

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DESALUD**

**EVALUACIÓN DE LA COBERTURA DE PRIMERAS CONSULTAS Y  
LOS INDICADORES DE MORTALIDAD DE LOS CENTROS DE  
ATENCIÓN PERMANENTE DE QUETZALTENANGO**

(Quetzaltenango, San Carlos Sija, Cajolá, San Martín, Coatepeque, El  
Palmar y Génova)

**TESIS**

Presentada por:

**ALBA FIDELINA DÍAZ QUIÑONEZ**

Carné: 100008597

**PREVIO A OPTAR EL GRADO ACADÉMICO QUE LA ACREDITA COMO**

**MAESTRA EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD**

Quetzaltenango, agosto 2021

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**AUTORIDADES**

**RECTOR MAGNIFICO** M A. Pablo Ernesto Oliva Soto

**SECRETARIA GENERAL** Inga. Marcia Ivónne Véliz Vargas

**CONSEJO DIRECTIVO**

**DIRECTORA GENERAL DEL CUNOC** M Sc. María del Rosario Paz Cabrera

**SECRETARIA ADMINISTRATIVA** M Sc. Silvia del Carmen Recinos Cifuentes

**REPRESENTANTE DE CATEDRATICOS**

Ing. Erick Mauricio González

M Sc. Freddy de Jesús Rodríguez

**REPRESENTANTES DE LOS EGRESADOS DEL CUNOC**

Licda. Vilma Tatiana Cabrera

**REPRESENTANTES DE ESTUDIANTES**

Br. Aleyda Trinidad de León Paxtor

Br. Romeo Danilo Calderón

**DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS**

Dr. Percy Ivan Aguilar Argueta

## **TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN PRIVADO DE TESIS**

<b>Presidente:</b>	Dr. Percy Ivan Aguilar
<b>Secretario:</b>	M. Sc. Edgar Benito Rivera
<b>Coordinador:</b>	M. Sc. Carlos Gonzalo González
<b>Experto:</b>	M. Sc. Juan Carlos Moir

### **Asesor de Tesis**

**NOTA:** Únicamente el autor es responsable de las doctrinas y opiniones sustentadas en la presente tesis (artículo 31 del Reglamento de Exámenes Técnicos y Profesionales del Centro Universitario de Occidente de la Universidad de San Carlos de Guatemala)



**USAC**  
TRICENTENARIA  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Centro Universitario de Occidente  
Departamento de Estudios de Postgrado



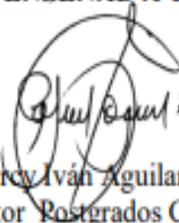
## ORDEN DE IMPRESIÓN POST-CUNOC-066-2021

El Infrascrito Director del Departamento de Estudios de Postgrado del Centro Universitario de Occidente de la Universidad de San Carlos de Guatemala, luego de tener a la vista el dictamen correspondiente del asesor y la certificación del acta de examen privado No. 31-2021 de fecha 21 de julio del 2021, suscrita por los Miembros del Tribunal Examinador designados para realizar Examen Privado de la Tesis Titulada **“EVALUACIÓN DE LA COBERTURA DE PRIMERAS CONSULTAS Y LOS INDICADORES DE MORTALIDAD DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PERMANENTE DE QUETZALTENANGO”** Presentada por él (la) maestrante **Alba Fidelina Díaz Quiñonez** Registro Académico **No. 100008597** previo a conferírsele el título de **Maestro (a) en Administración en Servicios de Salud**, autoriza la impresión de la misma.

Quetzaltenango, Septiembre 2021

**IMPRIMASE**

*“ID Y ENSEÑAD A TODOS”*

  
  
Dr. Percy Iván Aguilar Argueta  
Director Postgrados CUNOC

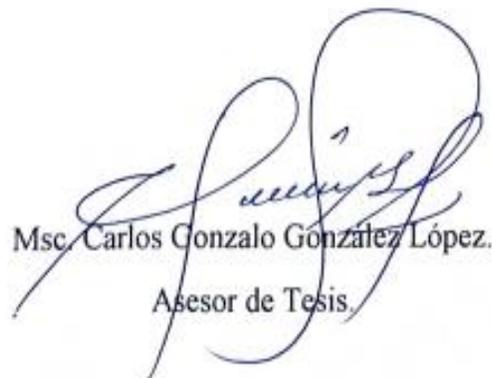
Quetzaltenango, 21 de agosto de 2021.

COMISION ACADEMICA  
Departamento de Postgrados  
Centro Universitario de Occidente  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimados Miembros:

Por medio de la hago constar que la tesis de la maestrante: Alba Fidelina Díaz Quiñonez, carne No. 100008597, Estudiante con pensum cerrado de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la Cohorte Numero 2011-2012, con su Tesis titulada: **EVALUACIÓN DE LA COBERTURA DE PRIMERAS CONSULTAS Y LOS INDICADORES DE MORTALIDAD DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PERMANENTE DE QUETZALTENANGO, HA CUMPLIDO CON LAS OBSERVACIONES SEÑALADAS POR EL TRIBUNAL EXAMINADOR** referidas en el ACTA No. 31-2021 por lo cual cumple con los elementos estipulados en el Artículo 32 para su publicación. Firmo la presente como ASESOR.

Sin otro particular me suscribo atentamente,

  
Msc. Carlos Gonzalo Gonzalez López.  
Asesor de Tesis.





**EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.**

**CERTIFICA:**

Que ha tenido a la vista el libro de Actas de Exámenes Privados del Departamento de Estudios de Postgrado del Centro Universitario de Occidente en el que se encuentra el acta No. 31-2021 la que literalmente dice:.....

En la ciudad de Quetzaltenango, siendo las nueve horas con treinta minutos del día miércoles veintiuno de julio del año dos mil veintiuno, reunidos en la Plataforma Virtual Meet, con el link de reunión [meet.google.com/hti-nkhg-zt](https://meet.google.com/hti-nkhg-zt), el Honorable Tribunal Examinador, integrado por los siguientes profesionales: **Presidente:** Dr. Percy Ivan Aguilar, con registro de personal No. 950992; **Coordinador y asesor:** M Sc. Carlos Gonzalo González, con registro de personal No. 20100208; **Experto:** M Sc. Juan Carlos Moir, con registro de personal No. 20120739; **Secretario que certifica:** M Sc. Edgar Benito Rivera, con registro de personal No. 15972; con objeto de practicar el **Examen Privado** de la Maestría en **Administración en Servicios de Salud** en el grado académico de **Maestro(a) en Ciencias de él (la) Licenciado(a) Alba Fidelina Diaz Quiñonez** identificado(a) con el registro Académico No. **100008597** procediéndose de la siguiente manera: **PRIMERO:** El (La) sustentante practicó la evaluación oral correspondiente, de conformidad con el Reglamento respectivo. .... **SEGUNDO:** Después de efectuadas las preguntas necesarias, los miembros del tribunal examinador procedieron a la deliberación, habiendo sido el dictamen **FAVORABLE**. .... **TERCERO:** En consecuencia él (la) sustentante **APROBO** con observaciones el examen privado de tesis para otorgarle el título profesional de **MAESTRO(A) EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD** ..... **CUARTO:** No habiendo más que hacer constar, se da por finalizada la presente, en el mismo lugar y fecha una hora con treinta minutos después de su inicio, firmando de conformidad, los que en ella intervinieron.....

Y para los usos legales que a él (la) interesado(a) convengan, se extiende, firma y sella la presente CERTIFICACIÓN en una hoja membretada del Departamento de Estudios de Postgrado del Centro Universitario de Occidente de la Universidad de San Carlos de Guatemala a los ocho días del mes de septiembre del año dos mil veintiuno. ....

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

Certifica:

Vo. Bo.

  
  
*Verónica Yamilceli Rodas de Lizarra*  
Secretaría de Postgrados

  
  
*Dr. Percy Ivan Aguilar*  
Director de Postgrados

## DEDICATORIA

- A Dios:** Por haberme dado sabiduría y fuerza guiándome en el trayecto de mi vida y buscando lo mejor para mi persona.
- A Centro Universitario de Occidente:** Por haberme brindado la oportunidad de ser parte de ella y enriquecerme de conocimientos en beneficio de la salud de Guatemala.
- A mis padres:** Agradecimientos por sus enseñanzas, Un abrazo hasta el cielo.
- A mis Hijos:** Alba María Rosal Díaz y Kevin Denilson Rosal Díaz, quienes me han ayudado a superar todos los obstáculos, grandes y pequeños y poder llegar a ser un ejemplo para ellos.

## INDICE

ABSTRACT .....	5
RESUMEN .....	6
<b>I. INTRODUCCION .....</b>	<b>7</b>
CAPITULO I .....	9
ASPECTOS GENERALES.....	9
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
1.2. ANTECEDENTES .....	12
1.3. JUSTIFICACIÓN .....	15
1.4. OBJETIVOS .....	18
Objetivo General .....	18
Objetivos Específicos: .....	18
1.5. METODOLOGIA.....	19
<b>Tipo de estudio:</b> .....	<b>19</b>
Unidad de análisis: .....	19
Criterios de inclusión .....	19
Criterios de exclusión .....	19
Delimitación del problema .....	19
Instrumento .....	20
Prueba de instrumentos: .....	20
Recolección de datos: .....	20
Manejo ético .....	20
Operacionalización de variables.....	21
CAPITULO II .....	22
MARCO TEORICO.....	22
2.1. MARCO CONTEXTUAL DE LOS CENTROS DE ATENCION PERMANENTE 22	
2.1.1. Caracterización de los CAP de Quetzaltenango por regiones .....	22
2.1.2. Ordenamiento Territorial de los Centros de atención Permanente del Área de Salud De Quetzaltenango. ....	22
2.1.3. Generalidades de los Centros de Atención Permanente (CAP).....	23

2.1.4. Cartera de servicios de los Centros de Atención Permanente .....	24
2.1.5. Caracterización del sistema de información de los CAP .....	25
2.1.6. Acciones de énfasis en los Centros de Atención Permanente .....	26
2.1.6.1 Atención medica general .....	26
2.1.6.2 Control de salud a Mujeres.....	28
2.1.6.3 Análisis de la Sala situación de salud en los municipios de interés: .....	29
2.1.6.3.1 Mortalidad general.....	29
2.1.6.3.2 Mortalidad Materna.....	29
2.1.6.3.3Recurso humano en los Centros de Atención Permanente.....	31
2.2. MARCO CONCEPTUAL DE SALUD.....	32
2.2.1 La salud:.....	32
2.2.2 Enfermedad:.....	32
2.2.3 Recurso humano en salud:.....	32
2.2.4 Personal Médico y paramédico de salud:.....	33
2.2.5 Impacto:.....	33
2.2.6 Evaluación de impacto: .....	33
2.2.7 Impacto Socioeconómico en la salud: .....	34
2.2.8 Razón de mortalidad materna .....	34
3. MARCO TEORICO LEGAL .....	36
3.1 Legislación sobre Atención en Salud: .....	36
3.2 El Código de Salud.....	36
3.3 Ley de Maternidad Saludable.....	37
3.4 Reglamento Interno MSPAS .....	38
3.5 Convenios Internacionales Objetivos de Desarrollo del Milenio .....	38
3.6 Convenios Internacionales Objetivos Desarrollo sostenible (ODS).....	38
CAPITULO III .....	40
RESULTADOS GENERALES .....	40
ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	52
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES .....	60
CAPITULO IV .....	62
PROPUESTA .....	62

Estrategia para Mejorar las necesidades de los Centros de Atención Permanente ...	62
XV. BIBLIOGRAFÍA.....	72
ANEXOS .....	76
ABREVIATURAS Y SIGLAS UTILIZADAS.....	76
GLOSARIO DE TERMINOS.....	77
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS .....	78

## ÍNDICE DE GRAFICAS

Gráfico No. 1	
Primeras consultas de los Centros de Atención Permanente.....	40
Gráfico No. 2	
Tasa de mortalidad General de Los Centros de Atención Permanente .....	41
Gráfico No. 3	
Control Prenatal de los Centros de Atención Permanente .....	42
Gráfico No. 4	
Razón de Mortalidad Materna de los Centros de Atención Permanente .....	43
Gráfico No. 5	
Partos Atendidos en los Centros de Atención Permanentes .....	44
Gráfico No. 6	
Consultas de Niños Menores de 5 años de los Centros de Atención Permanente ....	45
Gráfico No. 7	
Mortalidad de niños menores de 5 años en los Centros de Atención Permanente ....	47

## INDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1	
Operacionalización de variables.....	21
Cuadro No. 2	
Cartera de servicios de los CAP.....	25
Cuadro No. 3	
Número de Personal de los Centros de Atención Permanente .....	48
Cuadro No. 4	
Médicos por 10,000 habitantes de los Centros de Atención Permanente .....	49
Cuadro No. 5	
Necesidades de los Centros de Atención Permanente .....	51
Cuadro No. 10	
Propuesta .....	62
Cuadro No. 6	
Formularios de Reporte:.....	77
Cuadro No. 7	
Primeras Consultas de los Centros de Atención Permanente del Área de Salud de Quetzaltenango .....	78
Cuadro No. 8	
Mortalidad de los Centros de Atención Permanente del Área de Salud de Quetzaltenango .....	78
Cuadro No. 9	
Personal que labora en los Centros de atención Permanente del Área de Salud de Quetzaltenango .....	79

## **ABSTRACT**

The Permanent Attention Centers (CAP) are part of the second level of care of the networks of the health organization of the MSPAS that provides permanent medical attention for consultation, resolution of uncomplicated delivery, stabilization and emergency referral, is located in municipal capitals or in populations of 5,000 to 20,000 inhabitants, which due to their accessibility or population importance must have beds available for maternal and child care, attending 24 hours a day.

The objective of the study was to know the coverage of the first consultations and the mortality indicators in the Permanent Attention Centers of Quetzaltenango: San Carlos Sija, Cajolá, San Martín, El Palmar, Coatepeque and Génova during 2008, 2013 and 2018 ", taking into account the difficult access, high population density, and low education coverage in the communities and, on the other hand, analyzing the response capacity of the human resource, infrastructure and equipment.

The results showed that the first consultations increased from 2018 by 1,094.7 per 1000 inhabitants, compared to the base year 2008 of 374.3 per 1000 inhabitants; This change was significant with the increase in staff, mortality in children under 5 years of age in 2018 is 2.37 on average in the CAP under study, evidencing the increase in the care of children reducing mortality, and reaching the established goal in the Sustainable Development Goals, at least in the CAPs studied. Despite this, there is a significant shortage of doctors in the municipalities studied.

## RESUMEN

Los Centros de Atención Permanente (CAP) forman parte del segundo nivel de atención de las redes de la organización de salud del MSPAS brinda atención médica permanente de consulta, resolución de parto no complicado, estabilización y referencia de urgencias, se ubica en cabeceras municipales o en poblaciones de 5,000 a 20,000 habitantes, que por su accesibilidad o importancia poblacional deben contar con camas disponibles para la atención materno infantil, atendiendo las 24 horas del día.

El objetivo del estudio fue conocer la **cobertura de las primeras consultas y los indicadores de mortalidad en los Centros de Atención Permanente de Quetzaltenango: San Carlos Sija, Cajolá, San Martín, El Palmar, Coatepeque y Génova durante el año 2008, 2013 y 2018**", tomando en cuenta el difícil acceso, alta densidad poblacional, y bajas coberturas de educación en las comunidades y por otro lado haciendo análisis de la capacidad de respuesta del Recurso humano infraestructura y equipamiento.

Los resultados mostraron que las primeras consultas aumentaron del (2018) de 1,094.7 por 1000 habitantes, comparado con el año base (2008) de 374.3 por 1000 habitantes; este cambio fue significativo con el aumento del personal, la mortalidad en niños menores de 5 años en el (2008) fue 3.22 a 2.37 (2018) en CAP objeto de estudio, evidenciando el aumento de la atención de niños, reduciendo la mortalidad, y alcanzando la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo Sustentable, por lo menos en los CAP estudiados. A pesar de esto existe un importante déficit de médicos en los municipios estudiados.

## I. INTRODUCCION

La presente investigación aborda la relación de la producción de consultas y los indicadores de mortalidad en los municipios intervenidos por los Centros de Atención Permanente en el departamento de Quetzaltenango de forma quinquenal 2008, 2013 y 2018, fue objeto de estudio y análisis para determinar el impacto en la mortalidad general, mortalidad en menores de 5 años y mortalidad materna de las comunidades.

El Ministerio de Salud tiene como propósito cumplir con el compromiso de Estado, en dicho sentido ha implementado el modelo de atención en salud creando los Centros de Atención Permanente CAP, este es un establecimiento de salud de atención medica permanente, con resolución de partos no complicados, estabilización y referencia de urgencias, se ubica en cabeceras municipales o en poblaciones que por su accesibilidad o importancia poblacional deben contar con área de encamamiento para atención materno infantil. Desarrolla actividades de atención ambulatoria extramuros vinculada fundamentalmente a los hogares maternos.

En Quetzaltenango se implementaron en el 2008-2012, siete CAP que funcionan en municipios: Quetzaltenango, San Carlos Sija, Cajolá, San Martin, Coatepeque, El Palmar y Génova, priorizados por la tendencia de altas tasas de mortalidad general, mortalidad materna y mortalidad en menores de 5 años, altos indicadores de pobreza, extensión territorial y por su densidad poblacional. El estudio fue descriptivo longitudinal, donde se hizo una revisión de Memorias de Labores, SIGSAS, libro de partos atendidos y entrevistas con los responsables de la Unidad de Epidemiología, y Estadística del Área de Salud de Quetzaltenango,

Dentro de los hallazgos más relevantes de la investigación, se constató que aactualmente cada uno de estos centros cuenta con cinco médicos y un mínimo 40 personas como apoyo a las labores de servicio. La producción de consultas por 1000 habitantes se incrementó de 374.3 (2008) a 527en (2013) y 109.5 (2018) en algunos servicios, lo cual fue significativo en cada quinquenio; en relación a la tasa de mortalidad general (por 1000 habitantes) en 5 municipios disminuyó la tasa:

Coatepeque, San Martín Sacatepéquez, El Palmar y Génova; pero en Quetzaltenango, Cajolá y Sija aumento. En cuanto al Control prenatal por embarazos esperados el porcentaje de la cobertura en Cajolá, paso de 25% (2008) a 190% (2018) por embarazos esperados mientras que los demás centros no hubo incremento significativo de consultas incluso bajando la cobertura. La Razón de Mortalidad materna en los CAP como indicador clave de acceso e impacto (la cual se mide por 5 años) tuvo un resultado significativo por su tendencia a la baja (de 100.26 x 100 mil en el 2013 a 63.51 por 100 mil en el 2018). En relación a la atención de partos objeto del CAP el porcentaje se ha incrementado a través de los años debido a la atención más especializada del personal, aunque los servicios no han aperturado totalmente la atención, sin embargo, la atención a menores de 5 años si ha aumentado y la mortalidad (menor de 5 años) ha disminuido en todos los municipios.

El estudio se divide en cinco capítulos: en el primero se consideran los aspectos generales como localización, antecedentes, objetivos, temporalidad y metodología que guiaron la investigación, en el segundo todos los aspectos teóricos, jurídicos, políticos e institucionales que intervienen en la visualización del problema, por su parte, el tercer capítulo presenta los resultados explicando el tiempo quinquenal de los datos, abordan aspectos de información reunida y los hallazgos del estudio, se hace análisis de los resultados, conclusiones, recomendaciones. En el capítulo cuatro se incluye la propuesta de esta investigación, y finalmente se presenta en anexos el glosario, siglas utilizadas e instrumentos de recolección de datos de la investigación.

## **CAPITULO I**

### **ASPECTOS GENERALES**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

EL Ministerio de Salud como ente rector de la salud en Guatemala tiene como propósito dar una atención con calidad y libre de riesgos a toda la población con el fin de asegurar la calidad de vida siendo esto un compromiso de estado.

El sistema de salud cuenta con una gama de servicios los cuales están clasificados en primero, segundo y tercer nivel dependiendo de la complejidad de estos, con el fin de ampliar la cobertura a las poblaciones más vulnerables. Para tal fin en el segundo nivel de atención se crearon los Centros de Atención Permanente con ampliación de horarios inclusive los fines de semana.

En los años 2008-2009, el Ministerio de Salud Pública y asistencia social, (MSPAS) por la necesidad de ampliar la atención de salud y reducir la mortalidad general, las muertes maternas y la mortalidad en la niñez, llevó a cabo la creación de los Centros de Atención Permanente.

Al principio los CAP fueron creados de forma improvisada, no fueron planificados con base a criterios técnicos y gerenciales que justificaran su apertura, por lo que no contaban con procedimientos administrativos, infraestructura adecuada, mobiliario y equipo médico. Con el paso de los años se han realizado análisis y gestiones para la construcción y remozamiento de la infraestructura, así mismo se ha mejorado la calidad de la atención y aumento del recurso humano. (PNUD, 2010)

Los CAP se puede decir que es un establecimiento de salud de atención médica permanente, creados para brindar asistencia a los programas Atención a la demanda materna infantil, debido a los altos índices de mortalidad General, mortalidad materna, mortalidad en la niñez. Realizan acciones en los diferentes programas del MSPAS

como trabajo intramuros durante 24 horas del día los 7 días de la semana dirigidos al individuo la familia y la comunidad con servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación de la salud, cuidados paliativos, resolución de parto no complicado. Atiende además, emergencias y urgencias las cuales estabilizan y refiere según corresponda a nivel inmediato superior, realiza consultas e interconsultas dentro del marco de funcionalidad de la red de servicios de salud, con énfasis en salud materna, control prenatal, referencias de embarazos de alto riesgo control del puerperio, y evaluación de neonatos, así como control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años, suplementación con vitaminas, garantizando coberturas de vacunación mayores de 95%, todo ello con enfoque de género e interculturalidad.

El CAP es responsable de monitorear el cumplimiento de la regulación vigilancia, control sanitario y aplicación de regímenes sancionatorios en el territorio bajo su responsabilidad. ( MSPAS, 2018)

Los CAP están ubicados en centros urbanos de alta concentración poblacional o comunidades rurales de difícil acceso, cuentan con camas disponibles para atención materna infantil, brindan atención a los programas del Ministerio de Salud según Normas de Atención,

Los CAP cuentan con: médico general, odontólogo, psicólogo/a, enfermera graduada, auxiliar de enfermería, técnico de salud rural, inspector de saneamiento ambiental, técnico de laboratorio, personal operativo, intendencia, guardianía, pilotos, secretaria, digitador, coordinador, otros técnicos o profesionales de salud que se requieren. Esta atención integral favorece el acceso de la población a los servicios básicos de salud, especialmente, en la diversidad de atención brindada, además, es importante recalcar la ampliación de horarios de atención que ya han sido implementadas.

En el Ministerio de Salud ha realizado grandes cambios en favor de mejorar la infraestructura de los servicios de salud, ampliando, remodelando ambientes para dar atención adecuada, para que los usuarios salgan satisfechos de la atención que ofrece

el personal de salud.

Ha habido incremento sustancial del recurso humano principalmente médico y paramédico lo que ha permitido dar mayor cobertura a los diferentes programas que se ofrecen en estos, principalmente se espera mayor cobertura en atención a la consulta médica general, materna e infantil donde se puedan detectar problemas de salud en la población. Ante la problemática anteriormente mencionada se plantearon las siguientes interrogantes.

¿Cuál fue la producción de consulta general, consulta prenatal y en niños menores de cinco años obtenida en los Centros de Atención Permanente de Quetzaltenango durante el año 2008, 2013, 2018?

¿Cuál fue el impacto en la mortalidad general, mortalidad materna y mortalidad en menores de 5 años durante los años 2008, 2013, 2018 con la implementación de los Centros de Atención Permanente en los municipios priorizados?

¿Qué cambios ha tenido la mortalidad materna en los años 2008, 2013, 2018?

El estudio pretende revisar estas variables que permitan determinar los efectos e impacto con la implementación de los Centros de Atención Permanente del departamento de Quetzaltenango.

## 1.2. ANTECEDENTES

Según datos del Banco Mundial la tasa de mortalidad en el mundo en el año 2018 fue de 7.53 por 1.000 habitantes (Grupo Banco Mundial 2018).

Según las nuevas estimaciones de mortalidad infantil y materna publicadas hoy por los grupos de las Naciones Unidas\* liderados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, ponen de manifiesto que en 2018 murieron unos 5,3 millones de niños menores de 5 años y casi la mitad de ellas en el primer mes de vida. Más de la mitad de esas muertes prematuras se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar si hubiera acceso a intervenciones simples y asequibles. Las principales causas de muerte entre los menores de cinco años son la neumonía, las complicaciones por parto prematuro, la asfixia perinatal y la malaria.

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. En el 2017 se estimaron unas 290 000 muertes de mujeres durante el embarazo por complicaciones durante el parto o post parto ya que son los momentos más vulnerables. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

Alrededor de 2,8 millones de embarazadas y recién nacidos mueren cada año, y según “Henrietta Fore, Directora Ejecutiva de UNICEF “cada 11 segundos muere un niño”. Es particularmente importante contar con asistencia calificada para que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios capacitados y dar tratamiento a tiempo lo que pueden suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte. (Organización Mundial de la Salud 2019)

Cabe mencionar que todas las mujeres necesitan consejería sobre reconocimiento de signos y señales de peligro, acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la

atención especializada durante el parto, a la atención y apoyo en las primeras semanas posparto, tomando en cuenta que la salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas.

Existen factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son: La pobreza, baja o nula educación, distancia, falta de información, inexistencia de servicios adecuados y las prácticas culturales.

En Quetzaltenango se implementaron en el 2008-2012, once Centros de Atención Permanente (CAP) que funcionan en municipios priorizados por la tendencia de altas tasas de mortalidad general, pobreza, extensión territorial y por su densidad poblacional. Estos municipios son Huitán, San Carlos Sija, Palestina, Sibilia, Cajolá, El Palmar, San Martín, Génova, Colomba, Flores, Coatepeque, cada uno de estos centros cuenta con recurso humano consistente en 4 médicos y 45 personas como apoyo a las acciones ahí establecidas. Sin embargo, durante el año 2014 las autoridades de salud después de hacer un análisis de costo beneficio de los Centros de Atención Permanente cerraron algunos de ellos siendo estos: Huitán, Sibilia, Colomba, Génova, Flores y Palestina, siendo la justificación: la baja producción de consultas, el costo elevado por la producción que se estaba reportando, baja atención del parto y aumento en la mortalidad.

Actualmente, funcionan siete Centros de Atención Permanente siendo ellos: San Carlos Sija, Cajolá, Génova, El Palmar, San Martín, Coatepeque y en el año 2018 se apertura Quetzaltenango, pero, a la fecha no tiene atención del parto debido a que no fue planificado y la infraestructura no es adecuada para atención de los mismos.

Al momento de buscar antecedentes relacionados al tema de investigación, no se encontraron estudios comparativos en Guatemala de consultas versus mortalidad general de los Centros de Atención Permanente, sin embargo, se pudieron encontrar los siguientes:

Moscoso 2005-2012 realizó un estudio sobre “Distribución geográfica y evolución temporal de la mortalidad evitable como evidencia de la desigualdad en salud en Guatemala”, la investigación se realizó en dos etapas: La primera mediante un estudio de innovación tecnológica que permitió elaborar una lista de causas de muerte, según criterios de evitabilidad por acciones sanitarias, ajustada para Guatemala. La segunda etapa consistió en un estudio de tipo descriptivo longitudinal retrospectivo de la mortalidad según criterios de evitabilidad por acciones sanitarias y calidad de vida.

En este estudio se concluyó que la mortalidad evitable por acciones sanitarias mantuvo una tendencia decreciente en las causas relacionadas a la atención prenatal, desnutrición, atención médica y a las enfermedades transmisibles que cuentan con acciones específicas. (Moscoso 2005-2012)

Makepeace en el 2013 realizó un estudio de cómo incide los estándares en el desempeño de la atención del parto en los Centros de Atención Permanente durante el trimestre de diciembre 2012 a febrero de 2013, siendo su objetivo principal analizar la calidad de la atención, calidad de la infraestructura y la disposición del equipamiento y contribuir con las acciones gerenciales y correctivas en la mejora de la calidad de atención.

Por lo que se realizó una revisión documental de los estándares de atención: visitas de observación, entrevista de 10 servidores de salud, y visitas de 10 usuarias atendidas en los CAP.

Los resultados evidenciaron que no se cumplían con los estándares propuestos por el MSPAS para el desempeño de atención del parto, además el recurso humano indicaba, no fue el adecuado para la atención ya que deben laborar gineco-obstetras y pediatras para cumplir con una atención calificada, el 90% de los CAP no disponía con una infraestructura en buenas condiciones para brindar atención requerida que debe fortalecerse en la evaluación del desempeño. (Makepeace, 2013)

Se indica que la infraestructura, el equipo, los insumos y personal de recurso humano calificado son primordiales en el impacto de la disminución de la mortalidad materna, además identifica las muertes evitables por estar relacionadas a falta de acceso oportuno, calidad de atención de los servicios de salud, y de personal calificado.

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

En el año 2000 los países miembros de las Naciones Unidas lograron acuerdos para trabajar los Objetivos del Desarrollo del milenio. Dentro de estos el objetivo número 4 tiene como finalidad: Reducir la mortalidad de los menores de 5 años, donde pretende mejorar la sobrevivencia de población mediante intervenciones eficaces que permitan mejorar las condiciones de salud de la niñez. Guatemala superó la meta reduciendo la mortalidad de los niños menores de 5 años a 35 por 1,000 nacidos vivos, lo que alcanzó la meta que era de 37 (Macro.com, 2018)

En el 2015 los Estados miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU) aprobaron la agenda 2030 para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) conocido como Objetivos Mundiales. La meta 3.2 del Objetivo 3 de Los objetivos del Desarrollo Sostenible garantiza una vida sana y promueve el bienestar para todos y todas las edades. Para 2030 pretende poner fin a las muertes evitables de los niños menores de 5 años, reduciendo al menos hasta 12 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, y la meta para la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1,000 nacidos vivos.

Así mismo, la meta 3.1 del objetivo 3, de los ODS pretende reducir la tasa de mortalidad materna mundial a menos de 70 por cada 1,000 nacidos vivos. Para cumplir con los compromisos adquiridos, el Ministerio de Salud de Guatemala debe trabajar en coordinación con gobiernos locales, el sector privado, universidades, sociedad civil y organizaciones comunitarias. (Naciones Unidas 2015)

Fue esta la razón que Guatemala realizó un incremento de los servicios de salud como los CAP para alcanzar estos objetivos, ampliando las coberturas de atención principalmente en la población materno infantil.

En Guatemala, durante el año 2018 la mortalidad general fue: 81,792 personas siendo la tasa 4.73 por 1000 habitantes es decir 224 muertes cada día (Macro.com 2018)

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) nacional durante el año 2018 fue 105 por 100,000 nacidos vivos igual a 425 casos, esta cifra se considera sumamente elevada e inaceptable, tanto por el lento descenso que ha manifestado durante los últimos años en el país, como al compararla con la de otros países de la región. (MSPAS 2018). Aún no han certificado datos de mortalidad materna del año 2019, pendientes de aprobación por el MSPAS.

La razón de mortalidad materna en Quetzaltenango fue de 61 por 100,000 nacidos vivos durante el año 2018 y durante el año 2019 fue 73 por 100 000 nacidos vivos se observa un leve aumento (Unidad de Epidemiología Área de Salud 2018-2019).

Durante el año 2018 la tasa de mortalidad en Guatemala en menores de 5 años fue 25.4 por 1000 habitantes (KOEMA s.f.) Ante estos datos se cree conveniente realizar el estudio con el fin de determinar la producción anual de consultas, analizar el proceso, resultado e impacto que ha tenido la implementación de los CAP en relación a los altos índices de mortalidad en la niñez y mortalidad materna

Además, se conoció los esfuerzos realizados de los CAP a lo largo de 10 años, cuando comenzaron a funcionar como tal, esto permitió a las autoridades de salud reorientar las estrategias, intervenciones y actividades del personal de los CAP para mejorar la atención médica de la población que cubrían, para cumplir los ODS. El estudio también identificó el Recurso Humano con el perfil profesional adecuado con que contaba cada CAP e identificó si los médicos son suficientes y competentes.

Así mismo, la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en Guatemala continúa siendo una prioridad asignada por las autoridades de salud, por lo que es importante conocer las acciones que se realizan en los CAP, mediante la revisión de los indicadores para medir la eficiencia, si están cumpliendo con los objetivos para lo cual fueron creados y de los resultados obtenidos para encaminarse hacia estrategias y acciones que permitan reducir el número de muertes maternas.

Se determinó la producción de las primeras consultas de los CAP en estudio el cumplimiento de las funciones de atención de consultas y no solo eso sino, la atención de los programas que tienen a su cargo como la promoción de la salud, que es uno de los principales pilares para que la población incremente su calidad vida.

Se determinó la relación de producción de consultas de los centros de atención permanente y el impacto que ha tenido en la mortalidad general, mortalidad materna y la mortalidad infantil en los municipios intervenidos, identificar brechas y contribuir a mejorar las acciones de salud de la población.

Se hizo entrevista personal con los Coordinadores de los Centros de atención Permanente sobre necesidades de los CAP que servirán a las autoridades de salud para la planificación del presupuesto y dar respuesta positiva, para mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar la cobertura de consultas de los Centros de Atención Permanente y de los indicadores de mortalidad general, mortalidad materna y mortalidad en la niñez de los municipios de Quetzaltenango, San Carlos Sija, San Martín Sacatepéquez, Cajolá, El Palmar, Coatepeque y Génova durante los años 2008, 2013, 2018

### **Objetivos Específicos:**

1. Determinar la cobertura real de consultas de los Centros de Atención Permanente de los siete municipios de los años 2008, 2013, 2018.
2. Conocer la mortalidad general, mortalidad materna y mortalidad en niños menores de 5 años en los siete municipios donde se implementaron los Centros de Atención Permanente.
3. Determinar número de personal médico y paramédico por categorías de los CAP.
4. Realizar comparación de la información y determinar el comportamiento de los indicadores
5. Realizar una propuesta que oriente la toma de decisiones de las autoridades de salud.

## **1.5. METODOLOGIA**

### **Tipo de estudio:**

El estudio fue descriptivo ya que permitió caracterizar una situación concreta es decir la tendencia de los datos, incidencia y razón, utilizando un enfoque cuantitativo ya que partió de la recolección y análisis de datos, para responder a los interrogantes de la investigación, y poder establecer un patrón de comportamiento del problema de estudio y longitudinal ya que permitió realizar más de dos observaciones a través del tiempo para determinar su evolución o efecto.

### **Unidad de análisis:**

SIGSAS y Memoria Labores de las primeras consultas: consulta general, de embarazos y menores de 5 años de los siete Centros de Atención Permanente de Quetzaltenango; y Mortalidad general, mortalidad materna y mortalidad de menores de 5 años de los municipios de San Carlos Sija, Cajolá, Génova, El Palmar, San Martín, Coatepeque y Génova de tres años 2008, 2013, 2018. Memoria de labores de los Centros de Atención Permanentes que se incluyó en el estudio.

### **Criterios de inclusión**

Información del SIGSA de las primeras consultas de pacientes atendidos en los Centros de Atención Permanente que estén funcionando desde los años en estudio; Personal de salud que inicio y continúa laborando en los CAP.

### **Criterios de exclusión**

- Información de Re consultas de los centros de atención permanente.
- Centro de Salud que no cumple con la definición de “Centro de Atención Permanente” - Centro de Atención Materno infantil

### **Delimitación del problema**

Se incluyeron siete municipios donde hacen presencia los Centros de Atención Permanente del departamento de Quetzaltenango: Quetzaltenango, San Carlos Sija, Cajolá, Génova, El Palmar, San Martín, y Coatepeque

### **Instrumento**

El estudio se realizó mediante revisión de memoria de labores de los siete CAP, revisión de libros de partos en cada CAP en estudio, SIGSA WEB, entrevista con el director de cada centro de atención permanente y encargado del programa de estadística de la dirección de Área de Salud de Quetzaltenango; entrevista con Epidemióloga de la DASQ donde solicitó Información de indicadores de salud. Guía de cotejo de información recopilada para comparar y analizar coberturas de los años 2008, 2013, 2018

### **Prueba de instrumentos:**

Para validar la lista de cotejo se hizo una revisión de los SIGSAS del Centro de Salud de Quetzaltenango de años no incluidos en el estudio.

### **Recolección de datos:**

Se visitó el Departamento de Estadística y se solicitó las memorias de labores de los quinquenios 2008, 2013, 2018

### **Manejo ético**

Este estudio no involucra la participación directa con sujetos humanos, por lo tanto, no se requiere del consentimiento informado. Sin embargo, para protección del Área de Salud y de la Unidad de análisis en estudio, todos los datos fueron manejados con estricta discrecionalidad y con fines exclusivamente académicos y/o de investigación. No obstante, se obtuvo la autorización correspondiente, de las autoridades de salud, a fin de evitar incurrir en faltas legales o relacionadas con la ética profesional.

## Operacionalización de variables

**Cuadro No. 1**  
**Operacionalización de variables**

VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DIMENSIONAL	ITEMS
Consultas general Consulta niños menores de 5 años Atención prenatal	Número total de consulta general. Total, de consultas de embarazos atendidos. Total, de niños menores De 5 años atendidos en un Centro de Atención Permanente durante los años 2008, 2013, 2018 y 2019	SIGSA Web 3 Memoria de labores	Cuantitativo	Ascenso Descenso Sin cambios
Mortalidad	Total, de mortalidad general. Número total de muertes de una mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Número de muertes en menores de 5 años	SIGSA Web 2 Memoria de labores, Entrevista a encargada de la Unidad de Epidemiología	Cuantitativo	Aumentó Disminuyó Sin cambios
Recurso Humano	Total, de personas que laboran en los CAP por Categorización	Memoria de labores de los siete CAP	Cuantitativo	Aumentó Disminuyó Sin cambios
Déficit de personal Médico	Es aquella condición que posee quien domina el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de una disciplina y de una especialidad	Memoria de labores de CAP Entrevista verbal con el encargado de recursos humanos de la DASQ	Cuantitativo	Aumentó Disminuyó Sin cambios
Comparativo de indicadores	Datos tabulados de indicadores se realizó el comparativo y analizó el Impacto	Análisis de resultados	Cualitativo	Aumentó Disminuyó Sin cambios

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1. MARCO CONTEXTUAL DE LOS CENTROS DE ATENCION PERMANENTE**

##### **2.1.1. Caracterización de los CAP de Quetzaltenango por regiones**

Los Centros de Atención Permanente por sus características se divide en dos regiones: según su ubicación territorial; región del altiplano y región del sur occidente. Los municipios de zona del altiplano son: Quetzaltenango, San Carlos Sija, Cajolá y San Martín. Estas regiones comparten similitudes como son: clima frío, la mayoría de la población es indígena, la mayoría habla el idioma Mam, siendo Cajolá el municipio que tiene un porcentaje más alto de habla Mam con un 92%.

La región del Altiplano donde están 4 CAP tienen una tasa de natalidad de 14 por mil habitantes, En cuanto a educación: la mayoría es analfabeta, Cajolá tiene el 51 % de analfabetismo, respecto al índice de pobreza el municipio presenta el índice de pobreza arriba de 90%.

Cabe mencionar que el promedio de la tasa de natalidad de los municipios de Quetzaltenango, Sija y San Martín, es de 16 nacidos vivos por 1000 habitantes y Cajolá presenta el más alto con 42 nacidos por cada mil nacidos vivos.

El acceso de los municipios intervenidos el más lejano es San Carlos Sija con 24 Kms de la cabecera departamental.

La zona costera del sur-occidente de la república de Guatemala son: El Palmar, Coatepeque, y Génova presentan características similares como: clima cálido, la mayoría de la población habla español, es ladina. Génova presenta el 35% de la población indígena y Coatepeque 12%, la tasa de analfabetismo es de 31.53% en Génova y de 21.34% en Coatepeque (Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, 2010).

##### **2.1.2. Ordenamiento Territorial de los Centros de atención Permanente del**

## **Área de Salud De Quetzaltenango.**

El gobierno a través del Ministerio de Salud de Salud Pública implemento modelos de Atención en salud para lograr una mejor cobertura, diferente a la organización política administrativa en áreas de difícil acceso y de gran extensión territorial garantizando la atención de las personas y las familias, lo que a partir 2016 puso en marcha el nuevo modelo de atención de salud vigente a la fecha “Territorios” mediante el Acuerdo Ministerial No.2016 de fecha 11/01/2016 normativa para Categorización y habilitación de la Red de servicios de Salud de territorios.

Los territorios están ordenados dentro de un área de más o menos 10,000 habitantes éste se divide en sectores que atiende una población de 1,200 a 4,000 habitantes, debe contar con infraestructura, y accesibilidad de no más de una hora a pie. Los territorios pueden ser los Puestos y Centros de Salud. Y los sectores deben contar con 1 enfermera profesional, 2 auxiliares de enfermería 1 intramuros y otra extramuros de forma rotativa, pero a pesar de la intención de mejorar la salud de la población más vulnerable aún hay brecha con el recurso humano en muchos Sectores de los CAP debido a la falta de presupuesto del Área de Salud de Quetzaltenango. (UPE enero, 2016).

En Quetzaltenango se implementaron en el 2008-2012, once Centros de Atención Permanente (cap) Huitán, Sibilia, Colomba, y Flores Palestina San Carlos Sija, Cajolá, Génova, El Palmar, San Martín, y Coatepeque los cuales funcionaban en municipios priorizados debido a sus altos índices de mortalidad general, mortalidad materna y mortalidad en menores de 5 años pero, durante el 2014 las autoridades de salud cerraron, actualmente funcionan siete; San Carlos Sija, Cajolá, Génova, El Palmar, San Martín, Coatepeque y en el año 2018 se apertura Quetzaltenango pero a la fecha no tiene atención del parto debido a que no fue planificado y la infraestructura no es adecuada para atención de los mismos.

### **2.1.3. Generalidades de los Centros de Atención Permanente (CAP)**

Los Centros de Atención Permanente (CAP) forman parte del segundo nivel de atención de las redes de la organización de salud del MSPAS brinda atención medica

permanente de consulta, resolución de parto no complicado, estabilización y referencia de urgencias, se ubica en cabeceras municipales o en poblaciones de 5,000 a 20,000 habitantes, que por su accesibilidad o importancia poblacional y un establecimiento donde convergen usuarios de otros establecimientos de salud, deben contar con camas disponibles para la atención materno infantil, atiende las 24 horas del día. Desarrolla actividades de atención ambulatoria extramuros vinculada fundamentalmente a los hogares maternos. (MSPAS M. d., 2015).

#### **2.1.4. Cartera de servicios de los Centros de Atención Permanente**

La cartera de servicios de Salud: es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para fortalecer estas acciones ha desarrollado estrategias no solo en la implementación de los CAP sino que ha evidenciado actividades orientadas a la salud materna e infantil con mayor énfasis para una atención diferenciada, redes locales de maternidad. Los servicios de salud deben promover acciones de protección a los grupos vulnerables, una atención prenatal temprana, una buena atención del parto y el seguimiento en el posparto, que le permitan a la mujer, una maternidad saludable y el crecimiento adecuado de su recién nacida/o.

Entre las actividades que realiza en la cartera de servicios del segundo nivel y que son acciones que deben realizarse en el Centro de Atención Permanente están las siguientes las cuales fueron clasificadas por su importancia así:

**Cuadro No. 2**  
**Cartera de servicios de los CAP**

Atención a las personas	Prevención	Control salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica general,</li> <li>• Atención de emergencias</li> <li>• Atención materna infantil</li> <li>• Atención del Parto y del recién nacido</li> <li>• Salud Reproductiva</li> <li>• Control prenatal</li> <li>• Control post-parto</li> <li>• Planificación familiar</li> <li>• Prevención del Cáncer cervico-uterino (Papanicolaou, IVAA)</li> <li>• Detección, tratamiento y seguimiento de pacientes con tuberculosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmunizaciones</li> <li>• Vacunación a niños y niños menores de 5 años</li> <li>• Vacunación a niños y niñas de 6 a 14 años</li> <li>• Vacunación a mujeres de 10 a 54 años</li> <li>• Vacunación del adulto mayor</li> <li>• Vacunación antirrábica canina y humana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo de crecimiento y desarrollo en niños &lt; de 5 años</li> <li>• Recuperación nutricional</li> <li>• Suplementación con micronutrientes</li> <li>• Desparasitación</li> </ul>
Administrativas	Promoción y seguimiento	Servicios internos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia epidemiológica y sala situacional</li> <li>• Referencias de casos complicados</li> <li>• Certificación de establecimientos públicos (licencias sanitarias y tarjetas de Salud)</li> <li>• Planes de gestión de riesgo</li> <li>• Elaboración de planes: plan Operativo anual, Plan territorial y Plan estratégico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de la Salud</li> <li>• Salud del medio ambiente</li> <li>• Escuelas saludables</li> <li>• Salud Bucodental</li> <li>• Organización de grupos comunitarios</li> <li>• Visitas a pacientes de alto riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encamamiento</li> <li>• <b>Laboratorio (Algunos)</b></li> </ul>

Fuente: elaboración propia.

### 2.1.5. Caracterización del sistema de información de los CAP

Los Centros de Atención Permanente cuentan con Sistemas de Información Gerencial SIGSA WEB que es la herramienta informática del MSPAS donde se ingresan datos detallados por servicio, lugar, dirección, responsable de la información y fecha de consulta, que recopilan de los formularios SIGSA de la producción de los diferentes programas de salud, que puede ser enviada de forma inmediata semanal, mensual,

trimestral y anual. El CAP Consolida la información de las redes de servicios de salud de su territorio y envía la información de forma electrónica cada martes.

Los digitadores son el soporte técnico regional del SIGSA del programa de los CAP, están capacitados y conocen la plataforma WEB que le permite ingresar datos de forma ordenada y codificada.

Las redes de servicio de los CAP: Puesto de salud, Unidades mínimas, Centros comunitarios, entregan los lunes los SIGSA a los digitadores de los CAP quien realiza el ingreso de la información a la plataforma en línea, desde las computadoras con acceso a internet de los CAP. Para el análisis y la oportuna toma de decisiones de las autoridades de salud. Los Digitadores pueden trabajar con diferentes navegadores de internet y es administrado por el Departamento de estadística de DASQ.

## **2.1.6. Acciones de énfasis en los Centros de Atención Permanente**

### **2.1.6.1 Atención medica general**

Es la acción de atender pacientes en todos los ciclos de vida según las Normas de Atención para primer y segundo nivel del MSPAS. Entre los grupos de atención más importantes por ciclos de edad están los Neonatos (0 a 28 días), lactantes: (29 días a menos de 1 año) niñez y niñas de 1 año a menos de 10 años), adolescentes (mujeres y hombres de 10 años a menos de 20 años), mujer, adulto: (hombres y mujeres de 20 años a menos de 60 años y Adulto mayor: mujer y hombre de 60 años en adelante).

El tiempo estándar para la atención es de 15 minutos por usuario, pero esto depende de la situación de cada paciente en particular especialmente cuando se trata de mujeres embarazadas, lactantes, niñez, adolescentes, adultos y adulto mayor, no hay un parámetro estándar del número total de pacientes por día, cada servicio tiene diversos esquemas de tiempo dependiendo de la división del trabajo, de acuerdo con sus protocolos, y normas de trabajo. (MSPAS, Normas de Atención en salud integral para para primero y segundo nivel, 2018). Para la realización de la consulta y un buen diagnóstico clínico, el personal que atiende la consulta debe basarse en una buena relación médico-paciente para desarrollar un buen diagnóstico mediante un buen

interrogatorio.

El proceso de atención de los pacientes en los CAP a su ingreso a los servicios de salud pasa a secretaría para obtener su expediente clínico donde se integran datos personales, diagnóstico, cuidados personales y de enfermería, seguidamente pasa a la pre consulta para la toma de signos vitales y posteriormente con el médico de consulta quien le hace una anamnesis, realiza el examen físico, solicita estudios complementarios si considera necesario para dar diagnóstico asertivo y proporcionar tratamiento para su recuperación, anota la historia clínica en el expediente para dejar constancia en el SIGSA 3, datos personales, el diagnóstico, tratamiento y el encargado de farmacia le hace entrega del medicamento que lo anota en el SIGSA 4 de post consulta seguidamente el digitador hace el reporte de la producción, en el SIGSA WEB.

Es importante mencionar que la consulta en menores de 5 años varía en relación a los adultos en atención de las consulta, a los niños y niñas primero pasan a la clínica de Nutrición para monitoreo de crecimiento y desarrollo para verificar su estado nutricional y se hace la clasificación del grado de desnutrición si tiene. Se les proporciona suplementación con micronutrientes,; Vitamina A, Zinc, vitaminas espolvoreados y desparasitante, se da consejería sobre la alimentación y la importancia de cumplir con citas para su monitoreo, seguidamente pasa a la clínica de inmunizaciones donde le administran las vacunas según esquema de vacunación, se da consejería y posteriormente pasa a la consulta con el medico quien realiza interrogatorio y procede al examen físico, solicita exámenes complementarios si fuera necesario, diagnostica, da tratamiento y hace referencias en caso de urgencia médica, el cual utiliza el mismo proceso de llenado de datos.

Los CAP brindan atención de EMERGENCIAS que pueden darse en algunas de las etapas del ciclo de vida, como: primeros auxilios, intoxicación por plaguicidas y mordeduras de animales, dentro de los primeros auxilios como: heridas simples, se hacen cirugías menores, si la herida es grave, se hace referencia al tercer nivel de atención, así como también otras enfermedades que necesitan atención de emergencia médica.

El programa de Salud Reproductiva de los CAP brinda atención de Inspección visual

con ácido acético (IVAAS) para detección oportuna del cáncer de cérvix, y hace referencias de casos positivos a CAP de Quetzaltenango que cuenta con ginecólogo y colposcopia para tratamiento especializado.

#### **2.1.6.2 Control de salud a Mujeres**

Dentro de las actividades de control de salud que se realiza a las mujeres sobresale la atención prenatal a través de un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico". (O. P. OPS 2011).

Los Centros de Atención Permanente son los responsables de brindar atención de calidad a las mujeres embarazadas y la vigilancia de muertes maternas, por lo que cada CAP tiene un protocolo de "Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil (10 a 54 años) para la identificación de muertes maternas" que poseen todos los Centros de Atención Permanente.

Los CAP brindan atención integral durante el embarazo el parto y el puerperio mediante acciones preventivas durante el embarazo el parto, el puerperio y manejo básico de emergencias obstétricas. El control prenatal se realiza con el fin de desarrollar una vigilancia activa para identificación de embarazos de alto riesgo y referencia oportuna a un servicio de mayor capacidad resolutive en casos de complicaciones obstétricas.

Durante la atención de la embarazada incluye historia clínica, haciendo énfasis en historia obstétrica, revisión de carné y esquema de vacunas, examen físico, evaluación bucodental, realiza el índice de Masa Corporal para evaluar su estado nutricional, solicita exámenes complementarios donde los CAP cuentan con laboratorios, brindan consejería sobre signos y síntomas de peligro, sobre planes de emergencia. Las acciones preventivas durante el embarazo, según normas de Atención de primero y segundo nivel del MSPAS los controles prenatales deben ser como mínimo 4 controles durante el embarazo a las 12, 26, 32 36 y 38 semanas de gestación.

La atención del neonato busca detectar afecciones oportunas y prevenir las complicaciones neonatales. Mediante los cuidados antes del nacimiento durante el nacimiento y después del nacimiento. Los datos recolectados de control prenatal y neonatal se registran en la ficha de control prenatal, en la hoja de vigilancia epidemiológica, SIGSA 3 y 4, y carnet de la embarazada.

### **2.1.6.3 Análisis de la Sala situación de salud en los municipios de interés:**

#### **2.1.6.3.1 Mortalidad general**

El número de defunciones ocurridas durante un tiempo determinado y la población total de una entidad geográfica, se expresa a través de la tasa, número de muertes por cada mil o 100 mil habitantes en relación con la población total a lo largo de un periodo establecido.

Los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de mortalidad reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales. Según las estadísticas del Departamento de Quetzaltenango en el año 2008 la mortalidad general fue de 3,736 casos, posterior a cuando se implementaron los CAP en estos municipios cambiaron, y en el año 2013 fueron 3,744 casos y en 2018 hubo 3,193 muertes. En los siete (7) CAP durante el año 2008 la mortalidad general fue de 1,606 casos, en el 2013, 1,795 casos, durante 2018: fue de 1,854 casos.

#### **2.1.6.3.2 Mortalidad Materna**

La mortalidad materna durante el año 2008 fue de 8 casos y en el año 2013 fue de 6 casos, y en el 2018 hubo 6 muertes maternas, se observó un descenso de 2 muertes maternas.

La mortalidad en menores de 5 años en el quinquenio 2008 hubo 189 casos, en el 2013 hubo 227 casos, en el 2018 hubo 152 muertes. (DASQ 2008, 2013, 2018)

Para el diagnóstico de la muerte materna y de las muertes de mujeres en edad fértil el médico Coordinador del CAP, hace una investigación sobre los acontecimientos de la muerte, identifica la causa y llena formularios de vigilancia epidemiológica: FORMA A, FORMA B, FORMA C, y según causa de muerte lo clasifica en (1) muertes maternas. (2) Muerte Sospechosa, (3) Muerte no materna.

Toda muerte materna debe ser analizada por el Comité de Muerte Materna de la Dirección de Área de salud de Quetzaltenango (DASQ), para determinar y decidir el diagnóstico definitivo, ingresar la información al SIGSA y enviar las formas A, B y C al Centro Nacional de Epidemiología.

En el 2008 no hay datos en el departamento de estadística; en el año 2013 no se analizaban eslabones, solo las cuatro demoras en mortalidad materna siendo la cuarta demora la que falló, la falta de atención oportuna, diagnóstico errado, y patología preexiste.

En Guatemala existe reducción en las partidas presupuestarias y financieras que se refleja en la efectividad de los procesos de planeación, por lo tanto, el MSPAS manifiesta un estado de crisis, a nivel de salud, y la población que sufre de pobreza, indígenas y bajo nivel educativo sufren los peores resultados de salud.

Adrián Chávez García, analista de Instituto de problemas Nacionales IPNUSAC, indica que “Guatemala, desde hace 20 años el gasto público de salud no ha variado, a pesar del crecimiento poblacional y la demanda de servicios de salud” (Víctor Becerril-Montekio, 2011). Esto evidencia que las condiciones de vida están relacionadas con los niveles de pobreza y la salud de una población. Es importante que para mejorar la salud y la calidad de vida de los más pobres se debe mejorar el desarrollo de una sociedad, el cual se logra a través de una mayor cobertura de los servicios de salud y para cambiar los indicadores de salud. (G.Hernández, 2004)

### **2.1.6.3.3 Recurso humano en los Centros de Atención Permanente**

En el índice de desarrollo humano 2005 publicado por Naciones Unidas, refleja que Guatemala tiene 0,9 médicos por 10,000 habitantes, inferior a Nicaragua que posee 1,6. Esto coincide con el comunicado emitido por OPS en 2006, el cual reporta que en Guatemala existen 9.3 médicos por cada 10,000 habitantes. La meta recomendada es de 25 médicos por 10,000 habitantes.

Dentro del MSPAS las personas que trabajan como asalariados de tiempo completo con plaza presupuestada o por contrato parcial, realizan acciones para el cuidado y mejorar la salud. Son personas de distintas profesiones y ocupaciones que pertenecen a distintas categorías de formación y ubicación donde presta un servicio. El personal que labora en los CAP debe llenar el perfil ocupacional ya que es imprescindible que el personal posea sus conocimientos e información necesaria para desarrollar sus funciones para un buen desempeño laboral, lograr el éxito en el cumplimiento de los objetivos del MSPAS. Cada persona que labora en el CAP tiene asignado un programa a su cargo el cual tiene que cumplir con las metas del MSPAS.

Los CAP cuentan con 1 médico, uno que es el Coordinador del CAP con funciones: administrativas, de coordinación, gerenciales, ejecutivas y de atención, que además brindan atención directa de pacientes. Así mismo con 4 médicos de consulta que trabajan con turnos cada 4 días.

Las enfermeras de los CAP son las responsables del trabajo técnico de las auxiliares de enfermería y tienen funciones administrativas, gerenciales, de atención, ejecución y coordinación.

Las Auxiliares de enfermería: son las encargadas de la ejecución del trabajo técnico: como promoción, elaboración de informes. Atención de la preconsulta, post consulta, vacunación entre otros.

Cada recurso humano tiene funciones específicas según el cargo que ocupa y asignación de programas, debe cumplir con las metas asignadas para alcanzar los

objetivos de la institución. (MSPAS, Manual de organización y funciones DASQ 2019).

Es importante mencionar que Los centros de atención permanente algunos cuentan con personal calificado para brindar atención de calidad como el CAP de Quetzaltenango que tiene un ginecólogo presupuestado y dos con contrato temporal, un pediatra, un psicólogo, una nutricionista y una trabajadora social. San Carlos Sija: un Psicólogo; Coatepeque cuenta con: un psicólogo, un trabajador social, y una nutricionista; Cajolá: una trabajadora Social y San Martin con una nutricionista.

## **2.2. MARCO CONCEPTUAL DE SALUD**

Para orientar las acciones que se realizan en salud es necesario referirnos conceptualmente a las diferentes categorías que son objeto de este estudio por lo que presentamos aquí la importancia de conocerlas y aplicarlas:

**2.2.1 La salud:** La Real Academia Española define la salud como: “El estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” y es una condición o equilibrio de adaptación en que la persona se desenvuelve en el medio biológico y sociocultural, así mismo el estado fisiológico cuando el individuo siente bienestar físico, contribuyen la alimentación y biológica y social.

**2.2.2 Enfermedad:** “Se define como la alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa Interna” incluye el estado físico, psicológico, lo primero para el campo de la medicina y lo segundo para los profesionales de la psicología (OMS, 2019)

**2.2.3 Recurso humano en salud:** Félix Rigoli, asesor regional para el desarrollo de Recursos Humanos de la OPS cita: “La calidad del sistema de salud de un país es en gran parte función de la capacidad de la fuerza laboral del sector. Esta requiere desarrollarse y fortalecerse con mejores políticas y más oportunidades educacionales y de capacitación.” La efectividad del sector salud depende en cómo los recursos humanos se desarrollan y son utilizados.

**2.2.4 Personal Médico y paramédico de salud:** El trabajo médico es un trabajo individual, su función es el trato directo con el paciente. Esta relación incluye dos aspectos básicos, siendo el primero relacionado con la salud fisiológica del paciente y el segundo relacionado a la parte psicológica de la comprensión del mal y la forma en que ésta afecta al paciente. Ésta última es compatible con el trato y el respeto del médico hacia el paciente. La atención médica de alta calidad y el mantenimiento y el desarrollo de las habilidades y técnicas de un médico, así como el descubrimiento de información y nuevos conocimientos están ligados inseparablemente a las oportunidades que tiene el médico de dar atención a los pacientes y de lograr experiencia clínica. Las expectativas personales del médico se basan en dos aspectos básicos: la actualización profesional y la retribución económica. El rol del médico como recurso humano en salud dentro de las instituciones de salud es el principal, ya que son los prestadores directos de servicio a los pacientes.

Sin embargo, la disponibilidad de médicos generales y especialistas para la atención a la población se necesitan 23 médicos por cada 1000 habitantes adecuado para prestar servicios de atención primaria, se calcula que hay un déficit mundial de 18 millones de profesionales sanitarios. (OMS 2019).

**2.2.5 Impacto:** Es “Un proceso que posibilita el conocimiento de los efectos de un proyecto o Programa en relación con las metas propuestas y los recursos movilizados (Sarría-Santamera, 2008).

**2.2.6 Evaluación de impacto:** Se refiere al efecto de toda acción humana que tiene un impacto sobre su entorno, que puede ser positivo o negativo, y si esos efectos muestran las intervenciones de los programas y ha producido cambios en el bienestar de los individuos, e instituciones además el estudio pretende proveer información y ayudar a maximizar los impactos positivos mejorar la eficacia y calidad de prestación de servicios además de proveer información puede ayudar a la toma de decisiones de autoridades de salud. El llamado impacto ambiental o social se refiere al efecto que produce una determinada acción humana sobre el medio ambiente y sobre la sociedad.

### **2.2.7 Impacto Socioeconómico en la salud:**

La importancia de lo económico social en los países en desarrollo humano, en el caso de Guatemala, existen determinantes que pueden tener impacto en la salud de la población, y se clasifican en tres.

*Determinantes estructurales:* resulta de injustas condiciones para los grupos de población más vulnerables como: falta de una política social, situación de pobreza, pobreza extrema, ineficacia e inequidad de la distribución del gasto, baja educación materna en las áreas rurales asociados con la supervivencia infantil, corrupción, ingreso, educación, género y que son determinantes de las oportunidades que será el futuro para satisfacer sus necesidades de salud.

*Determinantes demográficos:* como alta ruralidad, densidad poblacional, y etnicidad que se traducen en desigualdades en su estado de salud.

*Determinantes individuales:* se refiere al estado de salud de un individuo y determinan que tan vulnerable es pertenecer a un grupo de mayor riesgo de enfermarse, también incide los estilos de vida y condiciones de vida (agua apta para consumo humano, disponibilidad de alimentos).

*Determinantes asociados al sistema de salud:* se refiere a las condiciones de acceso, oferta de la salud, en la atención de calidad de salud, la OMS considera que los Ministerios debe involucrarse en la reducción de las desigualdades de salud a través de acciones multisectoriales para reducir los factores determinantes de salud “. La vulnerabilidad de un individuo, es el resultado de determinantes intermedios y del desempeño del sistema de salud estrechamente relacionada con la posición socioeconómica del Individuo, dada por los determinantes estructurales.

### **2.2.8 Razón de mortalidad materna**

La razón representa el número de defunciones maternas directas e indirectas dentro del embarazo, parto o de los 42 días post evento obstétrico (parto, cesárea, aborto, o embarazo ectópico) por 100.000 nacidos vivos que corresponde por residencia. En medios

desarrollados estadísticamente, la **mortalidad materna se** mide de las estadísticas de nacimientos y muertes obtenidas de los sistemas de registro civil. Las estadísticas de nacimientos suministran el número de nacimientos vivos. La información sobre la causa de muerte suministra el número de muertes maternas.

### **Determinación de eslabones críticos en la Mortalidad Materna:**

La reducción de la mortalidad materna constituye uno de los principales objetivos y a la vez uno de los compromisos a cumplir como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS). En el 2011 se implementó el protocolo de vigilancia epidemiológica de la Embarazada y de la Muerte de Mujeres en Edad Fértil para la Identificación de la muerte materna (10 a 54 años); por su importancia y trascendencia en el 2013 se actualizo y socializo el protocolo de vigilancia que incluyo la metodología de análisis por eslabones de atención. La **mortalidad materna** es una tragedia social, la cual inicia con una cadena de eventos de orden multifactorial, que comprende: a) la educación en salud, b) el control prenatal, c) el desempeño medico durante el evento obstétrico y d) la infraestructura hospitalaria, llamados

### **Eslabones críticos.**

En la cadena de eslabones se analiza la atención preventiva, la atención prenatal obtenida, la atención del evento obstétrico si ocurrió, la atención del puerperio y la atención del recién nacido; se determina que fallo, se analiza el aspecto comunitario, o institucional, se hace un análisis longitudinal, para poder clasificar si es muerte materna directa, indirecta, prevenible o no prevenible y se determinan las demoras. El propósito es determinar que fallo si hubo una alerta, o algo critico que no se haya registrado o preguntado de quienes hayan atendido a la paciente.

### 3. MARCO TEORICO LEGAL

#### 3.1 Legislación sobre Atención en Salud:

Conocer y utilizar el marco Jurídico del Sistema Nacional de Salud es muy importante para abogar, gestionar, planificar y programar acciones que orienten las acciones de los diferentes programas de salud de los servicios de salud, para que las personas, físicas o morales, que prestan servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación, que surgen en el ámbito de la protección de la salud cuenten con los recursos para ofrecer y cubrir la oferta como la demanda de la salud a nivel general, especialmente aquella dirigida a los niños, mujeres y adultos en etapa reproductiva.

La Constitución Política de la República de **Guatemala**, en los Artículos 93, 94, 95, 96 y 100, establece los derechos a la **salud**, a la seguridad y asistencia social, definiendo a la **salud** como un derecho fundamental del ser humano y un bien público, por lo que es responsabilidad del Estado velar por su garantía

#### 3.2 El Código de Salud (Decreto 90-97)

También establece (Art. 1) el derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación a la salud de todos sus habitantes; pero también como producto social la salud es resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social (Art. 5), a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes el más completo bienestar físico, mental y social y es Obligación del Estado el cumplir y velar manteniendo principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad.

El código (Art. 9,10,11) también establece que el sector salud debe tener la competencia de saberla administrar, realizando acciones de investigación, educación, formación y capacitación del recurso humano en materia de salud, así como realizar educación en salud a nivel de la comunidad.

El Ministerio de Salud y sus unidades ejecutoras deben realizar la función de formular, organizar, dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población ampliándola y coordinando la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud, prestándolos con eficiencia, eficacia y de buena calidad.

Se indica también que el Estado estará en la obligación de asignar los recursos necesarios para el financiamiento público de la prestación de servicios de salud, para atender a la población en general y, en forma prioritaria y obligatoria, a la de mayor postergación en su desarrollo social y económico (Art. 21). Así mismo establece que debe dar prioridad a los recursos humanos (Art. 25) como el factor clave para la modernización del sector y la implementación de atenciones integrales de atención en Salud; sin dejar descuidada la infraestructura en salud (Art. 151) formulando políticas que regule su crecimiento y desarrollo a fin de garantizar una óptima utilización de los recursos sanitarios por parte del Estado.

### **3.3 Ley de Maternidad Saludable**

El Ministerio de Salud y Asistencia Social el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS y Organizaciones Gubernamentales tienen entre sus fines los servicios de salud y están obligadas a garantizar a las usuarias el acceso y calidad a servicios de salud materna-neonatal con calidad, con pertinencia cultural y sin discriminación alguna, en los tres niveles de atención, promoviendo la participación social y comunitaria para compartir la responsabilidad de proveer condiciones adecuadas para una maternidad saludable (Art. 6, 7,8,9,10).

Establece también el acreditar recurso humano calificado (Art. 15) y los servicios (Art. 16) para certificar y supervisar estándares de calidad y calidez en la atención de parto, posparto y neonato.

### **3.4 Reglamento Interno MSPAS**

EL MSPAS a través de sus unidades ejecutoras como las Direcciones de Área de Salud y Distritos en su respectiva jurisdicción, tienen la responsabilidad de planificar, programar, ejecutar, supervisar y evaluar los programas y servicios de salud de atención a las personas como al medio ambiente y velar por la administración eficiente de sus recursos (Art. 58; 67)

### **3.5 Convenios Internacionales Objetivos de Desarrollo del Milenio**

En septiembre de 2000, los dirigentes del mundo se reunieron en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, aprobando la Declaración del Milenio, comprometiendo a sus países con una nueva alianza mundial para reducir los niveles de extrema pobreza y estableciendo una serie de objetivos con metas e indicadores, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) cuyo vencimiento llegó en el 2015. (Sistema de Naciones Unidas en Guatemala, s.f.) entre los que destacaron el objetivo 4 de reducir la mortalidad de los menores de 5 años, a 37 por 1000 nacidos vivos y el 5 de reducir de 248 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos que había en 1989 a 62 para 2015.

### **3.6 Convenios Internacionales Objetivos Desarrollo sostenible (ODS)**

En septiembre 2015 los gobiernos miembros de las Naciones Unidas crearon la agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en donde acordaron 17 objetivos y 169 metas los cuales pretenden resolver problemas como la pobreza y el hambre durante 15 años. Guatemala adopto el compromiso por lo que debe priorizar los problemas de salud basada en indicadores y trabajarlas con la participación de actores: organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, el sector público, iglesias y autoridades locales; entre estos objetivos destacan el Objetivo número 3.1 que pretende reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 70 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, así como garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos; así como llegar al 2030 pretendiendo poner fin a las muertes evitables de los

niños menores de 5 años, reduciendo al menos 12 muertes por cada 1,000 nacidos vivos.

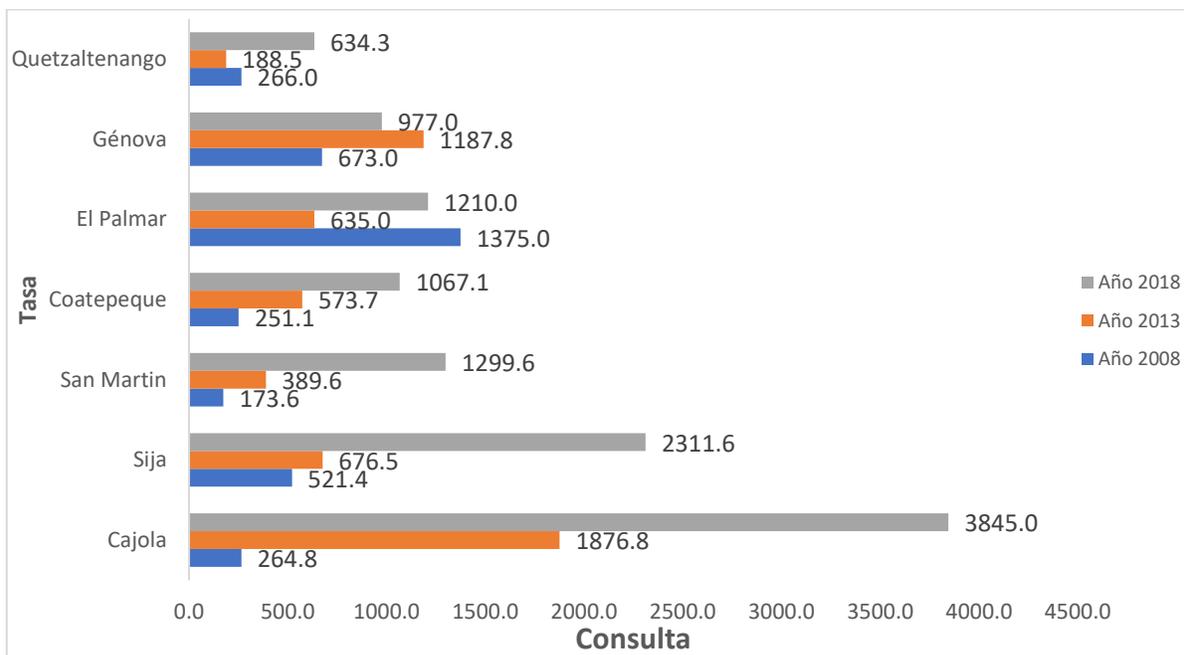
### CAPITULO III

### RESULTADOS GENERALES

A continuación, se presenta información derivada del proceso de análisis diagnóstico que se realizó en el sistema de información y epidemiología del Área de Salud, como de los encargados de informática de cada Centro de Atención Permanente de cada municipio.

**Gráfico No. 1**

**Primeras consultas de los Centros de Atención Permanente**



Fuente: Memoria de labores del Área de Salud de Quetzaltenango, 2008, 2013 y 2018

La cobertura de primeras consultas de los CAP. en el año (2008) El CAP del Palmar atendió 1,375 por 1000 habitantes y Génova 673 por 1000 habitantes contrario a Cajolá con 264 por 1000 habitantes y San Martín 173 por 1000 habitantes, en el año (2013) sobresale dos CAP Cajolá con 1,876 y Génova con 1,187.8 por 1000 habitantes, el resto presentan una situación similar y durante el tercer quinquenio

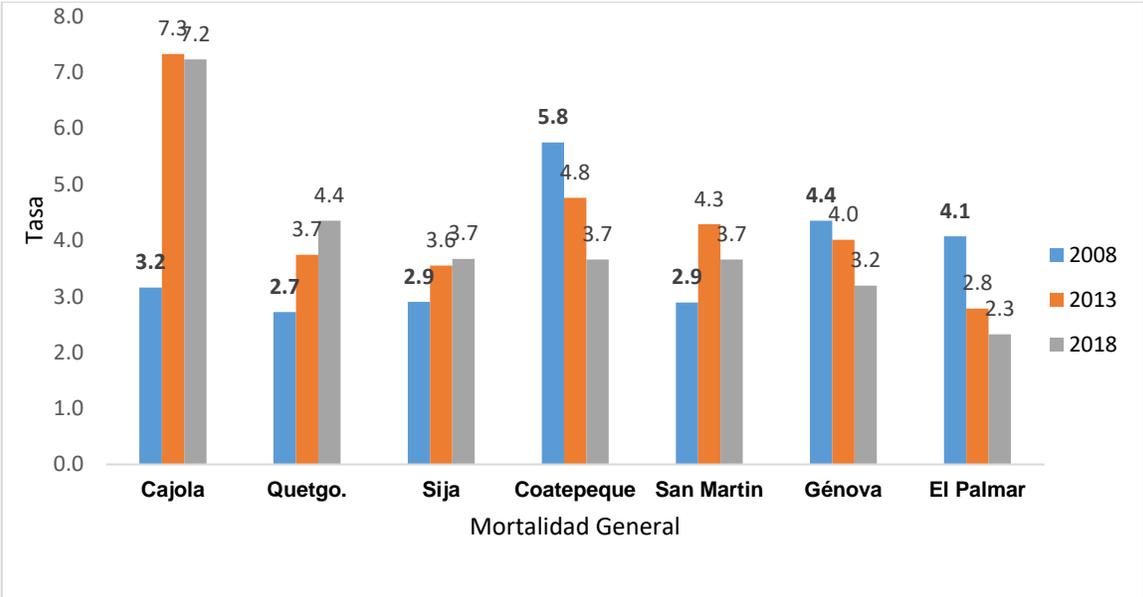
resalta Cajolá con 3,845 y San Carlos Sija presenta 2311.6 por 1000 habitantes no así, Génova 977 y Quetzaltenango 634.3 por 1000 habitantes

En los años (2008, 20013 y 2018) la cobertura de las primeras consultas de los CAP durante el quinquenio (2008) fue de 374.3 por 1000 habitantes en año (2013) hubo 527.5 por 1000 habitantes y el quinquenio (2018 que fue 1,094.7 por 1000 habitantes se observa aumento significativo durante 10 años.

El análisis en conjunto de los tres quinquenios, los Centros de Atención Permanente aumentaron la cobertura de consultas, debido a la apertura de los CAP, al horario ampliado, al acceso de los servicios de salud, a la atención calificada para la atención de los usuarios, a la promoción de la salud, y al aumento del personal calificado.

**Gráfico No. 2**

**Tasa de mortalidad General de Los Centros de Atención Permanente**



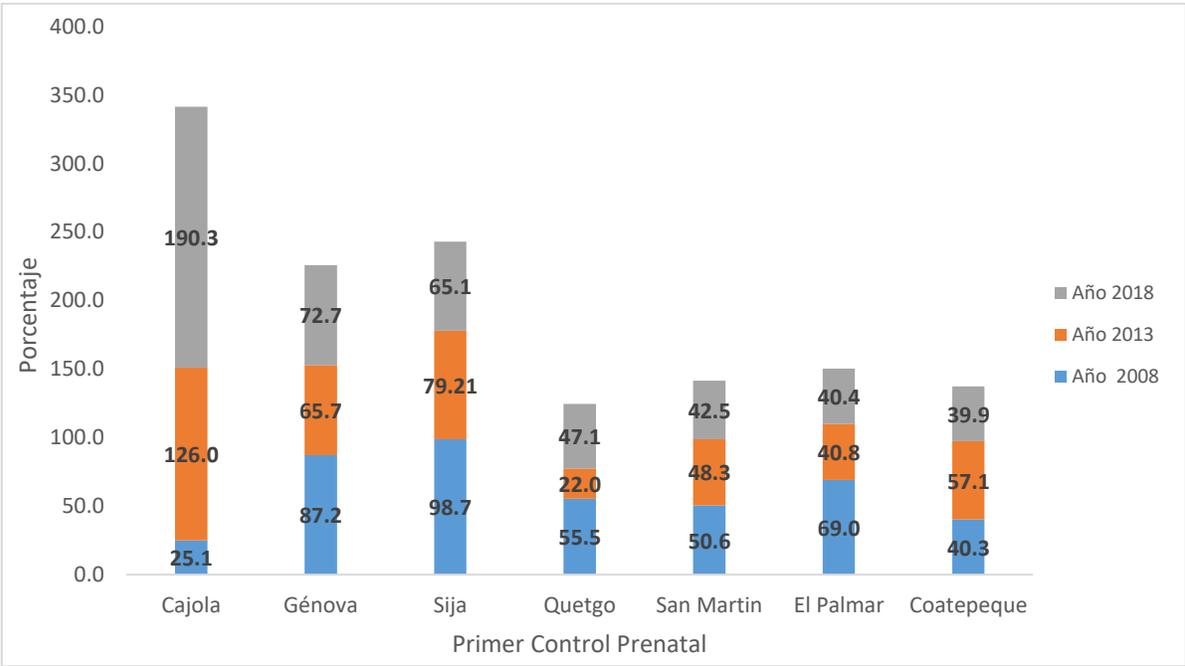
Fuente: Memoria de Labores Área de Salud de Quetzaltenango 2008 -2013-2018

La tasa de mortalidad en año (2008) sobresale Coatepeque con 5.8 por 1000 habitantes, Génova y el Palmar 4.4 por 1000 habitantes en el año (2013) Cajolá

presenta un ascenso de 7.3 por 1000 habitantes excepto Coatepeque, Génova y El Palmar que disminuyeron su tasa de mortalidad y durante el 2018, se observa que 5 CAP disminuyeron su tasa de mortalidad excepto, Quetzaltenango: 4.4 por 1000 habitantes y San Carlos Sija. 3.7 por 1000 habitantes.

En los años (2008, 20013 y 2018) tasa de la mortalidad general de los CAP fue en el año (2008) hubo 3.75 por 1000 habitantes, en el (2013) hubo 2.37 por 1000 habitantes y en el año (2018) hubo 3.84 defunciones por 1000 habitantes se evidencia leve aumento, debido a que las funerarias asientan las defunciones de otros municipios en Quetzaltenango por lo tanto, aumenta la tasa de defunción en la cabecera departamental, el aumento de la población migrante y al crecimiento poblacional.

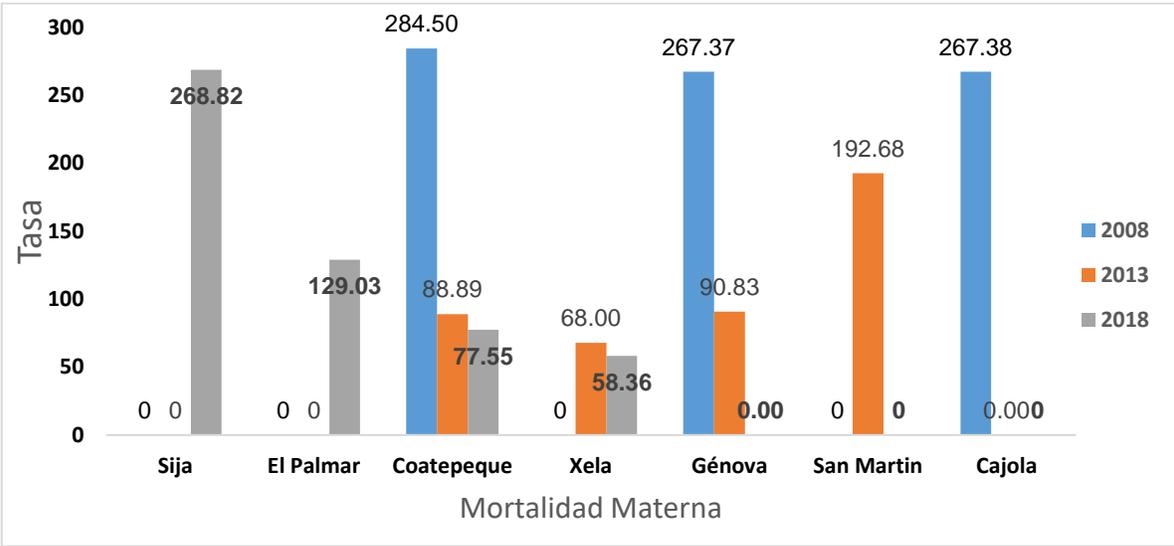
**Gráfico No. 3**  
**Control Prenatal de los Centros de Atención Permanente**



Fuente: memoria de labores Área de Salud, Quetzaltenango de los años 2008, 2013 y 2018

La atención prenatal presenta una tendencia hacia el descenso comparado con la línea base (2008) excepto Cajolá que presenta una cobertura de 190% durante el año (2018). En los años (2008, 20013 y 2018) el porcentaje de control prenatal hubo 49.9 % del total de embarazos esperados, en el (2013) hubo 41.55 % y en el año 2018 hubo 45% del total de embarazos esperados y en el (2018) fue 45%, se observó que la mayoría disminuyó su cobertura.

**Gráfico No. 4**  
**Razón de Mortalidad Materna de los Centros de Atención Permanente**



Fuente: Memoria de labores Área de Salud Quetzaltenango durante los años 2008, 2013 y 2018

Respecto de la razón de mortalidad materna durante el quinquenio (2008) evidenció que tres Centros de atención permanente presentan mortalidad materna siendo Coatepeque con una razón de mortalidad materna de 284.50 por 100,000 nacidos vivos, Cajolá y Génova con 267 por 100,000 nacidos vivos. El Palmar, Sija, Xela y San Martín, no presentaron mortalidad materna.

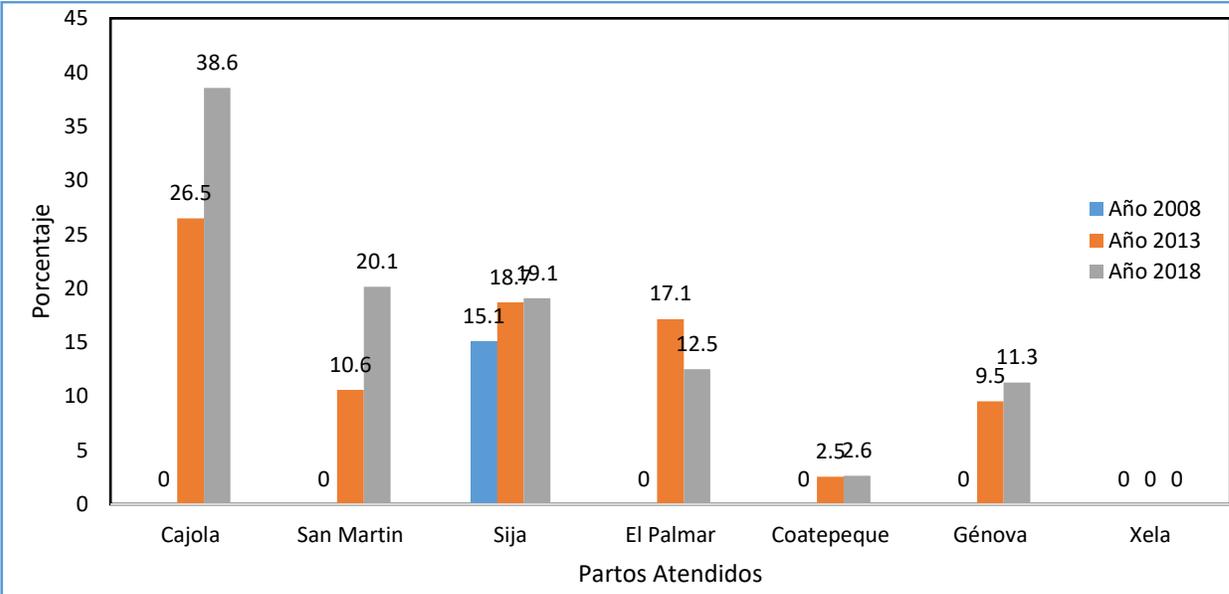
Durante el segundo quinquenio (2013) cuatro CAP presentaron mortalidad materna siendo San Martín que presentó la mayor razón de mortalidad 192.68 por 100,000 nacidos vivos contrario a Quetzaltenango que presentó una razón de 68.00 por 100,000 nacidos vivos.

El tercer quinquenio cuatro CAP presentaron mortalidad materna, el CAP de San Carlos Sija presentó 129.03 por 100,000 nacidos vivos, contra Quetzaltenango que presentó un descenso de 58.36 por 100,000 nacidos vivos.

En los años (2008, 2013 y 2018) la razón de mortalidad materna de los siete CAP durante el primer quinquenio 2008 fue 100.26 por 100,000 nacidos vivos, en el quinquenio (2013) hubo 71.72 por 100,000 nacidos vivos, y en el quinquenio (2018) hubo 63.51 por 100,000 nacidos vivos, se evidenció cambio significativo hacia el descenso, debido a la atención calificada del personal de los CAP, al acceso de los servicios de salud, a la promoción, e información y a la búsqueda activa de embarazadas que no acuden a su cita de control prenatal.

Es importante mencionar que en el quinquenio la RMM en el (2018) fue 63.51 por 100,000 nacidos vivos, a nivel departamental hubo 74 por 100,000 nacidos vivos y a nivel nacional: 105 por 100,000 Nacidos Vivos, se evidenció que la tasa de los 7 CAP fue menor que la tasa a nivel departamental y por debajo de la nacional.

**Gráfico No. 5**  
**Partos Atendidos en los Centros de Atención Permanentes**



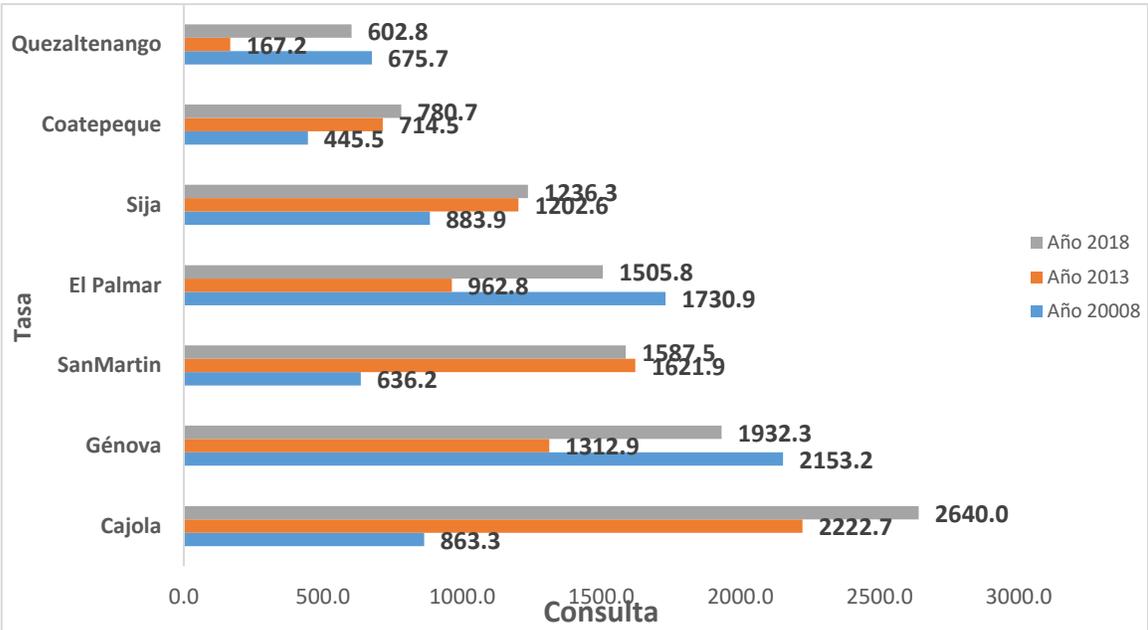
Fuente: Memoria de labores del Área de Salud de Quetzaltenango durante los años 2008, 2013 y 2018.

Los partos atendidos durante los tres quinquenios evaluados; durante el 2008 solo San Carlos Sija tuvo atención del parto de 15%; durante el quinquenio (2013) El CAP de Cajolá tuvo el porcentaje más alto 26.5% de partos atendidos y Coatepeque el más bajo 2.5% y durante el quinquenio (2018) cinco CAP presentaron un ascenso siendo Cajolá con 38.6% contra Coatepeque que tuvo 2.6%.

En los años (2008, 2013 y 2018) los partos los siete CAP se observó que durante el quinquenio (2008) los CAP atendieron 0.70% del total de partos, y en el quinquenio 2013 6.3%, y en el quinquenio (2018) 7.2% se evidenció un leve aumento de atención partos atendidos por personal especializado durante estos años evaluados, se aprecia un comportamiento lento, pero ascendente esto puede obedecer a aspectos culturales, de accesibilidad a los servicios de salud y a alta ruralidad. Es importante mencionar que Quezaltenango ascendió a CAP en el año 2018 de forma improvisada ya que no tiene atención del parto debido a que no tiene capacidad resolutive.

**Gráfico No. 6**

**Consultas de Niños Menores de 5 años de los Centros de Atención Permanente**



Fuente: Memoria de labores Área de Salud de Quetzaltenango durante los años 2008, 2013 y 2018.

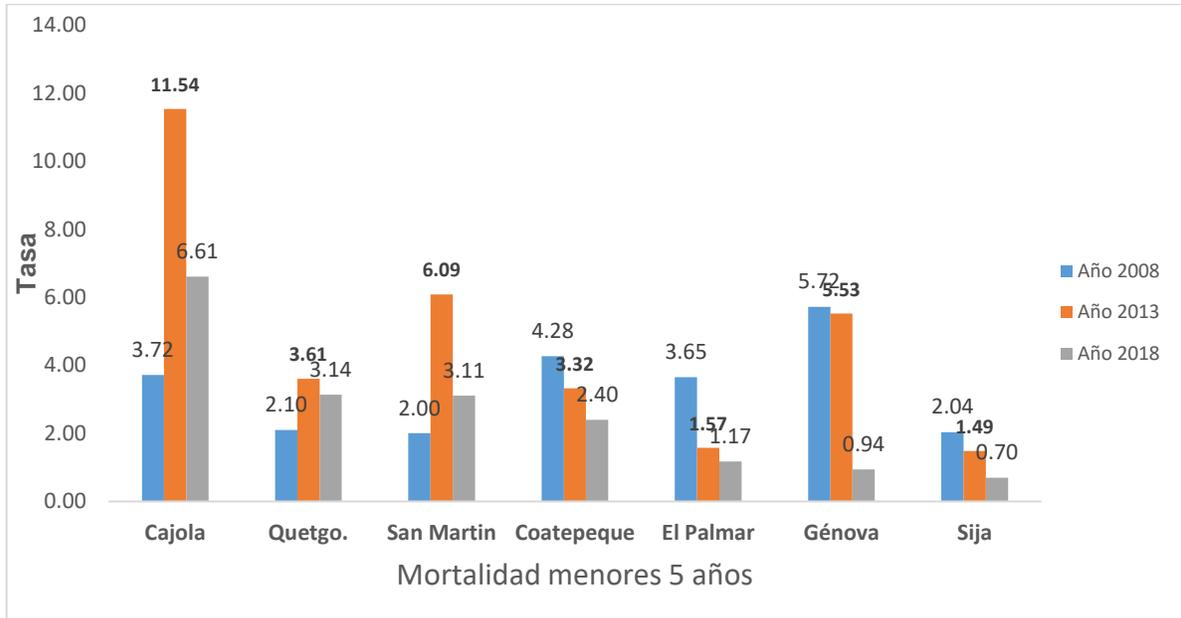
Las primeras consultas de menores de 5 años, en el primer quinquenio 2008 se observó que dos CAP Génova con 2,153.2 por 1000 niños de la misma edad y El Palmar con 1,730.9, los 5 restantes tienen un comportamiento similar menor de los 88 niños atendidos por 1000 niños menores de 5 años

En el segundo quinquenio (2013) Cajolá aumento con 222.7 primeras consultas por 1000 niños menores de 5 años y San Martín con 1621.9 contrario a El Palmar que disminuyó 962.8 por 1000 niños menores de 5 años y Quetzaltenango 167.2 por 1000 niños menores de 5 años.

Durante el tercer quinquenio tres CAP aumentaron, destaca, Cajolá con 2,640 consultas por 1000 niños menores de 5 años, San Carlos Sija 1236.3 contrario a Quetzaltenango que presenta 602.8 y Coatepeque 680.7 por niños 1000 menores de 5 años.

En los años (2008, 2013 y 2018) la producción de consultas de niños menores de 5 años, en el (2008) la tasa fue 825.5 por 1000 niños menores de 5 años, durante el (2013) fue: 764.4 por 1000 nacidos vivos y durante el (2018) la tasa fue 1,016.2 por 1000 nacidos vivos, se observó que la producción de consultas de los siete CAP aumentó significativamente, un claro impacto en la disminución de la mortalidad en niños menores de 5 años, debido a un mayor acceso a los servicios de salud, al aumento de la atención de 24 horas, a la atención del personal calificado, a la promoción de los servicios de salud, al control del crecimiento y desarrollo de los niños consultantes, a la suplementación de micronutrientes, a la desparasitación, a las coberturas de vacunación. Así mismo la conformación de club de madres de niños desnutridos y consejería personalizada a las madres lactantes.

**Gráfico No. 7**  
**Mortalidad de niños menores de 5 años en los Centros de Atención**  
**Permanente**



Fuente: Memoria de labores Área de Salud Quetzaltenango durante los años 2008, 2013 y 2018.

La tasa de mortalidad en niños menores de 5 años, presenta una tendencia similar durante el quinquenio (2008) excepto, Génova: 5.72 muertes de niños menores de 5 años por 1000 niños menores de 5 años, y Coatepeque 4.28 muertes por 1000 niños de 5 años.

Durante el año (2013) la tasa de mortalidad de menores de 5 años, sobresale Cajolá: 11.54 por 1000 niños menores de 5 años y San Martín, 6.08 por 1000 niños de la misma edad, cuatro (CAP) disminuyeron su tasa de mortalidad, Coatepeque: 3.32 por 1000 nacidos vivos y Sija 1.49 por 1,000 niños de la misma edad, el Palmar 1.57 por 1000 niños de la misma edad y San Martín 2.00 por 1000 niños menores de 5 años.

Durante el quinquenio (2018) la tasa de mortalidad en menores de 5 años en cuatro CAP hubo un descenso significativo comparado con la línea base (2008) y siete CAP presentaron una disminución comparada con el año (2013).

En los años (2008, 2013 y 2018) la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años en el 2008 fue 3.22 defunciones por 1000 nacidos vivos, en el año 2013 hubo 3.66 defunciones por 1000 nacidos vivos y en el año (2018) hubo 2.37 defunciones por 1000 nacidos vivos.

El análisis durante el quinquenio (2018) la tasa de mortalidad en menores de 5 años de los siete (7) CAP fue de 1.90 defunciones por 1000 nacidos vivos, a nivel departamental 2.50 por mil niños de la misma edad y a nivel nacional 5.39 por 1000 nacidos vivos, observándose que la tasa de mortalidad comparado con la departamental es bajo y mucho más bajo con la tasa nacional.

**Cuadro No. 3**  
**Número de Personal de los Centros de Atención Permanente**

CAP	Año 2008	Año 2013	Año 2018
Coatepeque	37	128	262
San Carlos Sija	16	35	85
Génova	15	68	73
Quetzaltenango	14	38	73
Cajolá	10	48	63
El Palmar	13	50	56
San Martin	9	53	46

Fuente: Memoria de Labores de DASQ y entrevista con Encargado de Recursos Humanos

En relación a los recursos humanos disponibles en los Centros de Atención Permanente, se evidenció que tuvo un promedio de aumento de personal de 16 durante el año (2008) de 60 personas en las (2013) y 94 personas en el (2018), se aprecia que a partir del (2008) el personal aumentó y eso se refleja en el aumento de consulta general, en la disminución de la mortalidad general, en la disminución de la mortalidad en niños menores de 5 años. Por lo tanto, los CAP responden con los objetivos del MSPAS que Guatemala como país adoptó ante La ONU que buscan mejorar los problemas de salud con personal disponible, capacitado y competente.

Respecto del número de personal se observó que antes de la apertura de los CAP el personal disponible era deficiente posteriormente el número de personal aumentó, durante los 3 quinquenios evaluados, se evidenció que hubo una tendencia hacia el aumento en todos los centros atención permanente.

**Cuadro No. 4**  
**Médicos por 10,000 habitantes de los Centros de Atención Permanente**

CAP	Población	Médico por CAP	Déficit de Médico	Población	Médico por CAP	Déficit de Médico	Población	Médico por CAP	Déficit Médico
Año	2008	2008	2008	2013	2013	2013	2018	2018	2018
Quetgo.	176044	1	404	155162	4	353	166723	5	378
Coatepeque	111877	2	255	135472	7	305	156097	7	352
Génova	32117	1	73	41885	5	91	47903	5	105
Sija	33816	1	77	41885	5	91	39783	5	87
El Palmar	26282	1	59	24482	5	51	32344	5	69
San Martín	30836	1	70	26814	5	57	29497	5	63
Cajolá	16751	2	37	10233	5	19	10367	5	19

Fuente: elaboración propia con datos de Memoria de labores 2008, 2013 y 2018

Se evidencia el número de médicos e identifica la disponibilidad y suficiencia de la capacidad instalada en los Centros de Atención Permanente de los tres años evaluados y se puede observar que durante el (2008) los 7 CAP tuvieron 9 médicos, en el (2013) aumento a 36 CAP. Y en el año (2018) aumento a 37 médicos. En promedio hubo en el quinquenio (2008) 1.3 médicos, en el quinquenio (2013) 5.1 y el quinquenio (2018) 5.9 médicos.

Se observa que durante el quinquenio (2008) el CAP de Coatepeque y Cajolá presentaron 2 médicos, contrario a Quetzaltenango, Sija, San Martín, El Palmar y Génova 1 médico. En los 7 CAP hay un médico coordinador con funciones administrativas, gerenciales y de consulta, 4 médicos turnistas que tienen funciones de consulta, atención del parto y emergencias.

La comparativa muestra que, hubo aumento del personal médico en los siete CAP en los quinquenios: (2008, 2013 y 2018) pero la brecha en cuanto al número de médicos de los CAP, el municipio que tiene más brecha es Quetzaltenango, Coatepeque y Génova, el que tiene menos brecha es San Martín y Cajolá,

El número de médicos de los centros de atención permanente durante el año (2008) comparado con el (2013 y 2018) aún es deficiente, a pesar que aumentaron con la implementación de los mismos, no cumple con los requisitos de la OMS que refiere que deberían ser 25 médicos por cada 10,000 habitantes para prestar servicios esenciales de salud, sin embargo, la brecha aún es grande en los CAP. La deficiencia de médicos puede ser debido a pocas oportunidades laborales, al gasto público en salud que es del 5% que no es suficiente para la contratación de más médicos.

**Cuadro No. 5**  
**Necesidades de los Centros de Atención Permanente**

<b>CAP</b>	<b>Personal</b>	<b>Infraestructura</b>	<b>Vehículos</b>	<b>Otros</b>
<b>Quetgo.</b>	Un Ginecobstetra Un Pediatra Un Internista, Un Químico Biólogo Un Fisioterapista Un Piloto Por Turno	Espacio físico para encamamiento	1 ambulancia	Equipo para atención de parto
<b>Coatepeque</b>	Un Médico Un Ginecólogo Un Piloto Dos Conserjes	Espacio para atención de parto complicados	1 ambulancia	Equipo de laboratorio
<b>Génova</b>	Un Técnico De Un Laboratorio Personal Para Territorios	Remozamiento del edificio de del CAP y de Puestos de Salud		
<b>El Palmar</b>	Un Trabajador Social Una Nutricionista Un Psicólogo Un Piloto			Una Planta Eléctrica Computadoras fotocopiadora
<b>Sija</b>	Un Ginecobstetra Un Pediatra Un Médico De 8 Horas Un Piloto Un Laboratorista	Dos oficinas Casa de la embarazada	Motocicletas	Servicio de Internet incinerador
<b>San Martin</b>	Un Psicólogo Un Trabajador Social Un Pediatra Un Odontólogo Chofer Cuatro Enfermeras	Espacios más amplios		
<b>Cajolá</b>	Un Ginecólogo Un Psicólogo Un Odontólogo Un Médico General	Ambientes Edificio en mal estado declarado inhabilitable por CONRED		Falta equipo médico
Fuente: entrevista a Directores de CAP Quetzaltenango				

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

El estudio se realizó en siete Centros de Atención Permanente del Área de Salud de Quetzaltenango con el fin de determinar si con el aumento del personal, las consultas aumentaron, verificar si había incidencia en la disminución de la mortalidad general, mortalidad en menores de 5 años y en la mortalidad materna.

En Quetzaltenango se implementaron en el (2008-2012-2018) siete Centros de Atención permanente (CAP) que funcionan en municipios por la tendencia de altas tasas de mortalidad general, mortalidad en menores de 5 años, la mortalidad materna, pobreza, extensión territorial y por su densidad poblacional. Estos municipios son: San Carlos Sija, Cajolá, San Martín, El Palmar, Génova, Coatepeque y Quetzaltenango

En cuanto al comparativo de producción de primeras consultas en los siete centros de Atención Permanente, según SIGSA y memoria de labores del departamento de estadística de la DASQ, la tasa de cobertura de consultas fue: durante el quinquenio (2008) de 374.3 por 1000 habitantes en el quinquenio (2013) fue de 527.7 por 1000 habitantes y en el quinquenio (2018) fue de 1,094.7 por 1000 habitantes; se observó por consiguiente un ascenso de las primeras consultas.

El análisis en conjunto de los tres quinquenios, los Centros de Atención Permanente aumentaron el porcentaje de su producción de consultas, debido a la apertura de los CAP, al horario ampliado, al aumento del personal, al acceso de los servicios de salud, a la atención calificada para la atención de los usuarios, la promoción de la salud, y a la promoción de los servicios de salud.

La tasa de mortalidad general de los siete centros de atención permanente, de los años (2008,2013 y 2018) presentó durante el quinquenio (2008) un 3.75 defunciones por 1000 habitantes y en quinquenio (2013) presentó 2.37 defunciones por 1000 habitantes y en el quinquenio (2018) hubo 3,84 defunciones por 1000 habitantes, debido al crecimiento poblacional, al aumento de la población migrante, al cambio de la plataforma de información ya que RENAP clasifica las defunciones y las traslada al

departamento de Estadística de la DASQ y este a los Centros de Atención Permanente.

En relación a primeras consultas versus mortalidad general de los CAP se pudo observar que las consultas aumentaron en los siete CAP pero la mortalidad general aumentó levemente como se evidencio en el año (2018) debido al sistema de información del MSPAS, la plataforma SIGSA 2 se utilizaba un servidor local y esta plataforma si reportaba mal, se perdía la información y a partir del mes de mayo 2020 paso a ser una plataforma en línea por lo que RENAP actualizo y ordeno la información y los fallecimientos los traslado a su lugar de origen, además la población migrante ha aumentado en los últimos años en relación al crecimiento poblacional. .

La situación de atención prenatal en los años (2008, 2013 y 2018) en el primer quinquenio fue de 49.9% del total de embarazos esperados, en el segundo quinquenio se presentaron 41.55% controles prenatales por embarazos esperados y en el tercer quinquenio hubo 45.69% del total de embarazos esperados, se observa leve descenso de controles prenatales, lo cual puede ser debido al llenado del SIGSA 3, que aparecen registradas las primeras consultas como reconsultas y por consiguiente una mayor cobertura de métodos anticonceptivos. Además, existen en Quetzaltenango y Coatepeque hospitales, clínicas privadas y sanatorios de atención de mujeres embarazadas por lo tanto la atención prenatal bajo notablemente.

La razón de mortalidad materna de los siete CAP durante el primer quinquenio (2008) fue 100.26 por 100,000 nacidos vivos, en el quinquenio (2013) hubo 71.72 por 100,000 nacidos vivos y en el quinquenio (2018) hubo 63.51 por 100,000 nacidos vivos: esto evidenció cambios significativos hacia el descenso que podrían suponerse que fue debido a la atención calificada del personal de los CAP, al acceso de los servicios de salud, a la promoción, a la información y a la búsqueda activa de embarazadas que no acudían a su cita de control prenatal; si bien los CAPs tienen organizado club de madres embarazadas donde reciben charlas sobre la importancia de los controles prenatales y reconocimiento de signos y señales de peligro.

El comparativo de la mortalidad materna del quinquenio (2018) de los siete CAP con el departamental y la nacional, en razón de mortalidad materna de los siete CAP fue de 63.51 por 100,000 nacidos vivos; a nivel departamental fue de 74 por 100,000 NV y a nivel nacional de 105 por 100,000 nacidos vivos, esto evidenció que la RMM fue menor que la departamental y muy por debajo de la nacional.

Respecto de la consulta en menores de 5 años durante los años (2008,2012 y 2018) el comparativo de los tres periodos de referencia, la producción de consultas de los siete CAP en el quinquenio 2008 el porcentaje de consultas fue 825.5 por 1000 nacidos vivos, en el (2013) 76 y durante el (2018) fue de 101.62 se observa que disminuyó durante el (2013) y aumentó durante el año (2018). Se actualizó el año 2019 y se evidenció que el porcentaje fue 118.71 de cobertura de consultas de los siete CAP

En cuanto a la mortalidad en menores de 5 años evaluados los 3 quinquenios en el (2008) la tasa fue: 3.18 por 1000 nacidos vivos, durante el (2013) hubo 3.66 por 1000 nacidos vivos, durante el (2018) hubo 2.37 por 1000 nacidos vivos. Se actualizo el año 2019 y evidenció que la tasa de mortalidad en menores de 5 años fue la: 2.34 por 1000 nacidos vivos.

La relación de la mortalidad materna y partos atendidos se menciona que durante el quinquenio (2008) los CAP atendieron 1,00% del total de partos, y en el quinquenio (2013) 7.51% y en el quinquenio (2018) 10.40% partos atendidos, el comportamiento de la atención del parto aún es lenta, pero ascendente. Se hace referencia que en Quetzaltenango tenemos el 86% de concentración de personal médico, alta concentración de clínicas privadas, hospitales con atención especializado y sanatorios, por lo que muchas mujeres buscan atención del parto en lo privado, además en Coatepeque donde el CAP se encuentra en Aldea Las Palmas a 14 Kilómetros del aérea urbana tiene hospital con atención calificada cercano al CAP atención privada de sanatorios, clínicas entre otros por lo mismo la atención del parto es menor pues tienen las mujeres otras opciones que no son las del MSPAS; influye también la elevada ruralidad, factores culturales, accesibilidad idiomática, actitudes y comportamientos de la familia frente a la atención médica, esto puede obedecer a

aspectos culturales, de accesibilidad a los servicios de salud, a alta ruralidad y a la baja educación de las mujeres del área rural.

En relación al Recurso Humano que labora en los Centros de atención Permanente se evidenció que tuvo un promedio de aumento de personal de 16 durante el año 2008, de 60 personas en las (2013) y 94 personas en el año (2018).

En relación al Recurso Médico de los 3 años evaluados se puede observar que durante el (2008) los siete CAP tuvieron 9 médicos, en el (2013) aumento a 36 médicos y en el año (2018) aumento 37 médicos, esta deficiencia puede deberse a falta de planificación de recursos humanos y asignación de recursos financieros para la contratación de personal, para asegurar la cobertura del crecimiento poblacional en centros urbanos y rurales de alta concentración poblacional.

El número de médicos de los centros de atención permanente durante el año (2008) comparado con el (2013 y 2018) aún es deficiente, a pesar que aumentaron con la implementación de los mismos, sin embargo no cumple con los requisitos que la OMS refiere que deberían ser 25 médicos por cada 10,000 habitantes para prestar servicios esenciales de salud. Y los CAP que más brecha presentaron fueron: Quetzaltenango con un déficit de 378 médicos, Coatepeque: 352, Génova: 352 y San Carlos Sija:105, debido a pocas oportunidades laborales, al gasto público en salud que es del 5% en promedio no es suficiente para la contratación de más médicos.

## CONCLUSIONES

1. En los años (2008, 2013 y 2018) la tasa de primeras consultas por 1000 habitantes fue: de los siete (7) Centros de Atención Permanente, en el primer quinquenio fue de 374.3 en el segundo quinquenio 527.3 y en el quinquenio (2018) fue de 1094.7 se observó un ascenso significativo de las consultas.
2. La tasa de mortalidad general por 1000 habitantes: Coatepeque, Génova, y El Palmar, muestra un descenso en el periodo estudiado, Coatepeque de un 5.8 en (2008) bajo al 4.8 en (2013) y 3.7 en (2018); mientras Génova de un 4.4 en (2008) bajo al 4.0 en (2013) y al 3.2 en (2018); el Palmar de un inicial 4.1 en (2008) bajo al 2.8 en (2013) y al 2.3 en (2018, Cajolá, mostro un incremento de 3.2 inicial en (2008) a un 7.3 en (2013) y 7.2 en (2018). En el caso de los municipios de Quetzaltenango y Sija muestran un incremento en sus tasas de mortalidad general, en el caso de Quetzaltenango de un 2.7 en (2008) se incrementó a un 3.7 para el (2013) y un 4.4 para el (2018). En el caso del municipio de Sija de un 2.9 en (2008) a un 3.6 para el (2013) hasta un 3.7 para el (2018).
3. En los años (2008,2013 2018) la tasa de mortalidad general fue de 3.75 en el 2008, en el 2013: 3.75 y en el 2018 3.84 se observó leve aumento
4. La Mortalidad Materna por 100,000 nacidos vivos, para el (2008) Coatepeque 284.50, Cajolá y Génova 267.37 muestran indicadores de mortalidad materna bastante altos, Sija, El Palmar y San Martin, no reportaron casos. Para el (2013) San Martin presenta la mortalidad más alta con 192.62, Génova tiene 90.83, Coatepeque: 88.89 y finalmente Quetzaltenango tiene 68 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos mientras Cajolá, El Palmar y Sija no presentaron Mortalidad Materna. Para el (2018) Sija muestra la mortalidad materna más elevada con 268.82 muertes maternas, le sigue el Palmar con 129.03, Coatepeque con 77.55 y por ultimo Quetzaltenango con 58.36 muertes

maternas por cada 100,000 nacidos vivos

5. En los años (2008, 2013 y 2018) la razón de mortalidad materna de los siete CAP durante el primer quinquenio 2008 fue 100.26 por 100,000 nacidos vivos, en el quinquenio (2013) hubo 71.72 por 100,000 nacidos vivos, y en el quinquenio (2018) hubo 63.51 por 100,000 nacidos vivos, se evidenció cambio significativo hacia el descenso.
  
6. En el caso de la mortalidad en niños menores a los 5 años existe una marcada disminución en los municipios de Sija, Génova, El Palmar y Coatepeque. En el caso de Sija de un 2.04 niños menores de 5 años fallecidos por cada 1000 niños menores de 5 años vivos en (2008) bajo a 1.49 en (2013) 0.70 para (2018). Génova de 5.72 en (2008) bajo a 5.53 en (2013) y en (2018) se redujo a 0.94 Mientras El Palmar de 3.65 en el (2008) bajo a 1.57 en (2013) y se redujo a 1.17 para el año (2018). De la misma forma Coatepeque de un 4.28 en (2008) bajo a 3.32 para el año (2013) y en el año (2018) bajo hasta el 2.40 la mortalidad en niños menores de 5 años.

En el caso de los municipios del altiplano: Cajolá, Quetzaltenango y San Martín mostraron un incremento en la mortalidad de la niñez. Para el caso de Cajolá de 3.72 en (2008) subió a un 11.54 en (2013) y se redujo a 6.61 para el año (2018) en el caso de Quetzaltenango del 2.10 subió a 3.61 y se redujo a 3.14 en el (2018), y por último el caso de San Martín de 2 en (2008) se incrementó hasta 6.09 en (2013) y en (2018) se redujo llegando a afectar a 3.14 niños menores de 5 años por cada 1000 niños menores de 5 años.

En relación a las consultas de los niños menores de 5 años versus mortalidad, las primeras consultas aumentaron de 825.5 por 1000 niños menores de 5 años en el (2008) a 1,016.2 en el (2018) y la mortalidad disminuyó. La tasa de mortalidad en niños menores de 5 años para 2008 fue 3.22 a 2.37 en el (2018), lo que significó que en este indicador ya logró alcanzar la meta propuesta en los Objetivos de Desarrollo Sostenible que tenía como meta reducir a menos de 12 muertos por cada 1000 nacidos vivos.

La razón de mortalidad materna de los CAP evaluados disminuyó significativamente durante el primer quinquenio fue 100.26 por 100,000 nacidos vivos, en el quinquenio (2013) hubo 71.72 por 100,000 nacidos vivos y en el quinquenio (2018) hubo 63.51 por 100,000 nacidos vivos. También en este caso en los CAP objeto de estudio se llegó a la propuesta en los Objetivos de Desarrollo Sostenible que tenía como meta reducir a menos de 70 por cada mil nacidos vivos.

7. En relación a los recursos humanos disponibles en los Centros de Atención Permanente, se evidenció que han tenido un incremento, aunque este incremento ha sido desigual, si se ha incrementado en el caso de Coatepeque en donde se ha visto el mayor incremento de personal, ya que de un total de 37 personas en (2008) se incrementó a 128 en (2013) y para (2018) el total de personal era de 262. En el caso de San Carlos Sija de 16 personas en (2008) subió a 35 en (2013) y en (2018) eran 85. En Génova de un total de 15 de (2008) se incrementó a 68 en (2013) y para (2018) eran 73. En Quetzaltenango el personal en (2008) era de 14 y se aumentó dicho número a 38 para el (2013) y en (2018) había un total de 73. En el caso de Cajolá de 10 en (2008) se incrementó a 48 en (2013) y a 63 en (2018). El Palmar ha tenido incrementos de personal de 13 existentes en 2008 a 50 en (2013) y para (2018) tenía a 56 personas laborando. En San Martín de un total de 6 trabajadores, se incrementó a 53 en (2013) y disminuyó a 46 para (2018), este es el único caso que se evidencia una disminución de personal dentro de los CAP objeto de estudio. Este incremento de personal se refleja en el aumento de consulta general y en la disminución de la mortalidad general, salvo excepciones y en la disminución de la mortalidad en niños menores de 5 años.

8. Se determinó que todos los Centros de atención Permanente presentan déficit de médicos a pesar que con la implementación de los CAP se ha visto en

general un incremento del personal en todos. Sin embargo, según los estándares de la Organización Mundial de la Salud, existe en un déficit de médicos para Quetzaltenango en el año (2018) de 378, Coatepeque 352, Génova 105, San Carlos Sija 87, El Palmar 69, San Martín 63, y Cajolá 19. Lo que muestra que, si bien se ha ido avanzando en el fortalecimiento del sistema de salud del país, aún falta mucho por hacer.

## RECOMENDACIONES

1. Dar a conocer el resultado del estudio a las autoridades del Área de Salud para que conjuntamente con el ministerio de salud analice los avances de los indicadores de salud de los Centros de Atención Permanente.
2. Implementar un sistema de productos por resultados mediante monitoreo y evaluación como medio para la verificación de los procesos administrativos, técnicos y sistemas de apoyo.
3. Fortalecer el club de madres embarazadas para charlas sobre la importancia de los controles prenatales, reconocimiento de signos y señales de peligro y el cuidado del niño.
4. Tomar en consideración la posibilidad de monitorear no solo la producción de consultas sino la disminución de la tendencia de mortalidad general, mortalidad materna y mortalidad infantil con base a una línea basal a largo plazo.
5. Que se establezcan metas de indicadores y plazos para cada uno de los Centros de Atención Permanente dependiendo de su población a cubrir, se tomen en cuenta los lugares de mayor riesgo de muerte infantil y materna para la priorización de acciones.
6. Planificar el recurso humano en salud y distribuirla de forma equitativa, tomando en cuenta el déficit de personal médico, personal técnico el crecimiento poblacional, la carga de trabajo y la vulnerabilidad de riesgos, con el fin de atender las enfermedades prevalentes y prioritarias de la población
7. Capacitar al personal en habilidades clínicas específicamente a los médicos y enfermeras que se relacionan con la atención a la demanda, la atención, materno-neonatal y en la identificación de complicaciones obstétricas para mejorar la calidad de la atención personalizada y referencia oportuna de casos complicados.

8. Efectuar acciones de promoción con pertinencia cultural para mejorar los servicios de salud preventivo a través de medios de comunicación en los CAP específicamente en municipios con altos índices de mortalidad en menores de 5 años.
  
9. Sugerir a las autoridades del área de Salud y MSPAS mejorar la infraestructura del Centro de Atención Permanente de Quetzaltenango construcción de edificio del CAP de Cajolá para la atención del parto y fortalecer con recurso humano calificado

## **CAPITULO IV**

### **PROPUESTA**

#### **Estrategia para Mejorar las necesidades de los Centros de Atención Permanente**

##### **Introducción**

La propuesta del estudio se realizará tomando en cuenta los resultados del trabajo de la atención de la cobertura, los indicadores de mortalidad a través de Centros de Atención Permanente del departamento de Quetzaltenango y lo que derive de la presentación a las autoridades de salud, así como las estrategias para dar respuesta positiva a las necesidades encontradas en los Centros de Atención Permanente ya que como dependencias del Ministerio de Salud a nivel local tienen que desarrollar todas las funciones de organización, dirección, planificación programación, diseño de funcionamiento y gestión del financiamiento para su adecuado funcionamiento en favor de las familias de las comunidades donde están ubicados.

La propuesta de los “Centros de Atención Permanente deberán ofrecer instalaciones para servicios de atención de 24 horas en consulta externa, emergencias y hospitalarios; además debe estar habilitado para atención del parto eutócico y la resolución quirúrgica de emergencia del parto, disponiendo de área encamamiento.

En Guatemala existe una diversidad de leyes que hacen referencia a que la salud es un medio que permite lograr un desarrollo integral. La Constitución Política de la República establece literalmente en el artículo 93 “El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna”. Además, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas 2007 indica en el Artículo 24 “Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna a

todos los servicios sociales y de salud” (Unidas, 2007)

**Justificación:**

Después de realizado el trabajo se encontró que los CAP del departamento de Quetzaltenango, presentan necesidades de recurso humano capacitado, infraestructura, vehículos y otros insumos y la DASQ específicamente la Gerencia Financiera tiene deficiencias en la planeación del presupuesto para dar respuesta positiva a las necesidades de los CAP.

El propósito de esta propuesta es orientar a los tomadores de decisión de que piensen que la forma de realizar una buena planificación territorial de los Centros de Atención Permanente es hacer geoposicionamiento geográfico y territorial, analizar la capacidad de respuesta e infraestructura, tomando en cuenta las vías de acceso, transporte, distancia y capacidad de respuesta de los centros de atención, gestionando y realizando abogacía y alianza con las corporaciones municipales para lograr el mejoramiento del sistema local de salud.

Es decir, se requiere desarrollar un modelo de atención basada en la estrategia de atención primaria en salud, acorde con la capacidad, infraestructura física apropiada a través de la arquitectura que ofrezca soluciones estratégicas que contribuyan a mejorar la calidad de la atención, dotación de recurso humano, tecnológico y suficiencia económica de baja complejidad que garantice la integralidad de atención del paciente, en el marco del proceso del sistema obligatorio según la ley, definiendo puntos de control en el desarrollo del modelo de atención que permita establecer acciones de mejoramiento de la atención a nivel institucional.

El objetivo del modelo creado debe hacer coincidir y coordinar la oferta de servicios con pertinencia cultural con las necesidades de atención de los pacientes, facilitando la interacción entre las normas reglamentadas en el sistema con la operacionalización de la atención directa tomando en cuenta la condición social y ubicación geográfica de la población del área de influencia.

Se requiere que exista atención interdisciplinaria y una atención segura con acciones preventivas, curativas y de atención directa, pero de referencia oportuna según sean las necesidades de los pacientes sin distinción de etnia o condición social o económica.

Para ello, la seguridad del paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados en la atención para implementar las acciones que den seguridad y humanización de la atención, además aplicación de la ética y valores para apoyar la necesidad de soluciones de la salud comunitaria.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivos General**

Presentar: a las autoridades de salud las tendencias actuales de los indicadores de mortalidad de los adultos, la mortalidad materna y de los menores de 5 años para disminuir los indicadores de salud

### Objetivos específicos

1. Mejorar: la atención de los usuarios del servicio desde la recepción del paciente, el proceso de atención en la relación médico-paciente, hasta en los controles de cita o visitas domiciliarias.
2. Mejorar: las capacidades técnicas, de infraestructura y de equipo de los Centros de Atención Permanente ya existentes debido a la demanda y el crecimiento poblacional.
3. Sugerir: a las autoridades de la Dirección del Área de Salud y autoridades municipales de los CAP de la infraestructura en mal estado, el remozamiento, y/o ampliación de ambientes según los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud en las Normas de diseño de la red servicios de salud y seguridad en construcción de infraestructura, llevando a cabo el cumplimiento de los contratos con las constructoras, y el servicio de mantenimiento adecuado y constante
4. Presentar: la coordinación del CAP de Cajolá debe presentar ante el Consejo Municipal, COMUDE presupuesto de proyecto para construcción de edificio

nuevo a las autoridades de la Dirección del Área de Salud, al consejo de Desarrollo Urbano, Consejo Municipal de Desarrollo Urbano y Rural, COMUDE, Consejo departamentales de Desarrollo Urbano (CODEDE), debido a la alta demanda de atención y por su ubicación estratégica puede atender a otros municipios circunvecinos.

5. Gestionar: en gerencia financiera de la Dirección de Área de Salud el presupuesto para contratación de médicos, personal administrativo y de apoyo para la atención de la demanda, tomando en cuenta el déficit de personal de los CAP de los que más brecha presentan.
6. Proponer convenios con las Universidades que tienen el postgrado de ginecología, pediatría, nutrición, trabajo social y psicología, para que los estudiantes realicen su Ejercicio Profesional Supervisado en los CAP.
7. Realizar: una reingeniería del recurso humano administrativo y de otras disciplinas en salud y distribuirla de forma equitativa en los CAP para lograr mejoras sustanciales en medidas de rendimiento de la atención en todos los programas del MSPAS

## CRONOGRAMA

Objetivo	Alcance	Definición	Indicador	Frecuencia	Método
Estrategias de Atención	aumento de la producción de atención a las personas	Son acciones de los proveedores de salud institucionales y	aumento de los usuarios y disminución de indicadores:	evaluar los indicadores diariamente en cada CAP	análisis de Indicadores por el equipo

	consultantes y disminución de la tendencia de mortalidad general, mortalidad materna y mortalidad < de 5 años, mejorando la calidad de vida de las personas.	comunitarios para promoción de la salud, prevenir enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación. del daño.	tasa, razón o porcentaje, por medio de medición cuantitativa	y a nivel departamental mensualmente.	técnico de los CAP
Administrativo gerencial	lograr ampliar la cobertura del servicio, rediseñando el modelo	consiste en desarrollar paso a paso cada una de las actividades en forma lógica, cronológica y continua para lograr los objetivos propuestos eficaz y eficientemente.	medición de cumplimiento de los objetivos	Anual	Gestión administrativa
Estrategia de Infraestructura	satisfacción de los usuarios de los servicios de los CAP y personal prestando atención de calidad	Estudio sobre la planificación programación, diseño y arquitectura de instalaciones de salud. .	Edificio en buen estado	de agosto a diciembre 2021	Gestiones administrativas
Estrategia de Recursos Humanos	disponibilidad del personal distribución equitativa del recurso humano en los CAP, contratación de personal capacitado.	Conjunto de procedimientos de atención del parto	cuantificar el número de recurso humano esencial	Anual	evaluación de desempeño y productividad
estudiantes realicen su Ejercicio Profesional Supervisado	atención especializada	Es una practica técnica de gestión profesional	producción del personal especializado	Semestral	Análisis de resultados al finalizar el año

Distribución equitativa en Los CAP	Los CAP con personal brindando atención suficiente y eficiente	son todas las personas que realizan acciones para mejorar la salud con distintas profesiones y ocupaciones que tienen compromisos ante la institución donde laboran.	Con personal de salud y de apoyo suficiente y competente laborando en los servicios de salud	Anual	Verificar que el servicio este cubierto con personal de salud administrativo y de apoyo con perfil adecuado para el desempeño de sus funciones, trabajando en los CAP
------------------------------------	--	--	--	-------	---

## FUNDAMENTO TEORICO DE LA PROPUESTA.

La Reingeniería en las instituciones de salud es un proceso de cambio, de reinventar y renovar los recursos humanos, las estructuras, los procesos, los sistemas y las maneras de medir los resultados y el desempeño de la Institución (Adolfo, 2001; Adolfo, 2001)

### **Gestión estratégica:**

De acuerdo a lo preceptuado en el Artículo 5. Del Acuerdo Ministerial Naturaleza. Fortalecimiento para la gestión de las líneas de acción en su Númeral 152-2017, 2017 el Fortalecimiento de la Gestión Institucional, debe estar basada en procesos estratégicos sustantivos, de apoyo y de mejoramiento continuo, orientada a la identificación, desarrollo y aplicación de procesos sustantivos, los cuales deben ser reconocidos para garantizar la atención integral a las personas, sus familias y comunidades, por parte del sistema de salud. La gestión estratégica, se orienta para que los planes y acuerdos de coordinación, directrices e instrucciones de los diferentes niveles de atención garanticen la disponibilidad de recursos para que el nivel de

operativo haga realidad la misión y visión institucional. (MSPAS, Acuerdo Ministerial Número 152-2017, 2017)

En la actualidad el estudio de los servicios de salud, así como su estructura de procesos y resultados muestran las tendencias hacia la mejora de un indicador o en caso contrario empeorado, a pesar del servicio que se está proporcionando en cada uno de ellos y es importante para la gestión de los servicios que prestan los Centros de Atención Permanente del departamento de Quetzaltenango.

La atención se refiere al comportamiento del personal, de hacer las cosas bien con los insumos necesarios, para el recibe un servicio y satisfacción de persona que presta el servicio, respetando sus creencias, cultura, costumbres, preferencias, condición económica, etc.

Respecto a la infraestructura de los CAP, la cabecera departamental necesita dos CAP mas para cubrir la demanda de la población, hasta el momento no se ha logrado la ampliación o remodelación de ambientes y edificios en mal estado como el CAP de Cajolá.

### **Organización y Diseño de los CAP**

Los centros de Atención Permanente están diseñados dentro del segundo nivel de atención de la red de servicios de salud del MSPAS para garantizar el acceso y mejorar la calidad de servicios de salud. Se utiliza para atender problemas de salud, utiliza métodos y tecnología de diagnóstico y tratamiento de mayor complejidad con atención de 24 horas, cuenta con atención de consulta, atención y estabilización y referencias de urgencias. Además, están habilitados para atención del parto. (Social, 2018)

El diseño para todos, tiene en cuenta la diversidad humana, la inclusión social y la igualdad. Este acercamiento integral e innovador constituye un reto creativo y ético para todos los responsables de la planificación, el diseño, la gestión y la administración, así como para los políticos.

La accesibilidad debe ser integral, concebida como parte del proyecto, y no como un agregado. En este sentido la arquitectura puede ser una herramienta de integración o bien de discriminación y exclusión social, según sea el caso; el Diseño universal tiene como objetivo principal hacer posible que todas las personas dispongan de igualdad de oportunidades

La pertinencia cultural en salud se deriva del principio de "derecho a la diferencia" y quiere decir "adecuado a la cultura". En el caso de su aplicación a la prestación de servicios públicos en salud, busca que estos sean conceptualizados, organizados e implementados tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos indígenas, de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten la forma de vida de los pueblos indígenas. Para lograr pertinencia cultural en salud, se debe generar un modelo de atención que satisfaga las demandas de salud desde las lógicas culturales y la cosmovisión propia de las comunidades o pueblos culturalmente diferenciados

### **Recursos humanos para servicios de CAP**

El recurso humano en salud, es un elemento importante para la ejecución de los programas del MSPAS, brindando atención en salud a la población. El recurso humano se debe considerar la cantidad de personal, la ubicación la formación que tienen y las condiciones en la que trabajan. En todos los CAP aún tienen déficit en médicos y personal de apoyo por lo que es necesaria la contratación de personal donde haya más necesidad de acuerdo a la demanda.

### **Sistema de Supervisión, Monitoreo y evaluación de los CAP**

La finalidad es medir y analizar el plan de mejora de los procesos los resultados de los indicadores programados. Eso significa que hay que desarrollar una serie de indicadores básicos que permitan medir las entradas, los procesos y los resultados para que los cambios se hagan con anticipación y no hacerlos cuando ya están teniendo una gran demanda y no se pueda satisfacerse con insumos y requerimientos de materiales y de actividades humanas.

## **METODOLOGIA**

La metodología de la estrategia es variable en cada uno de los objetivos: de atender, gestionar, verificar y analizar los procesos de los objetivos. Es decir, cada municipio tiene una característica y cualidad diferente, por lo cual la implementación de un nuevo modelo o nuevo rediseño de mejorar y acceso a los centros de atención permanente es necesario que el personal de salud como los usuarios que lo demanden ejerzan esa discusión paralela franca y honesta para desarrollar una guía de gestión, de negociación, de diseño e implementación.

Estrategias para aumentar la cobertura de la consulta y reducir los indicadores de mortalidad.:

Los CAP deben disponer con instalaciones adecuadas, deben mantener el espacio organizado de manera que permite la intimidad de los usuarios y facilite la prestación de servicio y mantener reserva de: medicamentos y material médico.

Para mejorar la salud, todos los trabajadores deben contar con profesionales competentes y certificadas para atender la carga de trabajo previsto

Los pacientes deben recibir información acerca de la atención que reciben y sentirse involucradas en su tratamiento

Incrementar inversión a fin de mejorar la capacidad resolutive, aumentar el acceso y ampliar la oferta de servicios para cubrir d de forma oportuna las necesidades de salud y así reducir los indicadores de salud

**RECOMENDACIONES:**

Hacer reuniones periódicas de autoridades de la DASQ con los coordinadores de los Centros de Atención Permanente y se tomen cuenta las necesidades de cada uno de los CAP y dar respuesta positiva de las necesidades.

Evaluar la propuesta de los CAP para verificar los procesos, el cumplimiento de la estrategia de solución de problemas.

Evaluar el comportamiento de los indicadores de mortalidad para la toma de decisiones oportunamente.

## XV. BIBLIOGRAFÍA

1. Accesa. (Agosto de 2015). Acceso Universal a la Salud, . Obtenido de [https://icefi.org/sites/default/files/el\\_acceso\\_universal\\_a\\_la\\_salud.pdf](https://icefi.org/sites/default/files/el_acceso_universal_a_la_salud.pdf)
2. Manual de Gestión para Jefes de Servicios clínicos. Conceptos básicos. MSD 1997 vol. 1 cap.1
3. Management Sciencies For Health. 2005
4. Gerencia de Servicios de salud PSNB/URC Perú 1999 Modulo III. “Planificación y Programación con Enfoque estratégico”
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, M. (2018). Modelo de Atención y Gestión para áreas de Salud. 24 y 25.
6. (MSPAS, Acuerdo Ministerial Número 152-2017, 2017)
7. g) (Adolfo, 2001) Reingeniería en Sistemas de Salud, file:///C:/Users/epa/AppData/Local/
8. DASQ, «Memoria de Labores.» Quetzaltenango, 2008, 2013, 2018 y 2019.
9. Hernandez, R. (2010). *Metodología de la Investigacion*. Mexico : Mc. Graw Hill.
10. KOEMA. (s.f.). Obtenido de ATLAS MUNDIAL DE dATOS: <https://knoema.es/atlas/Guatemala/topics/Salud/Estado-de-Salud/%C3%8Dndice-de-mortalidad-infantil>
11. Macro.com, D. (2018). Guatemala- Mortalidad . Obtenido de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/mortalidad/guatemala>
12. Makepeace, M. J. (2013). Analisis de los estandares en el desempeño en la atencion del parto en los centros de atencion permanente del Departamento de Quetzaltenango . Quetzaltenango
13. MSPAS. «Manual de organización y funciones DASQ.» Quetzaltenango, 2019. MSPAS, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2015-2018. <https://sigsa.mspas.gob.gt/sigsa/que-es-sigsa>.
14. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, M. (2018). Modelo de Atención

- y Gestion para áreas de Salud. 24 y 25.
15. Moscoso, V. d. (2005-2012). Distribución geografica y evolucion temporal de la mortalidad evitable como evidencia de la desigualdad en salud en Guatemala. Guatemala.
  16. MSPAS. (Enero de 2017). Informe final Materno Infantil 2014-2015. Obtenido de [https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014\\_2015.pdf](https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf)
  17. MSPAS. (2018). Obtenido de [http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones 2018/MM/MM 2000-2018](http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%2018/MM/MM%2000-2018).
  18. MSPAS, M. d. (2013-2017). *Unidad de Diseño Web*. Obtenido de [www.mspas.gob.gt/index.php/institucional/acerca-del-mspas](http://www.mspas.gob.gt/index.php/institucional/acerca-del-mspas)
  19. MSPAS, M. d. (2015).
  20. MSPAS, M. d. (2018). Obtenido de <https://sigsa.mspas.gob.gt/sigsa/que-es-sigsa>
  21. MSPAS. (22 de Noviembre de 2017). *Acuerdo Ministerial Número 152-2017*. Obtenido de [http://bvs.gt/eblueinfo/ML/ML\\_022.pdf](http://bvs.gt/eblueinfo/ML/ML_022.pdf)
  22. Mundi, I. (2017). Obtenido de [https://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/resources/hia/es/](https://www.who.int/water_sanitation_health/resources/hia/es/)
  23. Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
  24. OMS. (2015). *OMS*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> OMS)
  25. OMS. (2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de [https://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/resources/hia/es/](https://www.who.int/water_sanitation_health/resources/hia/es/)
  26. OMS. (2020). Obtenido de [www.significados.com/morbilidad](http://www.significados.com/morbilidad)
  27. OMS. (2020). Obtenido de [ww. who.int/topics/mortality/es/](http://www.who.int/topics/mortality/es/)
  28. OPS, O. P. (2011). *Protocolo de Atención primaria de la Salud*. Obtenido de [www.paho.org](http://www.paho.org) › par › alias=186-protocolo-1-atencion-prenatal-en-aps
  29. Organización Mundial de la Salud, O. (19 de 09 de 2019). Obtenido de Comunicado de prensa: [www.who.int](http://www.who.int) › Acceso › item

30. PCP. (2019). *Indicadores de Salud Materna y Perinatal*. Obtenido de <https://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3314mat.htm#:~:text=Definici%C3%B3n%3A,o%2015%20a%2049%20a%C3%B1os>.
31. PNUD, I. N. (2010). *Ajustes, reforma y resultados: las políticas de salud de Guatemala*. Obtenido de [http://issuu.com/indh\\_guatemala/docs/cuaderno\\_6\\_politicas\\_de\\_salud\\_guatemala\\_1985-2010\\_](http://issuu.com/indh_guatemala/docs/cuaderno_6_politicas_de_salud_guatemala_1985-2010_)
32. Rodríguez, J. J. (2010). *Definición de profesión médica*. Medellín, Colombia
33. Sarría-Santamera, M. S.-V. (2008). Evaluación de impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones. 82(3).
34. Unidad de Epidemiología Area de Salud, Q. (2018-2019). *Tasa de Mortalidad*. Quetzaltenango. Obtenido de UNidad de Epidemiología Area de Salud Quetzaltenango
35. G. Hernández, D. O. (03 de 2004). *Crisis económica y salud*. Recuperado el 05 de 08 de 2021, de <http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/83/Archivos/Crisis%20economica%20y%20salud.pdf>.
36. MSPAS. (2018). Normas de Atención en salud integral para para primero y segundo nivel. Recuperado el 04 de 12 de 2020
37. MSPAS, M. d. (2015).
38. MUNDIAL, G. B. (2020). Recuperado el 03 de 11 de 2020, de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT?locations=GT>
39. Social, M. d. (Septiembre de 2018). *Modelo de Atención y Gestión para las Areas de Salud*. Obtenido de <https://www.mspas.gob.gt/noticias/temas-de-salud/send/72->
40. Unidas, N. (13 de Septiembre de 2007). *Naciones Unidas*. Obtenido de Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas: [https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS\\_es.pdf](https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf)
41. Velazquez Lara, M. A. (06 de 2008). Recuperado el 2020, de [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8563.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8563.pdf)

42. Víctor Becerril-Montekio, L. L.-D. (enero de 2011).

*<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=arttex&pid>*. Obtenido de Víctor Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en SocI; Luis López-Dávila, MC, M en Soc.II

## ANEXOS

### ABREVIATURAS Y SIGLAS UTILIZADAS

MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
CAP	Centros de Atención Permanente
CAIMI	Centros de Atención Integral Materno Neonatal
C/S	Centro de Salud
NV	Nacidos Vivos
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
ONG	Organización no gubernamental
DASQ	Dirección de Área de Salud Quetzaltenango
DMS	Distrito Municipal de Salud
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
SIGES	Sistema de Gestión
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
MM	Mortalidad Materna
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
RMM	Razón de Muerte Materna
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
UPE	Unidad de Planificación Estratégica

## GLOSARIO DE TERMINOS.

**Cuadro No. 6**  
**Formularios de Reporte:**

SIGSA	1	Nacimientos
SIGSA	2	Defunciones
SIGSA	5C	Vacunación
SIGSA	5DA	Cuaderno Seguimiento de Desnutrición Aguda
SIGSA	6	Mensual
SIGSA	6	Mensual Anexo
SIGSA	6	Trimestral
SIGSA	6	Anual.
SIGSA	7	Morbilidad
SIGSA	8	Morbilidad Hospitalaria.
SIGSA	17	Carné Otros Grupos
SIGSA	18	Morbilidad vigilancia Epidemiológica
SIGSA	22	Registro diario de Odontólogo
SIGSA		SIDA 1.2
SIGSA	-L1	Registro diario de muestras positivos de malaria
SIGSA	3 C/S	Consulta Centro de Salud
SIGSA	3 H	Consulta Hospitalaria
SIGSA	P/S	Consulta Puesto de Salud
SIGSA	4 C/S	Medicamento
SIGSA	5ª o	Cuadernillo de niño/a Vacunación
SIGSA	5ª	Anexo Micronutrientes.
SIGSA	5ªH hospitalario	Cuaderno de niños menores de 6 años
SIGSA	3 5b	Registro de Vacunación mujeres de 15 a 49 años
SIGSA	5b anexo	SIGSA 6m Producción según tipo de personal

## INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

**Cuadro No. 7**  
**Primeras Consultas de los Centros de Atención Permanente del Área de Salud de Quetzaltenango**

<b>Consultas</b>	<b>2008</b>	<b>2013</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
General	160,097	229,662	528,440	604,153
Prenatal	8,474	7,131	8,640	6,777
Partos	56	530	676	521
Menores de 5 años	48,444	41,994	58,713	72,158

Fuente: Memorias de labores 2008, 2013, 2018 y 2019 y SIGSAS, obtenido del Departamento de Estadística del Área de Salud de Quetzaltenango

**Cuadro No. 8**  
**Mortalidad de los Centros de Atención Permanente del Área de Salud de Quetzaltenango**

<b>Mortalidad</b>	<b>2008</b>	<b>2013</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
General	1,606	1,715	1,854	1,696
Materna	8	6	6	10
Menores de 5 años	189	227	152	142

Fuente: Memorias de labores 2008, 2013, 2018 y 2019 y SIGSAS, obtenido del Departamento de Estadística del Área de Salud de Quetzaltenango

**Cuadro No. 9**  
**Personal que labora en los Centros de atención Permanente del Área de Salud de Quetzaltenango**

<b>Personal</b>	<b>2008</b>	<b>2013</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Total de Personal	112	397	663	612
Médicos	8	36	41	44
Enfermeras profesionales	7	32	61	68
Auxiliares de enfermería	46	122	29	260
Resto del Personal	58	207	268	269

Fuente: Memoria de Labores y entrevista con el encargado de Recurso Humano del Área de Salud de Quetzaltenango.