padres de familia* si se observaron variaciones, esto se presenta en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 13 Actitud de los entrevistados respecto a los aspectos relacionados a la realización de actividades de promoción de la salud comparando entre *educar a madres* y *padres de familia*



A diferencia de la actitud que tiene el personal entrevistado hacia el trabajo educativo con madres de familia, en el caso de trabajar con los padres de familia, solamente el 68% del personal de ambos modelos de gestión

manifestaron que es *muy atractivo* realizar actividades de promoción con los padres de familia. Solo el 63% de los entrevistados lo encuentra *muy posible* y solo el 68% lo considera *bastante efectivo*. Solamente al 52% de los entrevistados les resulta *muy manejable* trabajar con padres de familia, en comparación con el 97% que encuentra *muy manejable* trabajar con las madres de familia.

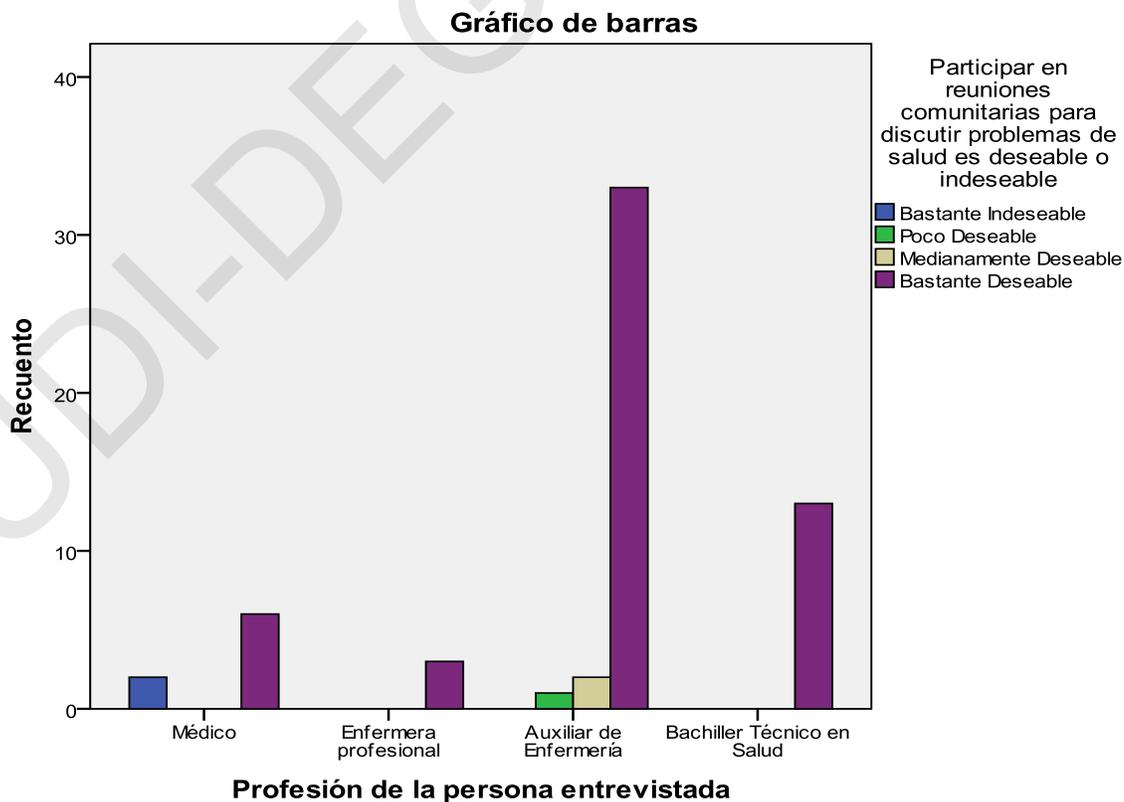
2. Actitudes en Participación Social

- Al indagar al personal entrevistado acerca de la importancia que le da al ítem *participar en reuniones comunitarias para discutir problemas de salud de la comunidad*, las actitudes de los entrevistados son positivas y de acuerdo a su profesión son similares. El 100% de los entrevistados consideran que es una actividad *muy importante* y *muy interesante*; al 98% de los entrevistados les parece *muy útil* y al 2% le parece solo *medianamente útil*. En relación a la dimensión *agradable-desagradable* el 93% de los entrevistados lo encuentra *muy agradable*, el 3% lo encuentra *medianamente agradable* y el otro 3% lo encuentra *poco agradable*.

En cuanto a la dimensión *deseable-indeseable* de la actividad *participar en reuniones comunitarias para discutir problemas de salud de la comunidad*, el 92% de los entrevistados lo considera *muy deseable*, el 3% *medianamente deseable*, el 2% *poco deseable* y el 3% restante *bastante indeseable*. En esta dimensión se encontró una diferencia significativa al 0.007; entre los

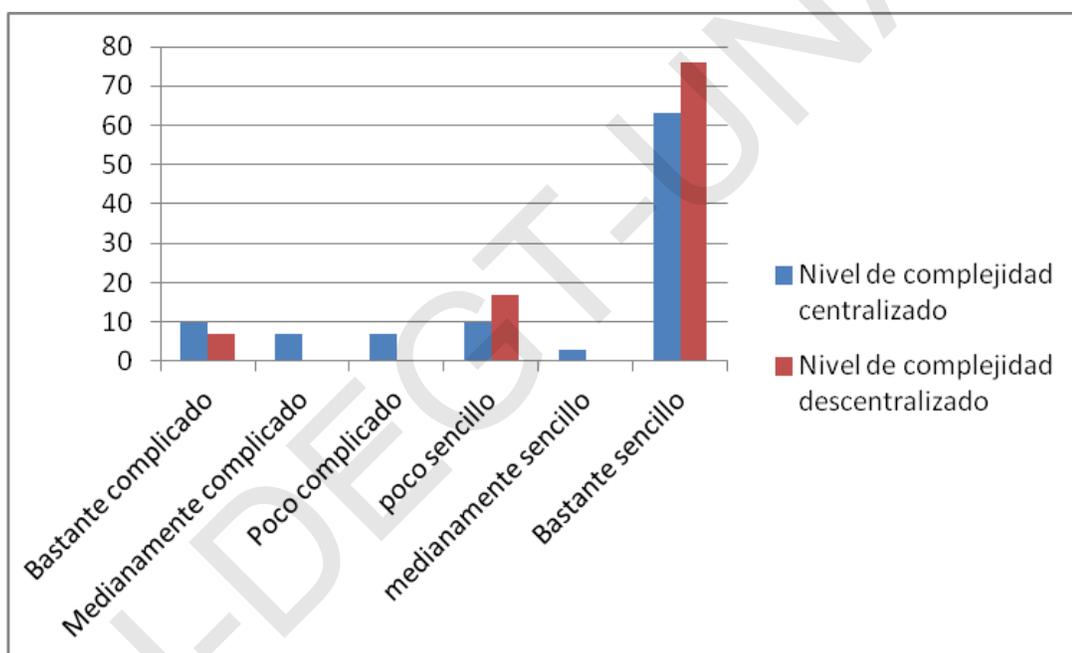
participantes de las diferentes profesiones: médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores de salud. Las principales diferencias se reflejaron entre los médicos y las auxiliares de enfermería con una significancia al 0.012; y entre los médicos y los promotores de salud con significancia al 0.021. Los médicos mostraron actitud positiva de 75% positiva y 25% negativa, en comparación con una actitud 100% positiva tanto de las enfermeras profesionales como de las auxiliares de enfermería y de los promotores de salud, tal como se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 14 Actitud de los entrevistado respecto a la *dimensión deseable-no deseable de participar en reuniones comunitarias según profesión*



En cuanto al nivel de *complejidad* de *participar en las reuniones comunitarias para discutir problemas de salud de la comunidad*, la variación en las actitudes de los entrevistados comparando según modelo de gestión se presentan en el gráfico siguiente:

Gráfico N° 15 Actitud del personal entrevistado respecto a la *complejidad de participar en reuniones comunitarias* según modelo de gestión



Se observa que el 76% del personal entrevistado del modelo de gestión descentralizado encuentran *bastante sencillo* participar en reuniones comunitarias para discutir problemas de salud de la comunidad, en comparación con el 63% de los entrevistados del modelo de gestión centralizado.

- En cuanto a la actitud del personal entrevistado acerca del ítem *que sean los integrantes de la comunidad los que seleccionen y planifiquen las acciones de*

promoción de la salud, El 93% de los entrevistados consideran que es una actividad *bastante útil*; al 88% de los entrevistados les parece *bastante agradable* y al 12% le parece solo *medianamente agradable*. No obstante, 2 auxiliares de enfermería del modelo centralizado y un médico del modelo de gestión descentralizado consideran *bastante inútil* y *poco útil* la participación de la comunidad.

En cuanto a las dimensiones *conveniente-no conveniente* el 83% de los entrevistados lo encuentra *bastante conveniente*, el 9% lo encuentra *medianamente conveniente* y el otro 8% lo encuentra *poco conveniente*. Entre los entrevistados que manifestaron que es *poco conveniente* no se observan diferencias entre disciplinas. En relación a las dimensiones *peligroso-no peligroso* el 66% de los entrevistados lo encuentra *bastante no peligroso*, el 8% *medianamente no peligroso*, el 10% *poco no peligroso*, el 2% *poco peligroso*, el 2% *medianamente peligroso* y el 10% restante *bastante peligroso*. Un 2% de los entrevistados mostró actitud neutra hacia esta dimensión.

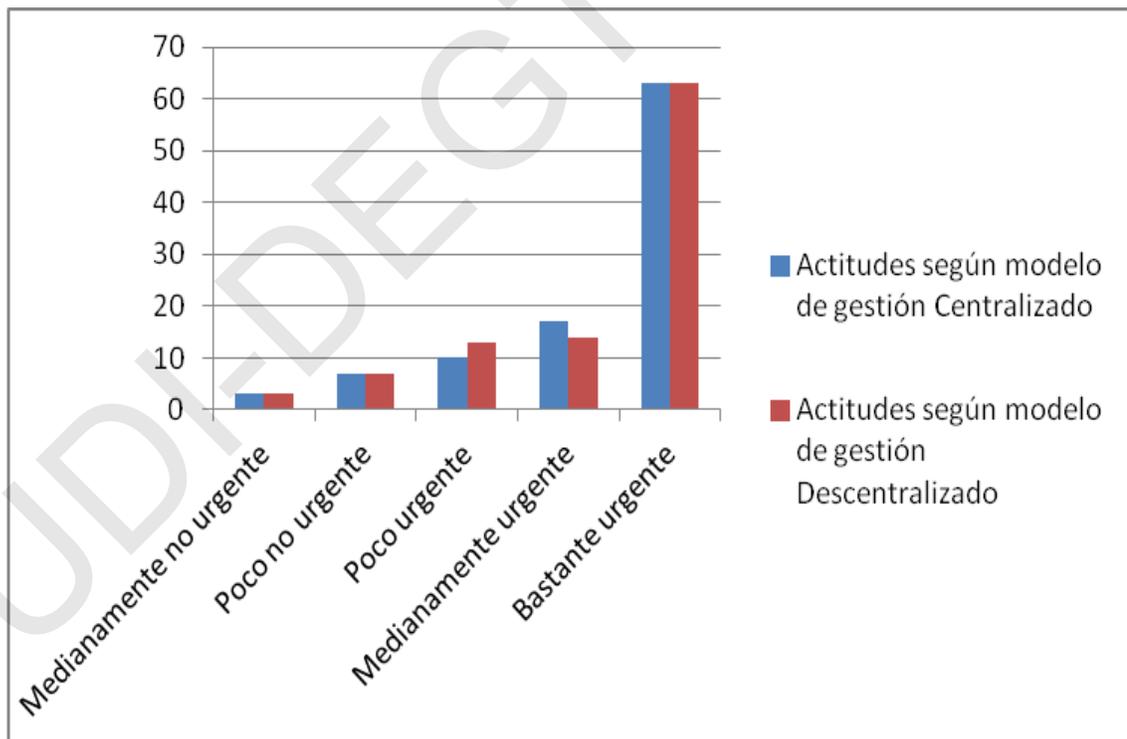
En cuanto a las dimensiones *posible-imposible* el 84% de los entrevistados lo encuentra *bastante posible*, el 8% *medianamente posible*, el 5% *medianamente imposible* y el 3% restante *poco imposible*.

En cuanto al modelo de gestión en donde laboran los participantes en el estudio, las actitudes sobre el elemento *que sean los integrantes de la comunidad los que seleccionen y planifiquen acciones de promoción de la salud*

en su dimensión posible-no posible presenta una diferencia significativa al 0.041. Destacándose que los entrevistados del modelo de gestión descentralizado demostraron actitud positiva en un 100% en comparación con el 83.3% de los trabajadores del modelo de gestión centralizado.

En cuanto a la urgencia de *que sean los integrantes de la comunidad los que seleccionen y planifiquen acciones de promoción de la salud*, la variación en las actitudes de los entrevistados se presenta en el gráfico siguiente:

Gráfico N° 16 Actitud de los entrevistados respecto a la *urgencia* de que sea la comunidad quien seleccione y planifique las acciones de promoción de la salud según modelo de gestión



De acuerdo a lo presentado en el gráfico anterior, no se observan variaciones en las actitudes entre el personal de ambos modelos de gestión, encontrando

que el 63% de ambos grupos de profesionales consideran que es *bastante urgente que sean los integrantes de la comunidad los que realicen acciones de promoción de la salud*.

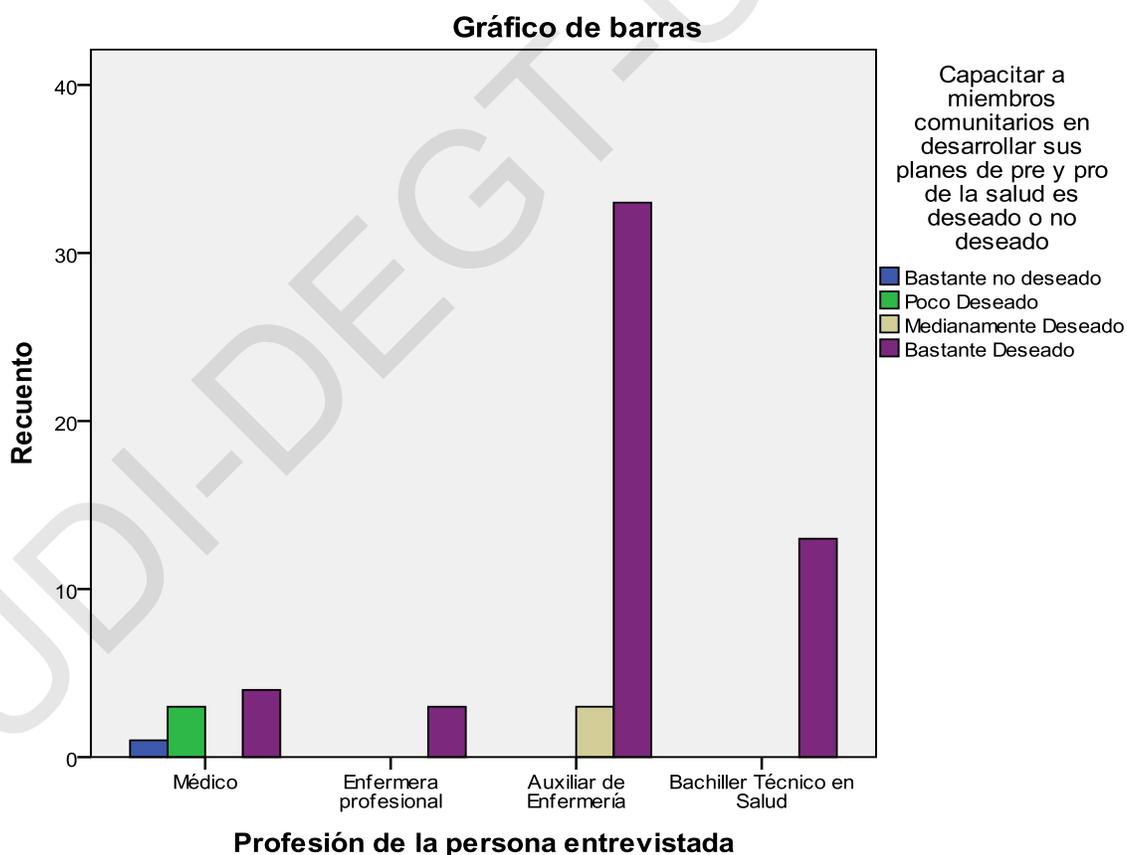
- En relación al ítem *capacitar a miembros de la comunidad para que desarrolle sus propios planes sobre prevención y promoción de la salud*, las actitudes de los entrevistados son positivas ya que el 98% lo encuentra *muy interesante*, el 92% lo encuentra *muy actualizado y bastante creativo*; en cuanto a la actitud ante la variable *nuevo-viejo* el 58% de los entrevistados considera que esta actividad es *muy nueva*, el 10% la considera *medianamente nueva*, el 9% *poco nueva*, el 3% *poco vieja*, el 5% *medianamente vieja* y el 15% considera que es una actividad *muy vieja*.

A la dimensión *deseado-no deseado* el 88% de los entrevistados manifestó que *capacitar a miembros de la comunidad para que desarrollen sus propios planes sobre prevención y promoción de la salud*, es una actividad *bastante deseada*, en comparación con el 5% que solo lo consideran *medianamente deseado*, el 5% *poco deseado* y el 2% *bastante no deseado*. En esta dimensión encontramos una diferencia significativa al 0.000 entre los participantes de las diferentes profesiones: médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores de salud. Las principales diferencias se reflejaron entre los médicos y las enfermeras profesionales con una significancia al 0.048; entre los médicos y las auxiliares de enfermería con una significancia al 0.000; y

entre los médicos y los promotores de salud con significancia al 0.001; destacándose la actitud positiva en un 100% de las enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores de salud; en tanto que la actitud de los médicos es de 87.5%.

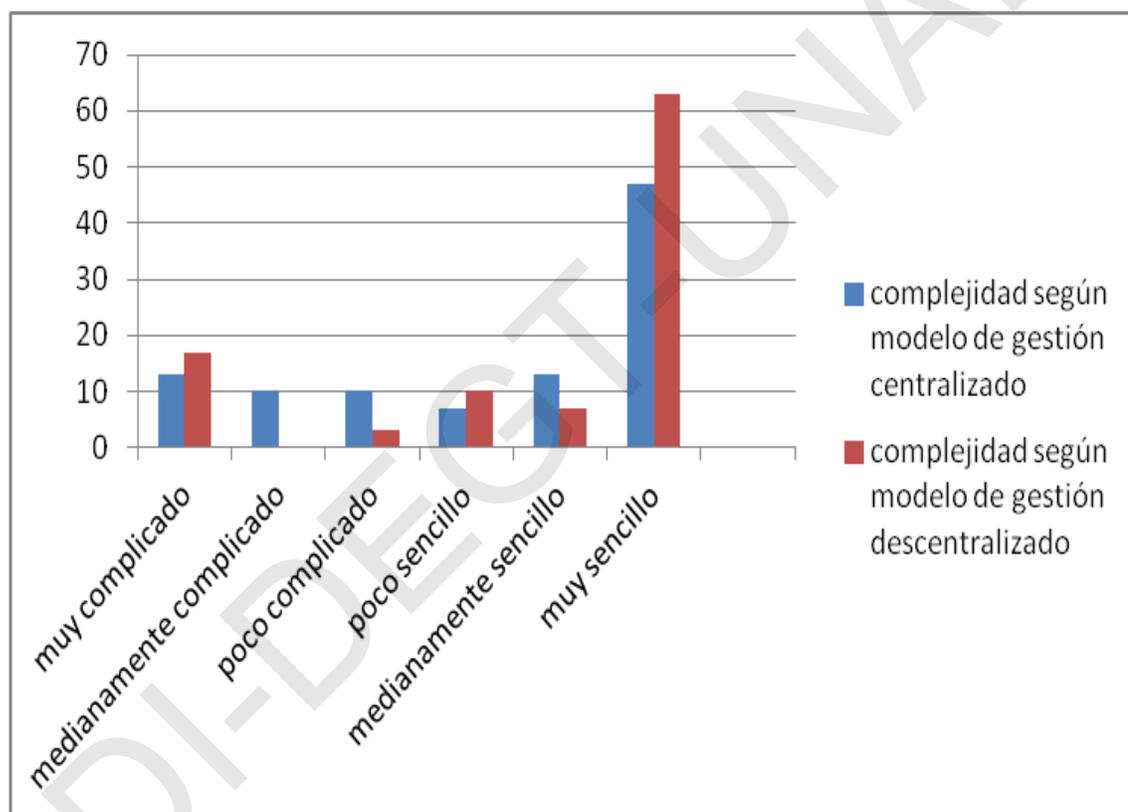
Esta situación se visualiza claramente en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 17 Actitud de los entrevistados respecto a la dimensión deseado-no deseado de capacitar a miembros de la comunidad para que desarrollen sus propios planes de promoción de la salud según profesión



En cuanto al nivel de complejidad que los entrevistados encuentran en *capacitar a miembros de la comunidad*, a continuación se muestran sus actitudes:

Gráfico N° 18 Actitud de los entrevistados respecto al nivel de complejidad de *capacitar a miembros de la comunidad para que desarrollen sus propios planes de promoción de la salud* según modelo de gestión



Se observa que según las actitudes del personal entrevistado del modelo centralizado, éstos encuentran más *complicado* que los entrevistados del modelo descentralizado la actividad de *capacitar a los miembros de la comunidad para que ellos desarrollen sus planes de promoción de la salud*. Los

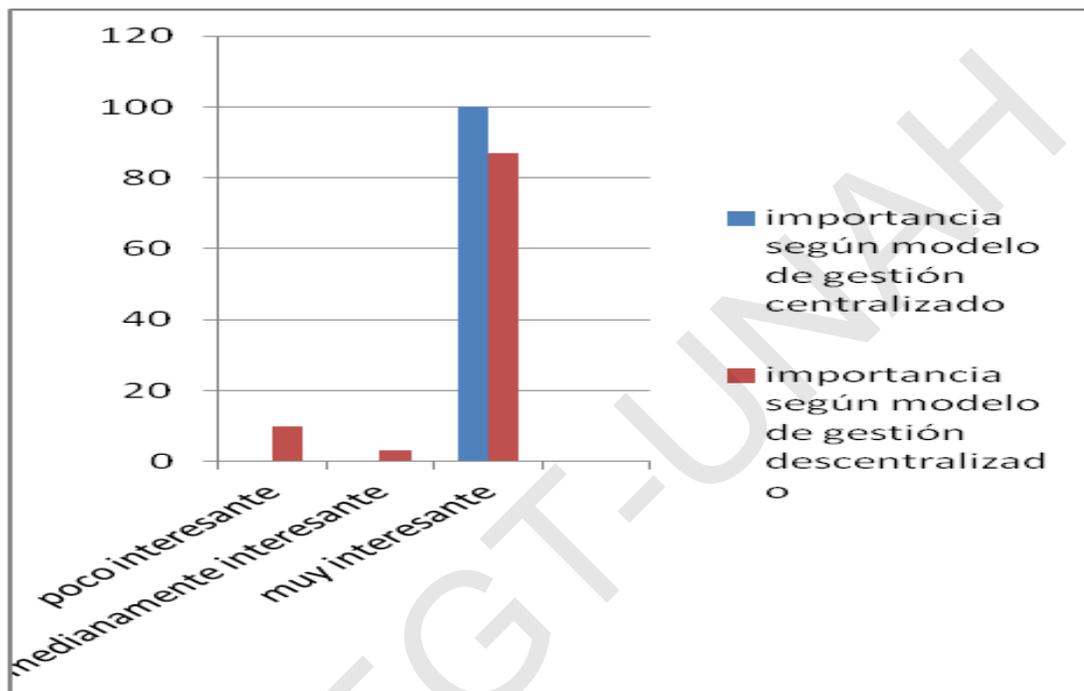
entrevistados que manifestaron que es *muy complicado* o *medianamente complicado* fueron médicos, auxiliares de enfermería y promotores de salud. El grupo de enfermeras profesionales de ambos modelos de gestión consideran como una actividad muy sencilla capacitar miembros de la comunidad.

- En relación al ítem *que los miembros de las organizaciones comunitarias participen en el monitoreo y evaluación de los servicios de salud*, las actitudes de los entrevistados son muy positivas hacia las dimensiones planteadas: el 100% considera que es una actividad *muy positiva*, el 98% considera que es *bastante importante*, el 95% considera que es *muy efectiva, muy productiva y muy deseable*.

La mayoría de los entrevistados de ambos modelos de gestión consideran bastante *productivo* que *los miembros de las organizaciones comunitarias participen en el monitoreo y evaluación de los servicios de salud*. Sin embargo un médico del modelo centralizado y dos auxiliares de enfermería del modelo descentralizado, consideran que es solo *poco o medianamente productivo*.

En tanto que el 93% de los entrevistados considera que es *muy interesante*; el resto de variaciones se presenta en el gráfico siguiente:

Gráfico N° 19 Actitud de los entrevistados respecto al *interés* en que los miembros de las organizaciones comunitarias participen en el monitoreo y evaluación de los servicios de salud según modelo de gestión



Los resultados nos muestran que el 100% del personal del modelo de gestión centralizado y el 87% del modelo de gestión descentralizado consideran *muy interesante* que los miembros de organizaciones comunitarias participen en el monitoreo y la evaluación de los servicios de salud.

En cuanto al modelo de gestión en donde laboran los participantes en el estudio, las actitudes sobre el elemento *que los miembros de las organizaciones comunitarias participen en el monitoreo y evaluación de los servicios de salud* en la dimensión *interesante-no interesante* se observa una diferencia significativa al 0.046. Destacándose que los entrevistados del modelo

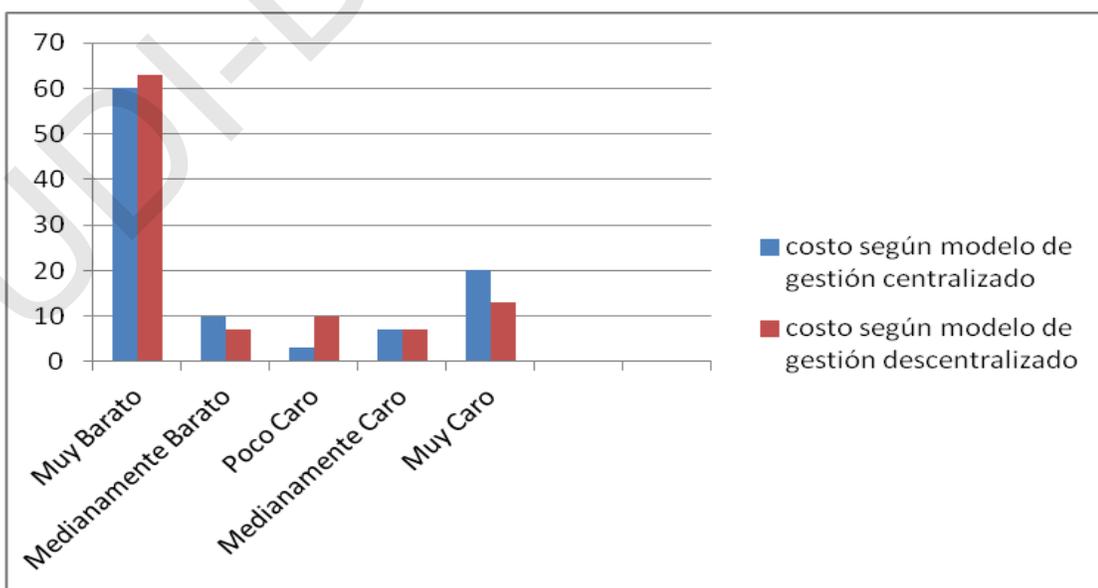
de gestión centralizado demostraron actitud positiva en un 100% en comparación con el 90% de los trabajadores del modelo descentralizado.

3. Actitudes en Intersectorialidad

- Al analizar la variable *realizar actividades de promoción de la salud en escuelas y colegios*, los ítems estudiados muestran positividad en la actitud del personal de salud considerando esta actividad como *muy necesaria*, *muy productiva* y *muy conocida* por el 100% de los entrevistados; en tanto que el 98% la consideran como *bastante útil* y *muy posible*.

Las actitudes de los entrevistados con alguna variabilidad se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 20 Actitud del personal entrevistado respecto al costo de realizar actividades de promoción en escuelas y colegios según modelo de gestión



Alrededor del 60% del personal entrevistado de ambos modelos de gestión consideran que es *muy barato realizar actividades de promoción de la salud en escuelas y colegios*.

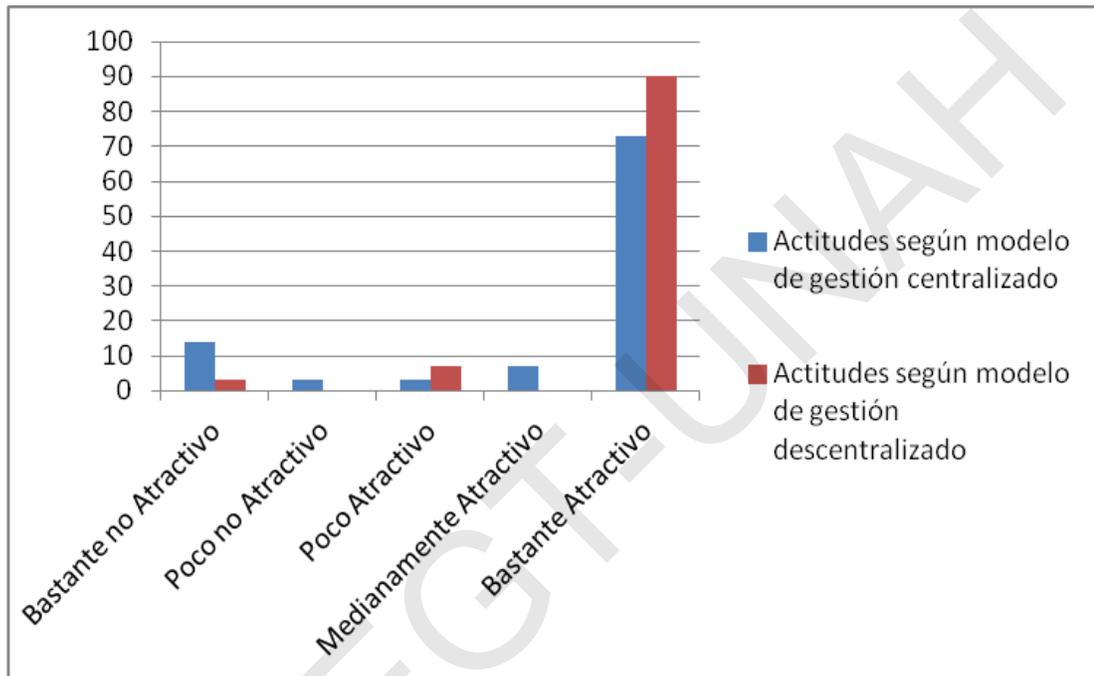
No obstante algunos de los entrevistados consideran que es un *poco caro, medianamente caro o muy caro*. En este caso los trabajadores que lo mencionaron fueron: una enfermera profesional, ocho auxiliares de enfermería y tres promotores del modelo de gestión centralizado; en tanto que del modelo descentralizado los recursos que consideran que es un *poco caro, medianamente caro o muy caro* fue un médico, seis auxiliares de enfermería y cuatro promotores de salud.

- En cuanto a la actitud de los entrevistados respecto a la *gestión de recursos con instituciones y organizaciones para el desarrollo de actividades para la promoción de salud comunitaria*, el 95% considera que esta actividad es *bastante útil*, el 88% considera que es *bastante urgente*; en tanto que el 80% lo considera *factible*.

Sin embargo solamente el 75% de los entrevistados considera que es una actividad *bastante alcanzable* y además solo el 76% lo considera bastante atrevido, por lo cual se podría inferir que el resto del personal entrevistado no se atreve a gestionar recursos con instituciones y organizaciones.

El 82% de los entrevistados considera que *gestionar recursos es bastante atractivo*; las variaciones en actitudes se muestran a continuación:

Gráfico N° 21 Actitud de los entrevistados respecto a lo *atractivo* – *no atractivo de gestionar recursos con instituciones y organizaciones para realizar actividades de promoción de salud comunitaria* según modelo de gestión



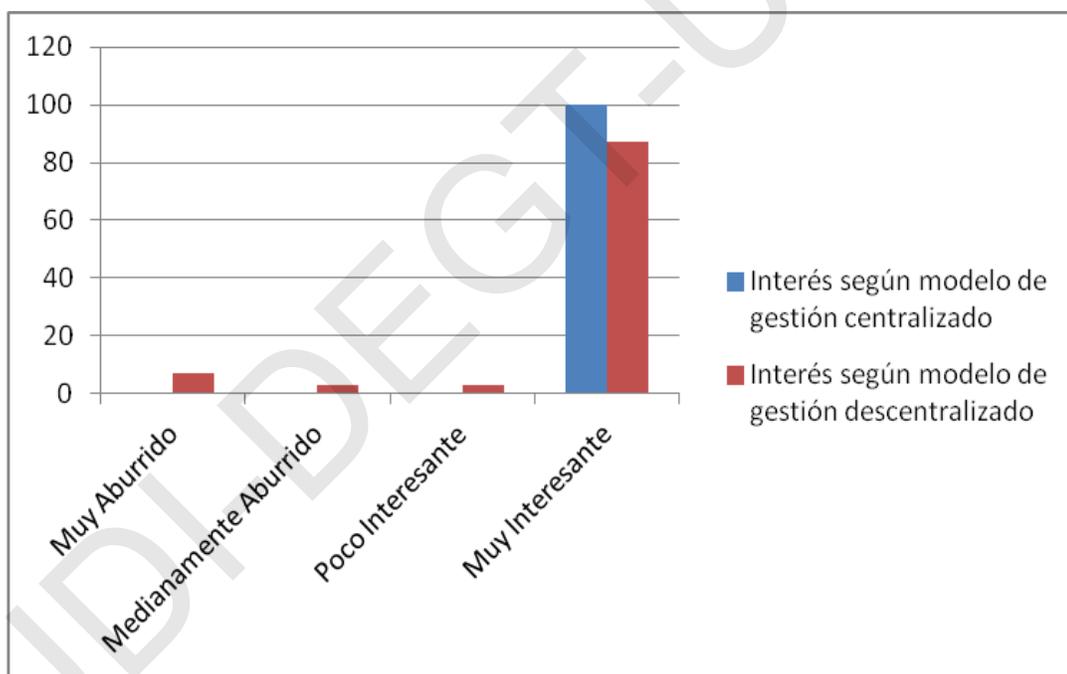
El 90% de los trabajadores de salud entrevistados del modelo de gestión descentralizado consideran *bastante atractivo* la *gestión de recursos con instituciones y organizaciones para realizar actividades de promoción de salud comunitaria*, en tanto que solo el 73% de los entrevistados del modelo centralizado encuentran esta actividad como *atractiva*.

- Al estudiar la variable *educar y trabajar con miembros de la comunidad sobre temas ambientales y ecológicos*, las actitudes de los entrevistados a los adjetivos bipolares presentados son: el 100% considera que esta actividad es *bastante importante*, el 98% lo encuentra *bastante constructivo*, el 97% lo considera *muy valioso*, el 95% *bastante impactante*; en tanto que el 90% lo

considera *muy posible*. Las actitudes demostradas por los entrevistados de ambos modelos de gestión y de las diferentes disciplinas son similares.

La actitud de los entrevistados al adjetivo *interesante* o *no interesante* se plasma en un 93% que considera la actividad como *muy interesante*, sin embargo se observaron variaciones, las que se muestran a continuación:

Gráfico N° 22 Actitud de los entrevistados respecto al *interés en educar y trabajar con miembros de la comunidad en temas ambientales y ecológicos* según modelo de gestión



El 100% del personal del modelo de gestión centralizado y el 87% del modelo de gestión descentralizado encuentran *muy interesante educar y trabajar con miembros de la comunidad sobre temas ambientales y ecológicos*; de los entrevistados del modelo descentralizado que encuentran la actividad como

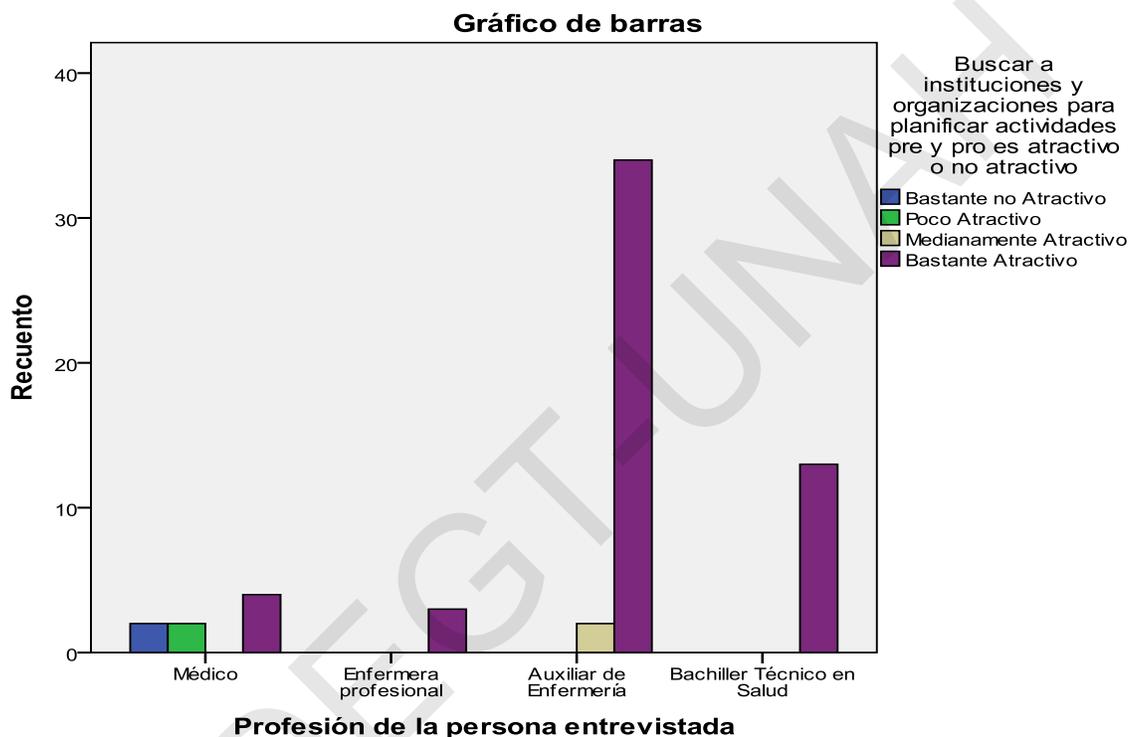
poco interesante fueron: un médico, dos auxiliares de enfermería y un promotor de salud.

- Al estudiar la variable *buscar instituciones y organizaciones comunitarias para planificar conjuntamente actividades de prevención y promoción de la salud*, las actitudes de los entrevistados a los adjetivos bipolares estudiados son: el 100% considera que es *bastante necesario*, el 92% lo encuentra *bastante manejable*; en tanto que solo el 57% lo considera *bastante frecuente*. Las actitudes de los entrevistados según modelos de gestión son similares.

En tanto que en la dimensión *atractivo-no atractivo* de *buscar instituciones y organizaciones comunitarias para planificar conjuntamente actividades de prevención y promoción de la salud*, el 90% de los participantes lo encuentra *bastante atractivo*. Se encontró una diferencia significativa al 0.000 entre los médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores de salud. Los principales diferencias se reflejaron entre los médicos y las enfermeras profesionales con una significancia al 0.028; entre los médicos y las auxiliares de enfermería con una significancia al 0.000; y entre los médicos y los promotores de salud con significancia al 0.000. Se destacan las actitudes positivas en un 100% de las enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores de salud, en comparación con el 75% de los médicos.

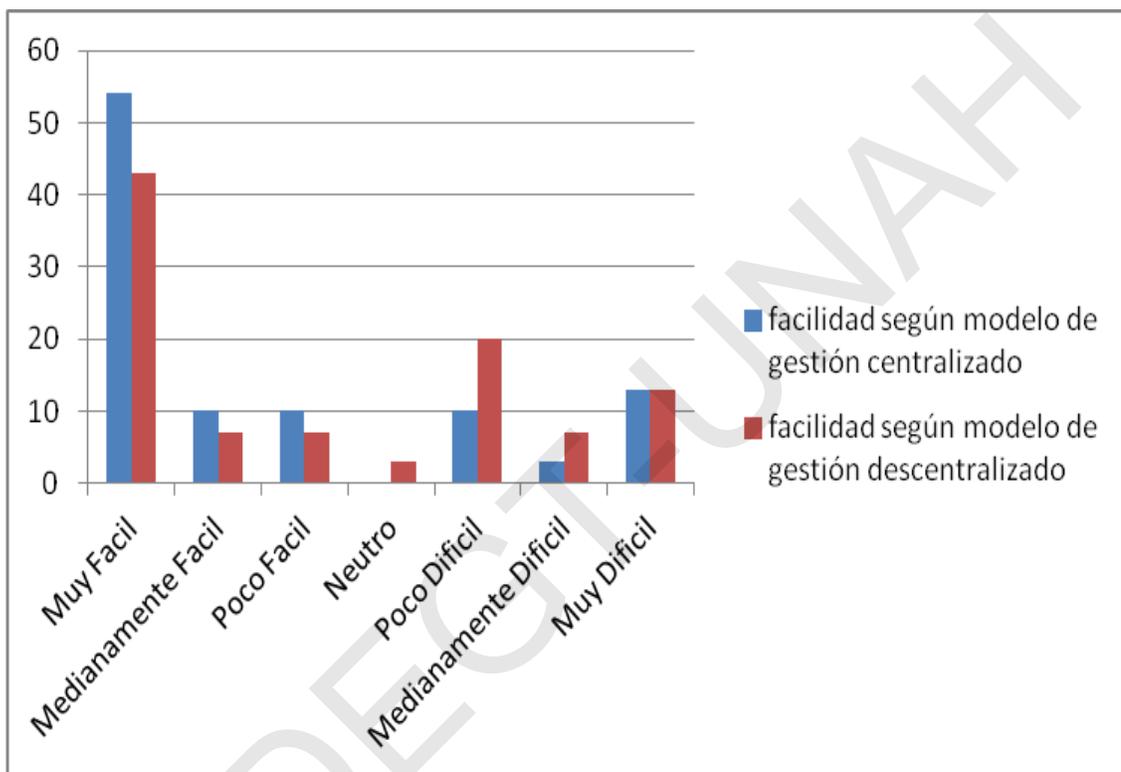
Esto se muestra gráficamente a continuación:

Gráfico N° 22 Actitud de los entrevistados respecto a la dimensión atractivo-no atractivo de *buscar instituciones y organizaciones comunitarias para planificar conjuntamente actividades de prevención y promoción de la salud* según profesión



En los adjetivos *fácil-difícil* y *sencillo-complicado* se observa que según las actitudes del personal entrevistado del modelo centralizado, éstos encuentran más fácil que los entrevistados del modelo descentralizado la actividad de *buscar a las instituciones y organizaciones comunitarias para planificar actividades de prevención y promoción de la salud* tal como se muestra a continuación:

Gráfico No. 23 Actitudes de los entrevistados respecto a *buscar instituciones y organizaciones comunitarias para planificar conjuntamente actividades de prevención y promoción de la salud* en según modelo de gestión



Los entrevistados que manifestaron que es *muy difícil* o *medianamente difícil* fueron: del modelo centralizado tres médicos y dos auxiliares de enfermería y del modelo descentralizado fueron un médico, cuatro auxiliares de enfermería y un promotor de salud. El grupo de enfermeras profesionales de ambos modelos de gestión respondieron que les parece muy fácil trabajar con instituciones y organizaciones comunitarias en actividades de prevención y promoción de la salud.

VII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

La hipótesis planteada en el estudio gira alrededor de las diferencias existentes en las competencias -conocimientos y actitudes-; respecto de los elementos de la Atención Primaria en Salud: *Atención Familiar y Comunitaria, Participación Comunitaria e Intersectorialidad*; que presentan los recursos humanos de las unidades de salud con modelo de gestión *centralizado* o *descentralizado* del Departamento de Francisco Morazán durante 2010-2011.

En dicha hipótesis, se previó comparar los resultados únicamente en base a la variable *modelo de gestión*; sin embargo en la práctica, producto de los procedimientos estadísticos aplicados a los resultados, mediante la correlación de las variables estudiadas se observó que la significancia principal estaba determinada por la variable *profesión de la persona entrevistada: Médicos, Enfermeras profesionales, Auxiliares de enfermería y Promotores de Salud*.

Las competencias identificadas como significativamente diferentes por la variable *profesión* fueron doce en total, abarcando los cuatro ámbitos de conocimientos y actitudes explorados: *Atención Primaria en Salud, Orientación Familiar y Comunitaria, Participación Social e Intersectorialidad*. De acuerdo al *modelo de gestión*, las variables significativamente diferentes fueron cuatro en total, abarcando solamente los ámbitos *Orientación Familiar y Comunitaria* para la variable conocimientos y *Participación Social* para la variable actitudes.

Las tablas siguientes muestran los valores para cada una de las variables sobre *Competencias en APS*; **tipo de profesional** que mejores competencias mostró en cada caso; y *nivel de significancia de la diferencia encontrada* respecto del resto de trabajadores de salud.

Tabla No. 12 Conocimientos de APS significativamente distintos por tipo de profesión

CONOCIMIENTOS EN APS	% DE CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES				SIGNIFICANCIA DE LA DIFERENCIA
	MEDICOS	ENF. PROF.	AUX. ENFERM	PROM. SALUD	
Conocimientos generales de APS	100	50	66.6	69	.002
Elementos del ASIS comunitario	87.5	100	75	77	.003
Diagnóstico de salud familiar: condiciones de trabajo	100	66.7	58.3	100	.006
Conocimientos de los principios de la APS	63	0	30.5	46	.007
Elementos de salud del individuo: factores genéticos	62.5	100	94.4	100	.011
Mención de mecanismos para identificación de actores comunitarios	62.5	100	36.1	46.2	.015

Tabla No. 13 Actitudes en APS significativamente distintas por tipo de profesión

ACTITUDES EN APS	% DE ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES								SIGNIFICANCIA DE LA DIFERENCIA
	MEDICOS		ENF. PROF.		AUX. ENFERM		PROM. SALUD		
	POSIT	NEG.	POSIT	NEG.	POSIT	NEG.	POSIT	NEG.	
Visitas comunitarias: deseable-no deseable	62.5	37.5	100	0	94.4	5.6	100	0	.000
Capacitar miembros de la comunidad: deseado-no deseado	87.5	12.5	100	0	100	0	100	0	.000
Buscar instituciones para planificar acciones: atractivo-no atractivo	75	25	100	0	100	0	100	0	.000
Visitas comunitarias: agradable-no agradable	25	75	100	0	100	0	100	0	.005
Participar en reuniones comunitarias: deseable-no deseable	75	25	100	0	100	0	100	0	.007
Educar padres de familia (papás): efectivo-no efectivo	87.5	12.5	100	0	94.4	5.6	100	0	.028

Las tablas siguientes muestran los valores para cada una de las variables sobre *Competencias en APS; modo de gestión* que mejores competencias mostró en cada caso; y *nivel de significancia de la diferencia encontrada* respecto del otro modelo de gestión.

Tabla No. 14 Conocimientos de APS significativamente distintos por modelo de gestión

CONOCIMIENTOS EN APS	% DE CONOCIMIENTOS DE LOS ENTREVISTADOS POR MODELO DE GESTIÓN		SIGNIFICANCIA DE LA DIFERENCIA
	CENTRALIZADO	DESCENTRALIZADO	
Diagnóstico de salud familiar: condiciones de trabajo	40	16.7	.019
Elementos de salud del individuo: factores genéticos	40	13.3	.046

Tabla No. 15 Actitudes en APS significativamente distintas por modelo de gestión

ACTITUDES EN APS	% DE ACTITUDES DE LOS ENTREVISTADOS DEL MODELO DE GESTIÓN				SIGNIFICANCIA DE LA DIFERENCIA
	CENTRALIZADO		DESCENTRALIZADO		
	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	
Que sean los integrantes de la comunidades que seleccionen y planifiquen acciones de promoción de la salud: posible-imposible	83.3	16.7	100	0	.041
Que miembros de las organizaciones comunitarias participen en monitoreo y evaluación de servicios de salud: interesante-aburrido	100	0	90	10	.046

Al analizar algunos resultados de los cuadros anteriores, podemos advertir que los conocimientos de los diferentes profesionales de la salud son muy dispersos; sin embargo se polarizan negativamente entre los conocimientos de los médicos y los conocimientos del resto de los profesionales de la salud entrevistados en relación con conocimientos *conceptuales sobre APS*; y positivamente entre todos los profesionales de la salud en áreas relacionadas con actividades de *participación comunitaria* en su mayoría.

Es de resaltar la actitud positiva demostrada por las enfermeras profesionales, los promotores de salud y las auxiliares de enfermería; en contraste con la actitud de los médicos en las variables relacionadas con la *participación comunitaria* y la *intersectorialidad*.

Un Sistema de Salud basado en la **Atención Primaria en Salud** (APS), debe prestar a la población una atención integral e integrada, hacer énfasis en la prevención y en la promoción y garantizar el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades deben ser la base para la planificación y la acción con el fin último de lograr la salud de la población y el desarrollo humano.

Actualmente en nuestro país no existen equipos multidisciplinarios de trabajo en salud, por lo cual de acuerdo a los resultados del estudio se reconoce a la auxiliar de enfermería como el recurso que aplica en su mayoría la APS; de manera individual se identifican también otros recursos como los médicos, promotores de salud y enfermeras profesionales. Por otra parte, los odontólogos, psicólogos y trabajadores sociales casi no son considerados como responsables de aplicar la APS debido, a la prioridad en la formación clínica en el primer caso, y paradójicamente a la falta de formación clínica asistencial directa en el segundo y tercer caso de las disciplinas mencionadas.

De igual forma se reconoce como parte de las deficiencias del sistema de salud hondureño, las diferencias en la formación de los recursos humanos por

disciplinas y no obedeciendo a las necesidades de la población; aunado a esto la falta de capacitación continua sobre la APS, lo que se traduce en muy poco conocimiento de los valores, principios y elementos de la estrategia APS y en la falta de aplicación de la misma en forma integral e integrada por parte del personal de salud.

Las diferencias principales se reflejaron entre el conocimiento de los médicos de ambos modelos de gestión que presentaron mejor nivel de conocimientos generales y principios de la APS, en comparación con los conocimientos del resto de profesionales entrevistados.

Uno de los elementos más importantes de la APS, estudiado en este trabajo es la **orientación familiar comunitaria**, el cual implica que un sistema de salud no descansa exclusivamente en una perspectiva clínica o individual; por el contrario, emplea la perspectiva de salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos y priorizar intervenciones.

La **orientación familiar comunitaria** implica además que la familia y la comunidad deben ser consideradas como el foco primario de la planificación y la intervención; sin embargo en nuestra realidad esto no se cumple pues en relación a las competencias de los recursos humanos acerca de *los elementos que se consideran que puedan afectar la salud de las personas*, el tipo de acciones e intervenciones por los trabajadores de salud, sugiere una visión centrada en el nivel individual, ya que se ponderan los estilos de vida en un 100%; en cambio los aspectos sociales, familiar y comunitario son poco

considerados como elementos que puedan afectar la salud de los individuos y las familias. Debido a esta visión medicalizada de la salud no se desarrollan acciones de prevención y promoción de la salud en los servicios de salud existentes.

En cuanto a los conocimientos sobre *los elementos necesarios para realizar el diagnóstico de situación de salud familiar*, los participantes de ambos *modelos de gestión* presentan diferencias significativas en los componentes: *factores genéticos y biológicos (edad, sexo, antecedentes familiares)* y *condiciones de trabajo o laborales (estrés, desempleo, salario)*. Los entrevistados que laboran en el modelo centralizado presentaron mejor nivel de conocimientos en comparación con los trabajadores del modelo de gestión descentralizado. Sobre esta misma variable *condiciones de trabajo o laborales: estrés, desempleo y salario*, comparando los conocimientos de los *diferentes profesionales* entrevistados se encontró una diferencia significativa entre casi la mitad de las auxiliares de enfermería que mencionaron este elemento y los promotores de salud que no lo mencionaron.

En esta misma variable *elementos para realizar el diagnóstico de situación de salud de la comunidad*, se observó una diferencia significativa entre los conocimientos de las enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y los promotores de salud; encontrándose un mejor nivel de conocimiento de las enfermeras profesionales, tal como se muestra en la tabla No. 8.

Siendo una acción indispensable del abordaje familiar comunitario, se encuentra nula visibilidad de los trabajadores de salud hacia *la referencia oportuna a atención en un nivel de mayor complejidad*, la cual es una pieza clave de la APS, ya que permite, además de solucionar la situación individual de la persona involucrada, medir la capacidad resolutoria del sistema.

El personal de salud realiza *las visitas comunitarias para identificar y abordar los problemas de salud de las familias en la comunidad*; sin embargo se evidenció que el personal encuentra esta actividad *muy compleja*, debido probablemente a las dificultades de apoyo logístico para la realización de las actividades de campo. La *organización de grupos de apoyo* tampoco es una actividad que los trabajadores de salud hayan desarrollado como intervenciones de promoción de la salud en las familias y comunidades debido a la falta de una visión colectiva de la salud.

En cuanto a la actitud del personal para realizar *visitas comunitarias para identificar y abordar los problemas de salud de las familias en la comunidad*, la mayoría encuentra esta actividad *muy deseable y muy agradable*; en esta misma variable se encontró una diferencia significativa que se reflejó entre los médicos y las auxiliares de enfermería y entre los médicos y los promotores de salud. Destacando que la actitud mostrada por los médicos fue bastante negativa, en comparación con una actitud muy positiva tanto de las enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, así como de los promotores de salud.

En relación a las *acciones que se realizan con propósitos de promoción de la salud en las familias*, el personal entrevistado las considera *muy valiosas y muy útiles*.

Las actividades de *promoción de la salud con personas de bajo nivel educativo*, fueron consideradas *muy educativas, bastante necesarias, bastante accesibles*. Sin embargo también se les considera actividades *muy lentas* y percibida también como *obligatoria*. Además dentro de las competencias del personal de salud se realizan *actividades de educación a madres y padres de familia*; actividades en las cuales se observó una mayor facilidad para trabajar con madres de familia que con padres. La actitud en este componente, tanto de las enfermeras profesionales como de los promotores de salud y de las auxiliares de enfermería fue totalmente positiva; en tanto que los médicos mostraron una actitud positiva en menor grado.

Uno de los principios más significativos de la APS es la ***participación social***, que es un proceso a través del cual los grupos, las organizaciones, las instituciones o los diferentes sectores, intervienen en la identificación de los problemas de salud y se unen en una sólida alianza para diseñar, ejecutar y evaluar las soluciones. Un conocimiento adecuado de este principio es importante para el cumplimiento de las competencias del personal de salud. No obstante la amplitud en la conceptualización en la participación social es desconocida por el personal de salud por falta de capacitación continua en este aspecto.

A pesar de desconocer el concepto de participación social, la mayoría del personal de salud conoce como operacionalizarla pues elaboran planes de acción en base a prioridades de salud de la población. Además identifican de manera efectiva a los actores de la comunidad. En cuanto a los conocimientos sobre *mecanismos para identificar actores comunitarios*, las enfermeras profesionales son las que muestran el nivel más alto, en comparación con los del resto de los entrevistados.

La mayoría del personal de salud entrevistado considera *muy deseable y bastante sencilla* la actividad de *participar en reuniones comunitarias para discutir problemas de salud de la comunidad*; además favorecen el hecho de *que sean los integrantes de la comunidad los que seleccionen y planifiquen las acciones de promoción de la salud*. La minoría del personal de salud considera *poco útil* la participación de la comunidad en la búsqueda de soluciones a sus propios problemas. La actitud tanto de las enfermeras profesionales como de las auxiliares de enfermería y de los promotores de salud fue totalmente positiva hacia esta actividad, en comparación con los médicos que mostraron una actitud positiva en un grado menor.

En relación al ítem *capacitar a los miembros de la comunidad para que desarrollen sus propios planes sobre prevención y promoción de la salud*, las actitudes de la mayoría de los entrevistados fueron positivas; sin embargo, se observa que el personal del modelo centralizado encuentra más complicada

que los entrevistados del modelo descentralizado la actividad de *capacitar a los miembros de la comunidad para que ellos desarrollen sus planes de promoción de la salud*.

En cuanto a la actitud sobre esta misma actividad, de los profesionales entrevistados, destacó la actitud totalmente positiva de las enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores de salud; en tanto que la actitud de los médicos fue positiva aunque en un nivel de significancia menor.

En relación al ítem *que los miembros de las organizaciones comunitarias participen en el monitoreo y evaluación de los servicios de salud*, las actitudes del total de los entrevistados fueron muy positivas, no obstante aquellos pertenecientes al modelo centralizado, fueron significativamente más positivas que los trabajadores del modelo descentralizado.

En cuanto al principio de ***intersectorialidad***, que es un conjunto de acciones coordinadas entre actores representativos de varios sectores, destinados a tratar los problemas vinculados a la salud, y constituyente de una fuente sólida para construir sistemas de salud sostenibles y equitativos.

La mayoría de los entrevistados manifestó tener conocimientos para la identificación de *actores participantes en la elaboración de planes y proyectos de salud*; la mitad de los entrevistados mencionó los *mecanismos de comunicación efectiva entre los trabajadores de salud y la comunidad*, lo cual nos indica que el personal de salud hace sus esfuerzos debido principalmente a

las dificultades por las que atraviesa día a día en su labor y se ven precisados a realizar acciones tendientes a solucionar los problemas estructurales y logísticos de su función.

Al analizar la variable *realizar actividades de promoción de la salud en escuelas y colegios*, los resultados muestran positividad en la actitud del personal de salud. Alrededor del 60% de los entrevistados de ambos modelos de gestión consideran que es *muy barato realizar actividades de promoción de la salud en escuelas y colegios*.

En cuanto a la actitud de los entrevistados respecto a la *gestión de recursos con instituciones y organizaciones para el desarrollo de actividades para la promoción de salud comunitaria*, la mayor parte de los entrevistados tiene actitud positiva hacia esta actividad.

En cuanto a la variable *educar y trabajar con miembros de la comunidad sobre temas ambientales y ecológicos*; así como la variable *buscar instituciones y organizaciones comunitarias para planificar conjuntamente actividades de prevención y promoción de la salud* las actitudes de los entrevistados son muy positivas. Estas actitudes fueron similares en ambos modelos de gestión. Sobre la misma variable se destacan las actitudes positivas de totalidad de las enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores de salud, a diferencia de los médicos, cuyo nivel de actitudes fue menor.

VIII. CONCLUSIONES

- Más de la mitad de la población estudiada, no conocen, ni se sienten responsables de aplicar los principios de *Atención Primaria en Salud*; el elemento mayormente desconocido de la APS se refiere a la *Orientación Familiar y Comunitaria*.
- En lo que concierne a los conocimientos necesarios para la *realización del diagnóstico de salud familiar y comunitaria*, el personal de salud se enfoca, ya sea hacia el aspecto biológico o hacia lo meramente social, lo cual se relacionó con las características de su formación.
- Debido a la no existencia de los equipos multidisciplinarios en salud se continúa trabajando de forma tradicional medicalizada-curativa; por tanto los recursos de salud no pueden identificar e intervenir familias y comunidades en riesgo, elementos fundamentales para un abordaje desde la óptica de *Atención Primaria en Salud*.
- Se evidenciaron mejores conocimientos sobre los principios *Participación Social e Intersectorialidad*, encontrándose que los *Promotores de Salud*, seguidos de las *Enfermeras Profesionales*, son quienes tienen mayor conocimiento sobre estos principios de APS; y de acuerdo a las actitudes demostradas aplican ese conocimiento.
- Las actitudes positivas demostradas por las *Enfermeras Profesionales*, *Auxiliares de Enfermería* y *Promotores de Salud*, contrastan con la actitud

poco positiva de los Médicos, para los principios de *Intersectorialidad* y *Participación comunitaria*; ya que, de acuerdo a la estructura actual del sistema de salud, los médicos son los gerentes conductores de los servicios de salud, pudiendo tener una implicación directa sobre el nivel de eficiencia de las labores relacionadas con APS en las US estudiadas.

- Más de tres cuartas partes de los profesionales de salud entrevistados no han recibido capacitación sobre los principios de Atención Primaria en Salud, sobre *organización comunitaria*, ni sobre elaboración de *perfiles de proyectos*, lo cual implica que los recursos humanos no están listos para afrontar los desafíos que se plantean en el nuevo Modelo Nacional de Salud.
- Las diferencias significativas encontradas en el presente estudio sobre las competencias -*conocimientos y actitudes*- de los recursos humanos en la prestación de los servicios de salud relacionadas con la variable *Profesión de la persona entrevistada*, pesan más que las diferencias significativas relacionadas con la variable *Modo de Gestión en el cual laboran los entrevistados*, ya que, al no haber equipos multidisciplinares de salud conformados, influye más en el cumplimiento de sus competencias el entendimiento que cada profesional tiene sobre la APS.

IX. RECOMENDACIONES

- Las escuelas formadoras deben incluir en los planes de formación de todas las disciplinas de las ciencias de la salud, como eje transversal los valores, principios y elementos de la Atención Primaria en Salud para asegurar un adecuado desempeño de los recursos humanos en el establecimiento de sistemas de salud, eficientes y eficaces.
- La Secretaría de Salud debe contar con un plan de gestión, capacitación y evaluación de sus recursos humanos basado en el enfoque de competencias para que puedan cumplir con los requerimientos del Nuevo Modelo Nacional de Salud y de esa forma contribuir a mejorar la salud y el desarrollo humano de la población hondureña.
- La Secretaría de Salud, la UNAH, las Corporaciones Municipales y las demás instituciones involucradas, deben continuar fortaleciendo la conformación y funcionamiento de los equipos multidisciplinarios, para robustecer la promoción y prevención en salud, asegurando el acceso de los servicios de salud a las comunidades y mejorando el relacionamiento entre el individuo, la familia y la comunidad con el sistema de salud en general.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Alduvín, Emilia. *Proyecto de investigación: “Competencias del recurso humano en Atención Primaria en Salud en unidades centralizadas y descentralizadas de Francisco Morazán, 2010”* Honduras. 2010
2. Alduvín, Emilia. *Conocimientos sobre Atención Primaria en Salud de trabajadores de salud en Lempira y Francisco Morazán, 2010-2011.* Honduras. 2011.
3. Banco Interamericano de Desarrollo. *Iniciativa de Salud Mesoamericana 2015, Evaluación económica ex ante.* Honduras. 2011
4. Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud, Banco Mundial.* 1993.
5. Comentario # 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Organización de las Naciones Unidas, Ginebra, Suiza. 2,000
6. Flores, W y Ruano, Ana L. *Atención Primaria en Salud Y Participación Social: Análisis del contexto histórico en América Latina, de los desafíos actuales y las oportunidades existentes.* Buenos Aires, Argentina. 2009.
7. Forti, Silvana. *Cambios en la Política de Salud y Continuidades en la Denegación del Derecho a la Salud en Honduras (1993-2006).* Honduras. 2006
8. Forti, S. y De Negri, A. *Estrategia Integral para la construcción de una Política Pública Nacional de Salud y un Sistema Nacional de Salud con enfoque de Derecho y Principio de Equidad en Honduras.* Honduras. 2006
9. Instituto Nacional de Estadística. República de Honduras. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2011-2012.* Tegucigalpa. 2012

10. Irigoin, M. y Vargas, F. *Competencia Laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud*. Cinterfor/OIT para la OPS. Washington, D.C. 2002.
11. La Gaceta No. 32,871, República de Honduras. *Decreto Ejecutivo PCM 025-2012. Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre la SESAL, UNAH, Secretaría de Educación y otras*. Honduras 2012.
12. Méndez, Ramírez I. *El protocolo de investigación lineamientos para su elaboración y análisis*. México. 1990.
13. OIT-OPS, *Panorama de la Exclusión de la Protección Social en Salud en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. 2000
14. OMS. *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud*. Alma-Ata, URSS. 1978.
15. OMS. *World Health Report 2000*. Geneva: World Health Organization, 2000.
16. OPS/OMS. *Exclusión social en Salud en países de América Latina y el Caribe, Serie No 1. Extensión de la protección social en salud (Edición revisada 2004)*, Washington, D.C. 2004.
17. OPS/OMS, *La Renovación de la Atención Primaria de Salud de las Américas, Documento de Posición de la OPS/OMS*. Washington. D.C. 2007.
18. OPS/OMS, *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington, D.C. 2008a
19. OPS/OMS. *La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2)*. Washington D.C. 2008b

20. OPS/OMS. *Redes Integradas de Servicios de Salud. (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 4)*. Washington D.C. 2010
21. Organización de las Naciones Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966*. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976.
22. POSAP – UNAH. *Iniciativa Hondureña por el Derecho a la Salud*. Honduras. 2006.
23. POSAP/UNAH/OPS/ACDI. *Análisis de Situación de los Recursos Humanos en Salud de Honduras*. Tegucigalpa, Honduras. 2009
24. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe sobre Desarrollo Humano Honduras 2011. Reducir la inequidad: un desafío impostergable*. PNUD. Tegucigalpa 2011
25. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española (22.ª ed.)*. 2001. Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
26. Rivera, Marcia. *“Tejiendo Futuro. Los cambios posibles del desarrollo social”* ediciones Puerto. San Juan, P.R. 2000
27. Rodríguez, Herrera. *Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central*. 2006
28. Rodríguez Cano, J. *Escala de Diferencial Semántico (OSGOOD)*. Universidad de Viña del Mar, Chile. Sin año.
29. Rovere, M., *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Washington, D.C. 2006
30. Secretaría de Salud. *Plan Nacional de Salud. 2021*. Honduras 2005

31. Secretaría de Salud, MEASURE Evaluation/ PRODIN CONSULTORES. *Estudio comparativo entre el modelo descentralizado y el modelo centralizado en la provisión de servicios de atención primaria en Honduras*. 2009.
32. Secretaría de Salud. OPS/OMS. UNAH. *Marco estratégico de la Secretaría de Salud*. Honduras. 2012
33. Secretaría de Salud. *Manual de Organización y Funciones de las Regiones Sanitarias*. Honduras. 2012
34. Secretaría de Salud. *Modelo Nacional de Salud de la Secretaría de Salud*. Honduras. 2013
35. Tobar, Federico. *"Tendencias en Políticas de salud"*. Documento de trabajo 1. Buenos Aires. 1995
36. Tobar, Federico. *Cuaderno Técnico N° 36*. Washington D.C. *Herramientas para el análisis del sector salud*. OPS 1998.
37. Ugalde, A y Homedes, N. *Descentralización del sector salud en América Latina*. Universidad de Texas-Houston. 2000
38. UNFPA. *Población y Salud. Análisis de situación de población en Honduras. Cuaderno 2*. Honduras. 2011
39. Villacrés N. Syllabus. *Módulo Organización de Sistemas de Salud*. Maestría en Políticas públicas y gestión. FLACSO. 2003.

XI. ANEXOS

ANEXO 1. Glosario de términos utilizados en la Escala de Actitudes

ANEXO 2. Instrumento A. Cuestionario sobre conocimientos de los recursos humanos en Atención Primaria en Salud

ANEXO 3. Instrumento C. Escala de diferencial semántico sobre las actitudes de los recursos humanos en Atención Primaria en Salud

UDI-DEGT-UNAH

ANEXO 1.

GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS EN LA ESCALA DE ACTITUDES *

1. **Aburrido:** Fastidioso, tedioso, generalmente causa disgustos o molestias, o no distrae ni divierte.
2. **Accesible:** De fácil trato, de fácil comprensión, inteligible.
3. **Actualizado:** De actualidad. Puesto al día. Poner en acto, realizar.
4. **Agradable:** Que produce complacencia o agrado hacer algo.
5. **Alcanzable:** Llegar a poseer lo que se busca o solicita con facilidad.
6. **Atractivo:** Dicho de una persona o de una cosa: Hacer que acudan a sí otras cosas, animales o personas. Que gana o inclina la voluntad.
7. **Atrevido:** Determinarse a algún hecho o dicho arriesgado.
8. **Caro:** Que excede mucho del valor o estimación regular.
9. **Cómodo:** Conveniente, oportuno, acomodado, fácil, proporcionado.
10. **Complejo:** Que se compone de elementos diversos.
11. **Complicado:** Enmarañado, de difícil comprensión o realización.
12. **Conocido:** Entendido, advertido, sabido. Percibir el objeto como distinto de todo lo que no es él.
13. **Constructivo:** Que construye o sirve para construir, por oposición a lo que destruye.
14. **Conveniente:** Útil, oportuno, provechoso.
15. **Desagradable:** Que disgusta, fastidia, causa desagrado.
16. **Desconocido:** Ignorado, no conocido de antes.
17. **Deseable:** Digno de ser deseado.
18. **Deseado:** Aspirar con vehemencia al conocimiento, posesión o disfrute de algo.
19. **Desfasado:** Que se queda retrasado respecto de las circunstancias, las corrientes o las costumbres de determinado momento.
20. **Difícil:** Que no se logra, ejecuta o entiende sin mucho trabajo.
21. **Educativo:** Que educa o sirve para educar.
22. **Efectivo:** Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera.
23. **Fácil:** Que se puede hacer sin gran esfuerzo.
24. **Factible:** Que se puede hacer.
25. **Frecuente:** Repetido a menudo. Usual, común.
26. **Impactante:** Que impresiona. Que desconcierta a causa de un acontecimiento o noticia.
27. **Importante:** Que es muy conveniente o interesante, o de mucha entidad o consecuencia.

- 28. Imposible:** No posible o sumamente difícil de lograr.
- 29. Improductivo:** Que no produce. Que no sirve.
- 30. Inalcanzable:** Que no se puede alcanzar.
- 31. Incomodo:** Falta de comodidad. Que es molesto. Disgusta, enoja.
- 32. Indeseable:** Que por su condición es indigno de ser deseado.
- 33. Inefectivo:** Que no es efectivo. No eficaz.
- 34. Inmanejable:** No manejable. No fácil de conocer o realizar.
- 35. Innecesario:** No necesario. Que no es indispensable.
- 36. Insignificante:** Baladí, pequeño, despreciable.
- 37. Interesante:** De provecho, de utilidad, de ganancia. De conveniencia o beneficio.
- 38. Inútil:** No útil.
- 39. Lento:** Tardo o pausado en el movimiento o en la acción.
- 40. Manejable:** Que se puede manejar. Desenvolverse con habilidad en los asuntos diarios.
- 41. Necesario:** Que es menester indispensablemente, o hace falta para un fin. Que forzosa o inevitablemente ha de ser o suceder.
- 42. Negativo:** Que incluye o contiene negación o contradicción.
- 43. Nuevo:** Recién hecho o fabricado. Distinto o diferente de lo que antes había o se tenía aprendido.
- 44. Obligatorio:** Dicho de una cosa: Que obliga a su cumplimiento y ejecución.
- 45. Peligroso:** Que tiene riesgo o puede ocasionar daño.
- 46. Posible:** Que puede ser o suceder. Que se puede ejecutar. Posibilidad, facultad, medios disponibles para hacer algo.
- 47. Positivo:** Cierto, efectivo, verdadero y que no ofrece duda. Por oposición a negativo, se aplica a lo consistente en la existencia y no en su falta. Que es útil o práctico.
- 48. Productivo:** Que tiene virtud de producir. Que es útil o provechoso.
- 49. Rápido:** Que se mueve, se hace o sucede a gran velocidad, muy deprisa.
- 50. Sencillo:** Que no tiene artificio ni composición. Que no ofrece dificultad.
- 51. Simple:** Sin composición. Sencillo, sin complicaciones ni dificultades.
- 52. Urgente:** Dicho de una cosa: Instar o precisar a su pronta ejecución o remedio.
- 53. Útil:** Que trae o produce provecho, comodidad, fruto o interés.
- 54. Valioso:** Que vale mucho o tiene mucha estimación o poder.
- 55. Viejo:** Antiguo o del tiempo pasado. Que no es reciente ni nuevo.

* Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>

1) # Cuestionario _____
 Entrevistadora: _____
 Día: _____
 Fecha: ____/____/____
 Hora: _____

ANEXO 2



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
 POSTGRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**PROYECTO
 “GENERACION DE EVIDENCIA PARA LA INCIDENCIA EN LOS
 PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN HONDURAS”**

**INSTRUMENTO A
 CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE LOS RECURSOS HUMANOS EN
 ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS**

I. DATOS GENERALES

2) Nombre de la Unidad de Salud _____

3) Tipo de unidad de Salud _____

4) Municipio _____

5) Departamento _____

6) Modo de Gestión de la Unidad de Salud:

Centralizado Descentralizado

7) Población bajo responsabilidad de la US: _____

8) Número de RRHH en la US: _____

9) Profesión de la persona entrevistada:

Médico Enfermera Profesional
 Auxiliar de Enfermería Br. Técnico en Salud Otrd _____

10) Sexo: Masculino Femenino

11) Puesto que desempeña en la US: _____

12) Edad: <20 años 20-29 30-39 40-49 50 y más

13) Antigüedad en la US: Menos de 1 año 1-3 años 3-5 años
 5 y más años

II. ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS

14) La *Atención Primaria en Salud* o *APS* es: (Puede marcar más de una respuesta)

- a. Un Modelo de Atención
- b. Una Estrategia de Atención con valores y principios
- c. La provisión de servicios en un paquete básico
- d. Servicios diseñados para población del área rural
- e. Servicios diseñados para población de escasos recursos
- f. El "primer contacto" del usuario o "puerta de entrada" a los servicios
- g. Todas las anteriores
- h. Ninguna de las anteriores
- i. No sabe

15) La *Atención Primaria en Salud* o *APS* debe ser aplicada por: (Puede marcar más de una respuesta)

- a. Médicos(as)
- b. Enfermeras(os) Profesionales
- c. Auxiliares en Enfermería
- d. Técnicos (as) en Salud Ambiental
- e. Trabajadoras(es) Sociales
- f. Odontólogos(as)
- g. Psicólogos (as)
- h. Promotores (as) de salud
- i. No sabe

16) En esta Unidad de Salud se brindan servicios basados en APS

Si No No sabe

17) Indique cuáles son los valores y principios en que se basa la Atención Primaria en Salud ó APS

- a. _____ b. _____
- c. _____ d. _____
- e. _____ f. _____
- g. _____ h. _____
- i. _____ j. _____

III. ORIENTACION FAMILIAR Y COMUNITARIA

18) Ha recibido capacitación en *Orientación Familiar y Comunitaria* de los Servicios

Si No

19) Enumere cinco elementos que determinan la salud de una persona

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

20) Mencione qué elementos se consideran para realizar el diagnóstico de la situación de salud familiar

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

21) Mencione que aspectos se consideran para identificar una familia en riesgo

-
- a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - d. _____
 - e. _____

22) Mencione algunas intervenciones a realizar con las familias en riesgo y el propósito de cada intervención.

Intervención	propósito
a) _____	a) _____
b) _____	b) _____
c) _____	c) _____
d) _____	d) _____

23) Conoce usted cuáles elementos debe contener la carpeta familiar?.

Si

No

24) Cuáles elementos debería de contener la carpeta familiar?

- a) _____
- b) _____
- c) - - - - -
- d) - - - - -
- e) _____
- f) _____
- g) _____
- h) _____
- i) - - - - -
- j) _____

25) Enumere cinco elementos que determinan la salud de una comunidad

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

26) Mencione cinco elementos que se consideran para realizar el diagnóstico de la situación de salud de la comunidad

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

27) Mencione que aspectos se consideran para identificar una comunidad en riesgo

-
- a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - d. _____
 - e. _____

28) Mencione algunas intervenciones a realizar con las comunidades en riesgo y el propósito de cada intervención.

Intervención	propósito
A _____	A _____
B _____	B _____
C _____	C _____
D _____	D _____

29) Conoce usted cuáles elementos debe contener la carpeta comunitaria?.

Si

No

30) Cuáles elementos debería de contener la carpeta comunitaria?

- a) _____
- b) _____
- c) -----
- d) -----
- e) _____
- f) _____
- g) _____
- h) _____
- i) -----
- j) _____

31). Marque cuáles elementos forman parte de un croquis de la comunidad

- a. Viviendas
- b. Límites geográficos
- c. Vías de Comunicación
- d. Establecimientos públicos
- e. Zonas de Riesgo ambiental
- f. Individuos o familias de riesgo
- g. Hidrografía
- h. No sabe
- i. No contesta

32) Mencione cinco factores de riesgo ambientales que pueden identificarse en una comunidad

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

33) Mencione cinco elementos que forman parte del Análisis de Situación de Salud de una Comunidad

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

IV. PARTICIPACION SOCIAL

34) Mencione que mecanismos se utilizan para identificar los actores de la comunidad

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

35) Enumere los componentes de una matriz para elaborar un plan de acción para el abordaje de la situación de salud de la comunidad

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

36) Que elementos se consideran al priorizar necesidades de salud de la población

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

37).Enumere los elementos que conforman una matriz para la planificación de acciones de intervención de una comunidad

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

38). Ha recibido capacitaciones de organización comunitaria

Si No

39). Mencione que grupos puede organizar en la comunidad para planificar acciones en salud?

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

40) Que actividades debe tener un plan de acción para promover la participación social de la comunidad

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

41) Mencione cuatro formas de participación que puede tener la comunidad en los servicios de salud

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

42) Mencione tres los espacios de concertación con la comunidad

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

43) Con qué propósitos se pueden desarrollan reuniones con participación comunitaria

- a. Evaluación de la situación de salud
- b. Evaluación de los servicios de salud
- c. Definición de los problemas de salud
- d. Identificación de prioridades
- e. Planificación de las actividades
- f. Otra

V. INTERSECTORIALIDAD

44) Mencione los actores sociales que se deben identificar dentro de una comunidad

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

45). Mencione quienes deben participar en la elaboración de proyectos y planes de salud

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

46) Ha recibido capacitación sobre perfiles de proyectos

- Si No

47) Enumere mecanismos de comunicación efectiva entre los servidores de salud y la comunidad

a. _____

b. _____

c. _____

48) Marque los componentes que debe incluir un *Diagnostico de situación de salud local*:

- A. Factores biológicos y caudal genético de la población
 - B. Factores individuales y preferencias en estilos de vida
 - C. Influencias comunitarias y soporte social
 - D. Acceso a servicios de atención de salud
 - E. Condiciones de vida y de trabajo
 - F. Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales
 - G. Participación de todos los actores sociales
-

ANEXO 3



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
POSTGRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
PROYECTO**

**“GENERACION DE EVIDENCIA PARA LA INCIDENCIA EN LOS
PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN HONDURAS”**

INSTRUMENTO C

**ESCALA DE DIFERENCIAL SEMANTICO SOBRE LAS ACTITUDES DE LOS RECURSOS HUMANOS EN
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

1) # Escala _____
Entrevistadora: _____
Día: _____
Fecha: _____/_____/_____
Hora: _____

I. DATOS GENERALES

2) Nombre de la Unidad de Salud: _____

3) Tipo de Unidad de Salud: _____

4) Municipio: _____

5) Departamento _____

6) Modo de Gestión de la Unidad de Salud:

Centralizado Descentralizado

7) Población bajo responsabilidad de la US: _____

8) Número de RRHH en la US: _____

9) Profesión de la persona entrevistada:

Médico Enfermera Profesional

Auxiliar de Enfermería Br. Técnico en Salud Otro _____

10) Sexo: Masculino Femenino

11) Puesto que desempeña en la US: _____

12) Edad: <20 años 20-29 30-39 40-49 50 y más

13) Antigüedad en la US: Menos de 1 año 1-3 años 3-5 años 5 y más años

II. ORIENTACION FAMILIAR Y COMUNITARIA

14) Realizar visitas comunitarias para identificar y abordar los problemas de salud de las familias en la comunidad es:

VALIOSO								INSIGNIFICANTE
UTIL								INUTIL
INTERESANTE								ABURRIDO
SIMPLE								COMPLEJO
AGRADABLE								DESAGRADABLE
DESEABLE								INDESEABLE

15) Realizar actividades de Promoción de la Salud con personas de nivel educativo muy bajo es:

EDUCATIVO								NO EDUCATIVO
NECESARIO								INNECESARIO
COMODO								INCOMODO
ACCESIBLE								NO ACCESIBLE
OBLIGATORIO								NO OBLIGATORIO
RAPIDO								LENTO

16) Educar a las madres de familia sobre aspectos de prevención y promoción de la salud es:

ATRACTIVO								NO ATRACTIVO
UTIL								INUTIL
POSIBLE								IMPOSIBLE
MANEJABLE								INMANEJABLE
EFFECTIVO								NO EFFECTIVO
DESEABLE								INDESEABLE

17) Educar a los padres de familia sobre aspectos de prevención y promoción de la salud es:

ATRACTIVO								NO ATRACTIVO
UTIL								INUTIL
POSIBLE								IMPOSIBLE
MANEJABLE								INMANEJABLE
EFFECTIVO								NO EFFECTIVO
DESEABLE								INDESEABLE

III. INTERSECTORIALIDAD

18) Realizar actividades de Promoción de la Salud en escuelas y colegios es:

NECESARIO								INNECESARIO
UTIL								INUTIL
CARO								BARATO
PRODUCTIVAS								IMPRODUCTIVAS
CONOCIDO								DESCONOCIDO
POSIBLE								IMPOSIBLE

19) La gestión de recursos con instituciones y organizaciones para el desarrollo de actividades para la promoción de la salud comunitaria es:

FACTIBLE								NO FACTIBLE
ATRACTIVO								NO ATRACTIVO
URGENTE								NO URGENTE
ATREVIDO								NO ATREVIDO
ALCANZABLE								INALCANZABLE
UTIL								INUTIL

20) Educar y trabajar con miembros de la comunidad sobre temas ambientales y ecológicos es:

VALIOSO								INSIGNIFICANTE
IMPACTANTE								NO IMPACTANTE
INTERESANTE								ABURRIDO
CONSTRUCTIVO								NO CONSTRUCTIVO
IMPORTANTE								NO IMPORTANTE
POSIBLE								IMPOSIBLE

21) Buscar a las instituciones y organizaciones comunitarias para planificar conjuntamente actividades de prevención y promoción de la salud es:

ATRACTIVO								NO ATRACTIVO
DIFICIL								FACIL
FRECUENTE								NO FRECUENTE
MANEJABLE								INMANEJABLE
SENCILLO								COMPLICADO
NECESARIO								INNECESARIO

IV. PARTICIPACION SOCIAL

22) Participar en reuniones comunitarias para discutir problemas de salud de la comunidad es:

IMPORTANTE								NO IMPORTANTE
UTIL								INUTIL
INTERESANTE								ABURRIDO
SENCILLO								COMPLICADO
AGRADABLE								DESAGRADABLE
DESEABLE								INDESEABLE

23) Que sean los integrantes de la comunidad los que seleccionen y planifiquen acciones de promoción de la salud es:

URGENTE								NO URGENTE
UTIL								INUTIL
NO PELIGROSO								PELIGROSO
CONVENIENTE								NO CONVENIENTE
AGRADABLE								DESAGRADABLE
POSIBLE								IMPOSIBLE

24) Capacitar a miembros de la comunidad para que desarrollen sus propios planes sobre prevención y promoción de la salud es:

ACTUALIZADO								DEFASADO
CREATIVO								NO CREATIVO
INTERESANTE								ABURRIDO
SENCILLO								COMPLICADO
DESEADO								NO DESEADO
NUEVO								VIEJO

25) Que los miembros de las organizaciones comunitarias participen en el monitoreo y evaluación de los servicios de salud es:

EFFECTIVO								INEFFECTIVO
IMPORTANTE								NO IMPORTANTE
INTERESANTE								ABURRIDO
POSITIVO								NEGATIVO
PRODUCTIVO								IMPRODUCTIVO
DESEABLE								INDESEABLE

UDI-DEGT-UNAH