

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INDICADORES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Estudio analítico de los alcances obtenidos a través de indicadores de Atención Primaria en Salud, propuestos por el Gobierno de la República de Guatemala en el "Plan de Acción de Desarrollo Social para los años 1991-2000"; en el Departamento de Totonicapán 1991. Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

ODILIA GABINA AJXUP VICENTE

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1993



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 11 de mayo de 1,993
DIF-061-93

DL
05
7(6567)

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis.

Se informa que el: SECRETARIA BILINGUE ODILIA GABINA AJXUP
Título o diploma de diversificado, Nombre y apellidos
VICENTE Carnet No. 86-14294
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"INDICADORES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los
conceptos, metodología, confiabilidad y validez de los resultados,
pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad
técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Asesor
Firma y sello personal
Edgar Rodolfo de León Barrios
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 4040

Firma del estudiante

Revisor
Firma y sello
Registro Personal 14.909

Edgar A. Rojas Mungar
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 6148

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E :


El Bachiller: ODILIA GABINA AJXUP VICENTE
Carnet Universitario No. 86-14290

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"INDICADORES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente

ORDEN DE IMPRESION :

Dr. Edgar R. De Leon Barillas
Por Unidad de Tesis


Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :


Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
D E C A N O

I N D I C E

| CAPITULO | PAGINA | |
|----------|------------------------------------|----|
| I. | INTRODUCCION | 1 |
| II. | DEFINICION DEL PROBLEMA | 3 |
| III. | JUSTIFICACION | 4 |
| IV. | OBJETIVOS | 5 |
| V. | REVISION BIBLIOGRAFICA | 6 |
| VI. | METODOS Y PROCEDIMIENTOS | 28 |
| VII. | ALCANCES Y LIMITACIONES | 37 |
| VIII. | PRESENTACION DE RESULTADOS | 39 |
| IX. | ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS | 58 |
| X. | CONCLUSIONES | 61 |
| XI. | RECOMENDACIONES | 63 |
| XII. | RESUMEN | 65 |
| XIII. | BIBLIOGRAFIA | 66 |
| XIV. | ANEXOS | 68 |

I. INTRODUCCION

"Salud para todos en el Año 2000", es una meta de salud definida y aceptada por todos los países del mundo en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud realizada en Alma-Ata, en 1977. Un año después, se llegó al acuerdo que para llevar dicha política era necesario establecer una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces, esta estrategia se definió como "Atención Primaria en Salud", que no es más que asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. (1)

Nuestro país, al igual que otras naciones en vías de desarrollo, con su problemática económica y social que repercute en la salud de su población, se ve en la necesidad de buscar solución a sus problemas creando políticas de salud basadas en las propuestas de Atención Primaria en Salud. Estas políticas son aplicables en nuestro país de acuerdo a sus necesidades de salud, para tal fin el Gobierno de la República de Guatemala, propuso un Plan de Acción de Desarrollo Social en el cual se detallan las metas mínimas de salud a alcanzar en el año 2000 a través de indicadores de salud.

En base a lo anterior, surgió la inquietud de conocer la situación actual de la Atención Primaria en Salud y analizar las metas mínimas de salud propuestas para el año 2000 a través de los indicadores de salud de 1991 en el Departamento de Totonicapán. Para tal propósito fue necesario realizar este estudio analítico cuyos datos fueron obtenidos de diversas fuentes de información.

La mayor parte de esta información se encontraba descentralizada y no actualizada; además se encontró un

porcentaje de subregistro. Luego de haber comparado los indicadores propuestos por el Plan Nacional con los indicadores oficiales de Totonicapán se determinó que dos indicadores (el 12%) alcanzaron el 100% de la meta mínima planteada, once indicadores (el 64%) no lograron llegar a la meta, y que 4 indicadores (el 24%) llegaron al 100% de la meta y además la sobrepasaron.

Aún no se puede concluir si existe o no indicadores adecuados de Atención Primaria en Salud, ya que deben tomarse en cuenta factores como el subregistro y el tiempo que falta para llegar al año 2000.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Durante muchos años Guatemala ha estado inmersa en una problemática económica, política y social que ha obstaculizado el desarrollo integral de la sociedad guatemalteca.

El sector salud no escapa de esta realidad, lo cual se refleja por ejemplo: en una tasa de mortalidad infantil del 47.02 por mil nacidos vivos y una mortalidad materna de 1.06 por mil nacidos vivos, para el año 1990. (15)

Por lo tanto al estar a escasos siete años del año 2000 es necesario evaluar la ATENCION PRIMARIA EN SALUD en el Departamento de Totonicapán, a través de los indicadores de salud con el fin de analizar los logros alcanzados durante el año de 1991 en relación a las metas mínimas propuestas por el Gobierno de Guatemala en el Plan de Acción de Desarrollo Social para los años 1991-2000. (18)

III. JUSTIFICACION

Siendo Guatemala un país en vías de desarrollo que enfrenta problemas socioeconómicos y políticos que no escapan de la realidad de otros países tercermundistas en el cual el sistema de salud no ha experimentado cambios estructurales en los últimos años.

Se hizo necesario llevar a cabo una evaluación de la ATENCION PRIMARIA EN SALUD. A través de indicadores de salud tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Desde 1977 en que se implantó la estrategia de ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS), se propusieron metas las cuales a la fecha quince años después y faltando siete años para el año 2000, se considera difícil de alcanzar, ya que los servicios de salud del país han sufrido crisis que hacen que la población no reciba la atención necesaria. Esto se traduce en la morbilidad, mortalidad y cobertura de los servicios.
2. En la actualidad los servicios de salud presentan limitaciones en la ejecución de acciones necesarias para dar solución a los problemas de salud, que en su mayoría son prevenibles tales como: Sarampión, Tuberculosis, Poliomiélitis. etc.
3. Los daños ocasionados por las enfermedades causan deterioro de la salud y muerte, por consiguiente aumento de los gastos en los servicios de salud y en los grupos de Población Económicamente Activa (PEA) y en niños potencialmente miembros de la Población Económicamente Activa.
4. Los costos de los servicios de salud aumentan a expensas del nivel de atención curativo como lo son los hospitales ya que son los que consumen la mayor parte del presupuesto asignado al sector salud.
5. El Estado de Guatemala es signatario de la Declaración de Alma-Ata y como tal debe cumplir con las metas para el año 2000. Es por lo anterior que se justifica el presente trabajo. (18)

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

Analizar los alcances obtenidos en relación a las metas mínimas en salud, propuestas por el Gobierno de la República de Guatemala en el Plan de Acción de Desarrollo Social para el año 2000; a través de los indicadores de la ATENCION PRIMARIA EN SALUD, en el Departamento de Totonicapán en 1991.

B. ESPECIFICOS:

1. Analizar la situación de salud en el Departamento de Totonicapán, basándose en los indicadores de salud propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
2. Identificar los indicadores de salud prioritarios del Departamento de Totonicapán.
3. Comparar los logros alcanzados durante el año de 1991 a través de los indicadores de salud y relacionarlos con las metas mínimas propuestas por el Plan de Acción de Desarrollo Social para el año 2000.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. ANTECEDENTES:

En mayo de 1977, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución estableciendo que la principal meta social de los gobiernos y de la Organización Mundial De La Salud (OMS) en los próximos decenios será alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Esta es la meta que se denomina "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000". (1)

En 1978 se celebró en Alma-Ata, Unión Soviética, la conferencia internacional sobre "ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD" (APS), en la que se declaró que la APS es la estrategia fundamental al alcance de todos los países para lograr la meta mencionada. Esta declaración fue tomada como propia por La Asamblea General de las Naciones Unidas en noviembre de 1979. Esta misma organización la incorporó a una nueva estrategia internacional del desarrollo.

La organización Panamericana de la Salud OPS acogió las resoluciones anteriormente mencionadas y elaboró en 1981, un Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Los países del continente americano que constituyen la OPS suscribieron un compromiso mundial para orientar todos los esfuerzos y recursos en salud al logro de esta meta social, que se sustenta en un espíritu de equidad y se basa en el reconocimiento de que actualmente el nivel de salud y el goce de las acciones sanitarias no es igual para toda la población.

Evidentemente existe una estrecha vinculación entre la situación de salud de un país, su situación económica y social. Las desigualdades entre unos países y otros en este aspecto y aún dentro de los mismos países ha sido uno de los

estimulantes para que en los foros mundiales mencionados se busque afanosamente un camino para llegar a una situación más justa. (1)

Los países que integran la OPS han establecido las siguientes metas mínimas para el año 2000.

- Esperanza de vida al nacer: ningún país de la región tendrá una esperanza de vida al nacer inferior a los 70 años.
- Mortalidad infantil: ningún país de la región tendrá una mortalidad mayor de 30 defunciones por cada 1000 nacidos vivos.
- Inmunizaciones: proporcionar inmunizaciones al cien por ciento de los niños menores de un año contra: Difteria, Tos ferina, Tétanos, Tuberculosis, Sarampión y Poliomiélitis, y al cien por ciento de las embarazadas contra el tétanos (en áreas donde el tétanos neonatal es endémico).
- Agua potable y disposición de excretas: proporcionar agua potable a 100 millones de habitantes en zonas rurales y a unos 155 millones de habitantes en zonas urbanas, y servicio de alcantarillado y disposición de excretas a unos 390 millones de habitantes.
- Cobertura de los servicios de salud: asegurar el acceso a los servicios de salud al 100% de la población. (1)

Las metas mínimas de salud, propuestas por el Gobierno de la República de Guatemala en el Plan de Acción de Desarrollo Social, para el año 2000 son las siguientes:

1. Reducir la mortalidad infantil a un índice no mayor de 34 por mil nacidos vivos.
2. Reducir la mortalidad infantil a un índice no mayor de 34 por mil nacidos vivos.
3. Reducir la mortalidad neonatal a 13 por mil nacidos vivos.

4. Disminuir a un 15% la mortalidad por enfermedad diarreica en niños menores de cinco años.
 5. Disminuir en un 33% la morbilidad por infección respiratoria, en niños menores de cinco años.
 6. Erradicación del tétanos neonatal.
 7. Erradicación de la poliomielitis..
 8. Alcanzar coberturas de inmunización al 100% para BCG, POLIOMIELITIS, DPT y SARAMPION en menores de cinco años.
 9. Alcanzar el 100% en control de crecimiento y desarrollo en niños de 0 - 5 años.
 10. Reducir la mortalidad materna a 6 por 10000 nacidos vivos.
 11. Alcanzar el 75% de control prenatal.
 12. Alcanzar 80% de cobertura con toxoide tetánico en embarazadas.
 13. Dar alimentación complementaria al 50% de las mujeres embarazadas.
 14. Erradicación de los casos de Cólera Morbus.
 15. Destinar del presupuesto de salud el 55% a la atención preventiva y 45% a la atención curativa.
- (18)

En base a lo anterior, los países de América Latina consideran que la ATENCION PRIMARIA EN SALUD es la estrategia fundamental para alcanzar las metas y al intentar definir las surgen interrogantes del más diverso tipo; es común que las respuestas no siempre satisfagan a todos.

Para lograr una definición de APS deben tomarse en cuenta dos factores: la identificación de las necesidades básicas fundamentales y de los problemas básicos complementarios. Ambos pueden agruparse en lo que se denomina fase uno y dos respectivamente, de un proceso que engloba el funcionamiento total de los servicios de salud, sin separar uno del otro; de donde no existe un esquema

único, una receta o una fórmula para todos los países. Cada uno debe crear su propio esquema de APS, si bien sus elementos y sus componentes son comunes; son las necesidades, intereses, comunidades, realidad social y económica de cada país, los que determinarán en última instancia, el modo de prestación de servicios dentro del contexto de APS; y las acciones prioritarias que contribuyen efectivamente a elevar el nivel de bienestar y alcanzar las metas mínimas establecidas para el año 2000. Básicamente, el pronóstico es poner al alcance de todos los individuos y familias la asistencia de salud indispensable, de acuerdo con los recursos de la comunidad y la plena participación de ésta.

Hay que distinguir los componentes programáticos de los estratégicos, aunque operativamente ambos grupos se articulan y relacionan. (6)

Los componentes programáticos son definidos por cada país de acuerdo con sus necesidades, prioridades o recursos. Por lo general son los siguientes:

- Salud materno-infantil.
- Inmunización.
- Control de enfermedades diarreicas.
- Erradicación de la malaria.
- Control de otras enfermedades parasitarias.
- Erradicación del vector de la fiebre amarilla.
- Alimentación y nutrición.
- Salud mental.
- Salud dental.
- Salud pública veterinaria.
- Control de enfermedades de transmisión sexual.
- Programas de prevención, control y rehabilitación de enfermedades crónicas.
- Prevención de accidentes.
- Control de enfermedades ocupacionales.

B. SITUACION ACTUAL EN SALUD DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA.

La República de Guatemala es uno de los cinco países que integran la América Central, su posición geográfica la coloca en el centro del continente americano, limita al norte y al oeste con la República de México, al sur con el Océano Pacífico, al este con el mar de Las Antillas y con las Repúblicas de Honduras y El Salvador.

La extensión territorial de la República de Guatemala es de 108,900 Km². Está dividida políticamente en 22 departamentos, integrados por 328 municipios que a su vez están formados por aldeas, caseríos, parajes y fincas. Los departamentos han sido agrupados desde 1986 en ocho regiones de salud que enfatizan la dimensión espacio regional del país:

- Región I departamento de Guatemala.
- Región II departamento de Alta y Baja Verapaz.
- Región III departamentos de El Progreso, Izabal, Zacapa y Chiquimula.
- Región IV departamentos de Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa.
- Región V departamentos de Sacatepéquez, Chimaltenango y Escuintla.
- Región VI departamentos de Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango, Retalhuleu, Suchitepéquez y San Marcos.
- Región VII departamentos de Huehuetenango y Quiché.
- Región VIII departamento de Petén.

Esto permite diferenciar zonas con desigual nivel de desarrollo socioeconómico y características particulares.

1. ENTORNO SOCIO-POLITICO

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) para Guatemala en 1992, se estimaba una población de 9,744.627 habitantes con un crecimiento anual de 3.3 por 1000 (0.5 por 1000 en países desarrollados), el 51% de esta población pertenece al sexo masculino y el 49% al sexo femenino; la densidad poblacional es de 84 habitantes por Km². La parte más poblada del país es la ciudad de Guatemala (1,908,085 habitantes y su extensión es de 2,126 Km²; con 985 habitantes por Km²). En el país, del total de los habitantes 37% vive en el área urbana y 63% en el área rural, lo que revela un alto grado de dispersión. La población menor de 5 años constituye el 18% del total, la menor de 15 años el 46%, el grupo de mujeres en edad fértil (15-44 años) forman un 49% del total del sexo femenino y la población mayor de 64 años sólo el 3%. Esta estructura caracteriza a Guatemala como un país de población joven, con una estructura piramidal de base amplia. (15,18)

La población guatemalteca es de gran diversidad étnica y está formada entre otros, por más de 21 grupos indígenas, cada uno con su propio idioma. La mayor parte de la población es rural (62%) y vive en 19,000 pequeñas comunidades dispersas, de menos de 2000 habitantes cada una.

El modelo de desarrollo creó desigualdades en la distribución de la tierra. El 2.2% de terratenientes tienen el 65% de la tierra útil y el 77% de todas las familias guatemaltecas viven actualmente sobre la línea de pobreza.

La población indígena se estimó para 1990 en 4.4 millones de personas, equivalente al 48% de la población total.

2. BASE ECONOMICA Y SOCIAL

El Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de 1990 fue menor en un 18% al de diez años atrás, lo cual es un primer indicador del empobrecimiento de la población.

En 1990, el sector agrícola representó el 26% del PIB, seguido por el sector comercial con el 25% y el sector industrial con 15% solamente, lo que refleja el poco peso de este último en la economía guatemalteca. Mientras el PIB creció en un 3.5%, el sector industrial creció sólo en un 1.9%, el sector agrícola un 3.6% y el sector comercial en un 4%. La tasa de inflación alcanzó la cifra de 60% en diciembre de 1990. La deuda externa ascendió de 1,053 millones de dólares en 1980 a 2,337 millones de dólares en agosto de 1991. (18)

3. DISTRIBUCION DEL INGRESO

Los grupos de más elevados ingresos aumentan su participación porcentual en la captación del ingreso nacional. Este grupo poblacional de más alto ingreso captó para 1980-81 el 41% y en 1989 se elevó al 44%.

4. NIVELES DE EDUCACION Y EMPLEO

En la región metropolitana el desempleo abierto se redujo de 9.6% en 1988 a 7.2% en 1989. La falta de servicios educativos, así como la necesidad de trabajar a temprana edad, hace que una de las características más relevantes de la oferta de mano de obra sea su bajo nivel de calificación, 36% de la Población Económicamente Activa (PEA) no es calificada y 42% no tiene escolaridad. (18)

5. VALOR DEL QUETZAL

El valor del quetzal con respecto al dólar se deterioró por la escasez de divisas.

El comportamiento errático de una unidad de moneda nacional respecto a un dólar, que durante más de cincuenta años estuvo al uno por uno, llegó a Q.4.50 al finalizar 1985, se logró reducir a Q. 2.50 en 1986 con sucesivas alzas aunque moderadas hasta 1989, en 1990 tuvo una máxima

elevación en septiembre a Q.5.72 por uno (devaluación del 69% respecto a diciembre de 1989), al concluir 1990 se observó una relativa estabilidad en torno a Q.5.00 por uno. (14)

6. PRECARIEDAD EN LA SALUD

La cobertura de los servicios de salud se concentra casi exclusivamente en zonas urbanas. Los servicios que presta el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) cubre únicamente al 25% de la población, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) el 15% y el sector privado el 14%. En 1990 sólo 60% de la población tenía acceso al servicio de agua, porcentaje que disminuye a un 43% en el área rural, 41% no contaba con servicios básicos de saneamiento. En cuanto a las condiciones sanitarias de vivienda, sólo el 38% disponía de conexión domiciliar de agua potable, el 30% de servicios sanitarios y 49% de luz eléctrica.

El MSPAS es uno de los ministerios con mayor número de empleados, aproximadamente 22,000 servidores públicos. Se cuenta con 785 puestos de salud ubicados en cabeceras municipales, aldeas y caseríos, de los cuales 28% presentan problemas de funcionamiento por falta de equipo mínimo, lo que incide en la prestación adecuada del servicio en el primer nivel de atención, también se cuenta con 188 centros de salud tipo B y 32 tipo A; 67% de ambos no cuenta con equipo mínimo. De los 35 hospitales que forman el tercer nivel de atención, se estima que sus instalaciones están deterioradas en un 70%.

Aunque sólo un 20% de la población guatemalteca vive en la capital, 45.5% de las camas se encuentran en el área metropolitana, así como el 80% de los médicos de Salud Pública ejercen en la capital y un 83% de los médicos Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

El área de prevención ha sido descuidada en favor de los servicios curativos que consumen un porcentaje mayor de los recursos orientados a la atención preventiva y asignaron en los últimos años alrededor del 13% de los gastos sectoriales. (15)

7. DATOS GENERALES DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Para 1990 la tasa de mortalidad general fue de 7.67 por mil habitantes, la región sur-occidental presentó la mayor tasa (9.05 por mil/h.) y la región nor-oriental la menor (6.3 por mil/h.). Se registraron 70,503 defunciones, 55% correspondieron al sexo masculino y 45% al sexo femenino.

Fallecieron 124 hombres por cada 100 mujeres, las defunciones en el grupo de menores de 5 años representan el 41% de todas las muertes. En la región metropolitana 83% de las defunciones fueron registradas por médicos y 79% se produjeron en el domicilio. Las principales causas de defunción para 1990 fueron: Enfermedad infecciosa intestinal (1.1 por mil), neumonía (1.10 por mil), signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (0.71 por mil), sarampión (0.55 por mil), ciertas afecciones del período perinatal (0.53 por mil), deficiencias de nutrición (0.53 por mil), otras formas de enfermedad cardíaca (0.24 por mil), violencia (0.23 por mil), homicidio y lesiones infringidas intencionalmente (0.22 por mil), accidente cerebro vascular (0.18 por mil). El grupo de niños menores de 5 años y de personas mayores de 68 años fueron los más afectados al analizar las tasas de mortalidad. (15)

8. INSUFICIENCIA DE LA EDUCACION

Guatemala tiene uno de los índices más altos de Latino América en analfabetismo, que alcanzó en 1989 el 49% del total de la población. En el área rural se alcanza en 72% con fuerte incidencia de la población indígena. Se estima

que la población analfabeta mayor de 15 años es de 2,686,903 personas, de las que alrededor del 60% son mujeres. El analfabetismo entre mujeres indígenas es de 72% y ladinas 25%. En las zonas rurales de cada 100 niñas sólo 49 se inscribieron en la escuela. En Guatemala un alumno del nivel primario destina un promedio de siete años de estudio para completar cuatro grados de la escuela. En las escuelas rurales el estudiante promedio utiliza 15.9 años para concluir la escuela primaria. La inversión en el sector educativo disminuyó de un 22% para 1980 a 12.4% para 1990.

Según la distribución porcentual del presupuesto del Ministerio de Educación para el año 1990 se destinó un 50% a la educación primaria, 13% para la educación media, 6% para la educación extraescolar, 2% para la educación pre-primaria y a la educación superior le correspondió el 24%. (18)

9. DETERIORO EN LA NUTRICION

En 1990 un 4% de los menores de 5 años padecía de desnutrición severa, el déficit de peso y talla era del 33% y 57% respectivamente, con una incidencia mayor en el área rural respecto al área urbana, así como en la población indígena versus la ladina. El 25% de las familias del área urbana central consumen menos calorías que las requeridas y en el área rural alrededor del 36%. (18)

C. ATENCION PRIMARIA EN SALUD

La Atención Primaria en Salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Es igualmente válido para todos los países, desde los más desarrollados hasta los menos desarrollados, aunque adoptará diversas formas según las modalidades políticas, económicas, sociales

y culturales, sobretodo para los países en desarrollo es una necesidad apremiante.

CONSIDERANDO QUE APS NO ES UN FIN EN SI MISMO, NO ES UN PROGRAMA, SINO UNA ESTRATEGIA O UN VEHICULO POR EL CUAL VAMOS A LLEGAR A DETERMINADO LUGAR. Por lo que las actividades mínimas que debe tener una educación, debe de ser sobre los principales problemas de salud; sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes. Luego una promoción sobre suministros de alimentos y de una nutrición apropiada. Un abastecimiento apropiado de agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil con inclusión de la planificación familiar. (10)

Pero se han encontrado problemas que limitan el desarrollo de la APS como lo son: baja creatividad: porque no hay sugerencias, responsabilidades, deseos de colaborar, mística, y porque no hay identificación con el trabajo de salud, pues estamos acostumbrados a lo que se nos ha dado, para lo que hemos estudiado, pero no para resolver los problemas de salud del pueblo. Por ello la APS no se está aplicando y será muy difícil que se ponga en práctica mientras no se introduzcan esos cambios radicales.

Todos debemos de colaborar con la APS eso lo dice La Constitución de la República y lo dijo ALMA-ATA en 1978: "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000" en 1977; y lo seguirán repitiendo. Pero sin la participación de la comunidad no hay y no puede haber APS, pero no es sólo parte de la comunidad la que va a recibir el beneficio, sino la comunidad será beneficiada con el programa y debe trabajar el que recibe.

Debemos unificar esfuerzos de educación en salud, es decir, educar a la gente para que colabore con los programas de salud los que tienen que caminar muy de acuerdo con las organizaciones no gubernamentales o privadas que deben hacerlo obligadamente como tales, incluso los que no son

miembros de ellas pero son parte de las familias. Porque no debemos olvidar que la familia es la más importante institución para el cuidado de la salud de los integrantes de la misma. (20)

El análisis de la situación de salud de un país, requiere del conocimiento y uso adecuado de índices, que sean reflejo de la calidad de vida, en torno a su salud, nutrición, educación, empleo, bienestar económico, etc. Estos índices también son conocidos como indicadores.

D. DEFINICION DE INDICADORES

Son un índice o un reflejo de una situación determinada. Según las normas de la OMS, para la evaluación de programas de salud se les define como: "variable que sirve para medir los cambios". (12)

Facilitan la evaluación de las modificaciones conseguidas en la situación sanitaria, es decir, variables que ayudan a medir esas modificaciones directa o indirectamente y a evaluar la medida en que se están alcanzando los objetivos y metas de un programa.

Por ejemplo, si la finalidad es mejorar la salud de los niños, cabe utilizar varios indicadores, tales como el desarrollo psicosocial, la tasa de inmunización o tasa de morbilidad y mortalidad. Para lo cual es necesario que se tenga claro las siguientes definiciones:

1. TASA

Es la frecuencia de los eventos demográficos acaecidos en una población en un determinado periodo de tiempo y cuán comunes son.

- Tasa bruta: son tasas calculadas para toda la población.
- Tasa específica: son tasas formuladas para un subgrupo específico.

2. RAZON

La relación entre un subgrupo de población y otros subgrupos de la misma población, es decir, un subgrupo dividido por otro, por ejemplo: razón o índice de masculinidad: 10 varones por 100 mujeres en México.

3. PROPORCION

La relación entre un subgrupo de población y toda la población, es decir, un subgrupo de población dividido por toda la población, por ejemplo: proporción urbana: 63% de la población de México vivían en zonas urbanas en 1975. (11)

4. CARACTERISTICAS DE INDICADORES

Primero: ser válidos, es decir, medir realmente lo que se supone que deben medir.

Segundo: ser objetivos, esto es, dar el mismo resultado cuando la medición es hecha por personas distintas en circunstancias análogas.

Tercero: ser sensibles, es decir, tener la capacidad de captar los cambios ocurridos en la situación.

Cuarto: ser específicos, esto es, reflejar sólo los cambios ocurridos en la situación de que se trate.

En la vida real existen muy pocos indicadores que cumplan todos estos criterios. Son medidas indirectas o parciales de una situación compleja, pero cuando se aplican en tiempos sucesivos pueden servir para comparar diferentes zonas o grupos de población en un momento dado.

Los indicadores ofrecen también un patrón que permite a cada país comparar su propio progreso con el de otros países, sobre todo cuando se trata de países cuyo nivel de desarrollo socioeconómico es similar. (17)

5. CATEGORIAS DE INDICADORES

- 5.1 Indicadores de política sanitaria.
- 5.2 Indicadores sociales y económicos.
- 5.3 Indicadores de prestación de atención de salud.
- 5.4 Indicadores básicos del estado de salud.
- 5.5 Otros indicadores del estado de salud.

5.1 INDICADORES DE LA POLITICA SANITARIA

Esta información puede proceder de un análisis de las declaraciones de un gobierno, de un ministerio de salud o de los dirigentes políticos y de la comunidad, así como de las declaraciones formuladas en los medios de información colectiva. Tiene importancia especial el análisis de los presupuestos nacionales para comparar la distribución de los recursos dentro del sector de la salud. (12)

Dentro de las políticas nacionales de salud actuales, se tienen las siguientes: (14,18)

1. Ampliación de cobertura.
2. Mejoramiento de la calidad de servicios.
3. Desarrollo institucional sostenido.
4. Descentralización y desconcentración de servicios.
5. Modernización administrativa.
6. Desarrollo de los recursos humanos.
7. Financiamiento del sector.

Dentro de los indicadores de política sanitaria tenemos:

5.1.1 COMPROMISO POLITICO

El compromiso político es esencial para alcanzar la salud para todos, sólo puede medirse realmente atendiendo al grado en que ciertas estrategias del desarrollo que son válidas desde el punto de vista social, tales como APS, se ponen realmente en ejecución. (12)

5.1.2 ASIGNACION DE RECURSOS

Es el indicador aislado más importante del compromiso político a favor de las estrategias destinadas a alcanzar la salud para todos. En relación con la asignación de recursos financieros, son de interés general los siguientes indicadores: (19)

5.1.2.1 Proporción del Producto Nacional Bruto (PNB) gastado en los servicios de salud.

5.1.2.2 Proporción del PNB en actividades relacionadas con la salud.

5.1.2.3 Proporción del total de recursos de salud que se destina a la APS.

5.1.3 GRADO DE EQUIDAD EN LA DISTRIBUCION DE RECURSOS

Son importantes para evaluar los logros en materia de salud. Son ejemplo de esos indicadores:

5.1.3.1 Distribución de los gastos de salud por persona, zonas geográficas, etc.

5.1.3.2 Proporción del total de recursos sanitarios que se destina a la APS por región o distrito.

5.1.3.3 La relación entre el número de camas del hospital, de médicos o de otro personal de salud y la población en distintas regiones del país.

5.1.4 PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN EL LOGRO DE LA SALUD PARA TODOS.

El indicador de la seriedad del compromiso político es el grado en que la comunidad está asociada a las actividades de adopción de decisiones en materia de salud, y la existencia de mecanismos escasos para que la población de a conocer sus exigencias y necesidades. Se ha preferido la expresión "participación" de la comunidad en vez de "asociación", lo cual puede constituirse en una simple respuesta pasiva.

5.1.5 ESTRUCTURA ORGANICA Y PROCESO DE GESTION

Si los gobiernos han contraído un compromiso político,

establecerán una estructura orgánica idónea, un proceso de gestión apropiado para el desarrollo nacional de la salud. La respuesta a preguntas como las que se indican a continuación permitirá hacer una evaluación con el objeto de determinar si se ha establecido dicha estructura.

- a. Existen mecanismos para facilitar la comunicación y para la formulación conjunta de políticas generales y de programas como por ejemplo: los comités nacionales, departamentales, etc.
- b. Los grupos de profesionales, la facultad de medicina, las escuelas de enfermería y otros departamentos universitarios participan adecuadamente en las funciones de investigación o de servicios congruentes con el desarrollo de la APS.

5.2 INDICADORES SOCIALES Y ECONOMICOS

Por lo general estos indicadores no corresponden a objetivos y metas específicas incorporadas a las estrategias nacionales de desarrollo de la salud, normalmente deben obtenerse en otros organismos nacionales y no a base de cálculos de la autoridad sanitaria nacional. (12)

Dentro de los indicadores sociales y económicos se encuentran los siguientes:

5.2.1 TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION

Es la tasa en la que una población aumenta o disminuye en un determinado año, debido al incremento natural o a la emigración neta esperada como porcentaje de la población base.

5.2.2 PRODUCTO INTERNO BRUTO Y PRODUCTO NACIONAL BRUTO

Da la medición del volumen total de la actividad

económica nacional valorada a precios corrientes. Si se divide el PIB total o el PNB total por la población total se obtiene el PIB o PNB por habitante. (11)

5.2.3 DISTRIBUCION DEL INGRESO

Hay mediciones independientes de la distribución del ingreso, pero no todas suelen ser muy especializadas y están expuestas a errores y ambigüedades, de ahí que sean poco apropiadas como indicadores anuales. El PIB ofrece una variable de base, puesto que en la práctica muchas variables de la salud están en correlación con el ingreso nacional por habitante. Otros indicadores indirectos de la distribución del ingreso son las agrupaciones profesionales que reflejan las diferencias económicas, la distribución de la tierra, etc. (12)

5.2.4 INDICE DE ALFABETISMO EN ADULTOS:

Definido como porcentaje de la población de 15 años ó más que sabe leer y escribir en cualquier idioma. (13) En este componente se tomó en cuenta la situación deficitaria como generadora del desarrollo humano y propiciadora del mejoramiento de la calidad de vida. El apoyo que a éste se le de tendrá indudablemente repercusiones positivas para mejorar la salud materno-infantil, la protección del medio ambiente, la capacitación para la vida y el desarrollo sostenido. (14)

5.2.5 VIVIENDA

El indicador más corriente de la idoneidad de la vivienda es el número de personas por habitación. La calidad de la vida es uno de los factores de riesgo que condiciona significativamente el nivel de salud de la población, ya que los ambientes únicos y multifuncionales, la inadecuada iluminación y ventilación, material de construcción, etc.

Situaciones que condicionan el hacinamiento y la propagación del proceso mórbido. (6)

5.3 INDICADORES DE LA PRESTACION DE ATENCION DE SALUD

Sería conveniente contar con un indicador compuesto de la prestación de la atención de salud, de modo que pueda decirse, por ejemplo, que el 75% de la población recibe atención sanitaria de buena calidad. Esto ofrecería un indicador de la cobertura en el sentido más amplio de la palabra. Pero por ahora no existe ningún indicador satisfactorio de esta índole y hay que subdividir este concepto general de cobertura y procurar construir buenos indicadores para cada aspecto.

Un procedimiento se basa en las distintas funciones: La salud de la madre y el niño por ejemplo, es distinta de la atención curativa general. Conforme a otro tipo de desglose se hace la distinción entre las diferentes medidas de prestación de asistencia atendiendo a conceptos tales como: la disponibilidad, la accesibilidad y la utilización.

Los términos empleados en este rubro no están enteramente normatizados pero pueden ser útiles los siguientes:

5.3.1 DISPONIBILIDAD:

La relación entre la población de una división administrativa, los servicios y el personal de salud asignada a ella. Ejemplo: el número de habitantes por cada centro de salud, cada médico, cada partera tradicional.

5.3.2 ACCESIBILIDAD:

Número o proporción de habitantes de una determinada población que previsiblemente utilizan un determinado servicio, habida cuenta de ciertas dificultades de acceso que pueden ser materiales (distancia, tiempo) económicas

(costo del viaje) y sociales o culturales (barreras del idioma). (12)

5.3.3 UTILIZACION:

Número o proporción de habitantes que hacen uso de algún determinado servicio.

5.3.4 COBERTURA DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Sólo es realmente eficaz si se relaciona con determinados tipos de servicios, su eficacia es máxima si se relaciona con los otros servicios que tiende a prestar la estrategia nacional de salud. (12)

Los indicadores que se exponen están relacionados con los elementos esenciales de la APS.

5.3.5 SANEAMIENTO AMBIENTAL:

Los indicadores más útiles al respecto son los que expresan el grado de accesibilidad de la población al agua y a las instalaciones de saneamiento. Si se desea que el Decenio Internacional de Agua Potable y Saneamiento Ambiental, 1981-1990 cumpla su objetivo, será preciso dar nuevas orientaciones tanto a las estrategias nacionales como al apoyo internacional.

El Decenio constituye un primer paso fundamental del programa mundial de salud para todos en el año 2000. Al aumentar la cantidad y calidad de agua suministrada contribuirá a reducir la incidencia de muchas enfermedades entre las personas más expuestas. Al mejorar las condiciones de saneamiento y de higiene puede potencializarse los beneficios en salud de las inversiones de agua y saneamiento sobre la salud. (13)

5.3.6 INMUNIZACIONES:

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), es una acción conjunta de las naciones del mundo. la OMS y la OPS.

Su propósito es reducir las muertes y los casos de enfermedad que puedan ser prevenibles mediante la inmunización.

Son seis las enfermedades objeto del programa: Tuberculosis, Sarampión, Tos ferina, Poliomieltis, Tétanos y Difteria. La meta propuesta por el PAI es que antes de 1990 haya servicios accesibles de inmunización con las seis vacunas para niños menores de un año y que para el año 2000 se alcance una cobertura de vacunación del 100%; y además una cobertura del 80% con toxoide tetánico para las mujeres embarazadas. (6)

5.4. INDICADORES BASICOS DEL ESTADO DE SALUD

5.4.1 ESTADO DE SALUD:

Es el término general para designar el estado de salud de un individuo, grupo o población medida según ciertas normas aceptadas. (11)

5.4.2 TASA DE MORTALIDAD DE LACTANTES:

Es el número de defunciones de niños menores de un año en el lapso de un año, por mil nacidos vivos de ese mismo año. Es un indicador útil del estado de salud no sólo de los lactantes sino de la población en general y de las condiciones socioeconómicas en las que vive. Además, la tasa de mortalidad de lactantes es un indicador sensible de la disponibilidad, utilización y eficacia de la asistencia sanitaria y de la atención perinatal.

5.4.3 TASA DE MORTALIDAD DEL NIÑO DE CORTA EDAD (1-4 AÑOS):

Es el número de defunciones de niños ocurridas en un año determinado, por mil niños a la mitad del año de que se trate. La mortalidad de niños de corta edad excluye la mortalidad de lactantes y refleja más que esta última, los

principales factores ambientales que afectan la salud de un niño (nutrición, saneamiento de las enfermedades transmisibles de la infancia y los accidentes que ocurren en el hogar y sus cercanías). Pone de manifiesto más aún que la tasa de mortalidad de lactantes, el grado de pobreza y la cantidad de individuos afectados por ésta, por lo que resulta un indicador sensible del desarrollo socioeconómico de una comunidad.

5.4.4 TASA MENORES DE 5 NIÑOS AÑOS (0-4 AÑOS):

La tasa de mortalidad de todos los niños menores de 5 años puede utilizarse para mostrar las tasas de mortalidad tanto del lactante como niños de corta edad. Los problemas de mal nutrición en particular deberían recibir mayor atención ya que son un factor etiológico, especialmente en aquellos países donde el niño es más vulnerable a la mala nutrición durante el segundo año de vida.

Es relativamente fácil llegar a establecer la proporción del total de defunciones en el grupo de niños menores de 5 años. Esta tasa se conoce con la designación de proporción de defunciones de grupos de edad menores de 5 años. Este indicador refleja además las tasas de natalidad más altas y la mayor proporción de población en este grupo de edad en los países menos adelantados.

La proporción del total que representan las defunciones de niños menores de 5 años es un indicador que refleja altas tasas de mortalidad de niños de corta edad y de natalidad, y una expectativa de vida más corta. (12)

5.4.5 TASA DE MORTALIDAD MATERNA:

Esta tasa refleja el riesgo que corren las madres durante la gestación, el parto y el puerperio inmediato. Influyen en ella las condiciones socioeconómicas generales,

la nutrición y el saneamiento, como la asistencia sanitaria a la madre. Se expresa dividiendo el número de defunciones atribuidas a complicaciones de la gestación y el parto ocurridas en un año. Suele representar el número de defunciones maternas por mil nacidos vivos. (12)

VI. METODOS Y PROCEDIMIENTOS

El presente trabajo tiene como propósito el análisis de los alcances obtenidos a través de los indicadores de Atención Primaria en Salud, propuestos por el Gobierno de la República de Guatemala en el Plan de Acción de Desarrollo Social para el año 2000.

Se realizaron visitas a diferentes entidades de salud tales como:

- Dirección General de Servicios de Salud (DGSS).
- Comité Nacional de Alfabetización (CONALFA).
- Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Asociación Probienestar de la Familia Guatemalteca (APROFAM).
- Fondos de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Organización Panamericana para de la Salud (OPS).
- Banco de Guatemala (BANGUAT).
- Jefatura de Area del departamento
- Secretaría General de Planificación (SEGEPLAN).
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).
- Ministerio de Finanzas Públicas.
- Biblioteca de diferentes instituciones.

Se elaboró una boleta, la cual permitió la recopilación de la información por el investigador en las instituciones y bibliotecas consultadas durante un periodo de seis semanas.
(ver anexo)

Luego se procedió a tabular y a clasificar los datos según las metas planteadas. Posteriormente se procedió al análisis del contenido y análisis estadístico, para lo cual se elaboraron cuadros y gráficas en los cuales se presentó el porcentaje de las metas que se han alcanzado, las que

faltan por alcanzar y las que sobrepasaron la meta.

El cuadro 5 que analiza las metas mínimas se diseñó en seis columnas, clasificándose en:

- a) Columna 1 y 2 indicador propuesto para el año 2,000.
- b) Columna 3 dato del indicador del año que se analizó.
- c) Columna 4 representa la diferencia de la columna 2 y 3.
- d) Columna 5 y 6 representa el porcentaje de la diferencia obtenida en la columna 4.
- e) Se designó como porcentaje negativo al déficit de la meta a alcanzar, y como porcentaje positivo al excedente de la meta planteada.
- f) Se consideró que se alcanzó la meta propuesta a toda aquella que llegó al 100% o que cumplió su objetivo.

Posteriormente se graficaron los datos obtenidos representándose en barras. Cada barra corresponde a una meta o indicador de salud, los cuales fueron divididos en tres valoraciones:

- alcance
- déficit
- excedente

Se elaboró una tasa del indicador, mortalidad por enfermedad diarreica, el cual no estaba formulado, correspondiendo a la meta cuatro.

Los indicadores que se analizaron durante el estudio fueron los siguientes:

INDICADORES DE POLITICA SANITARIA

1. Asignación de recursos.
2. Compromiso político.

INDICADORES SOCIALES Y ECONOMICOS

1. Tasa de crecimiento vegetativo

2. Producto interno bruto.
3. Educación.
 - 3.1 - analfabetismo.
4. Vivienda.
5. Nutrición.
 - 5.1 - alimentación complementaria.

INDICADORES DE LA PRESTACION DE ATENCION DE SALUD

1. Saneamiento ambiental.
2. Inmunizaciones (PAI).
3. Suministro de medicamentos esenciales.
4. Cobertura del sistema de consulta y envío de pacientes.

INDICADORES BASICOS DEL ESTADO DE SALUD

1. Tasa de natalidad.
2. Tasa de mortalidad materna.
3. Tasa de mortalidad de 1-4 años.
4. Tasa de mortalidad de menores de 5 años.
5. Tasa de mortalidad infantil.
6. Tasa de mortalidad general.

OTROS INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD

1. Características físicas y demográficas del departamento.
2. Cinco primeras causas de morbilidad de notificación obligatoria.
3. Morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles.
4. Mortalidad infantil por enfermedades inmunoprevenibles.
5. Cinco primeras causas de mortalidad general.

A) PLAN PARA RECOLECCION DE DATOS

Se identificaron las categorías antes mencionadas con sus respectivos indicadores y se ordenaron de la manera siguientes:

1. CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS DEL DEPARTAMENTO:
 - a. Monografía del departamento.
 - a.1 Superficie en Km².
 - a.2 Densidad de la población.
 - a.3 Crecimiento vegetativo.
 - a.4 Población total.

2. ESTADISTICAS VITALES, INDICES Y/O TASAS
 - a. Nacimientos.
 - a.1 Tasa de natalidad.
 - b. Morbilidad.
 - b.1 Inmunización (PAI).
 - b.2 Cinco primeras causas de morbilidad de notificación obligatoria.
 - c. Defunciones.
 - c.1 Tasa de mortalidad materna.
 - c.2 Tasa de mortalidad infantil.
 - c.3 Tasa de mortalidad general.
 - c.4 Tasa de mortalidad en menores de 5 años.
 - c.5 Tasa de mortalidad en niños de 1-4 años.
 - c.6 Cinco primeras causas de mortalidad general.
 - c.7 Mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles en menores de cinco años.

3. SANEAMIENTO AMBIENTAL
 - a. Porcentaje de población urbana y rural con agua potable.

- b. Porcentaje de población urbana y rural con disposición de excretas.
- 4. RECURSOS, ACTIVIDADES Y RENDIMIENTO DE SALUD PUBLICA**
- a. Políticas de salud.
 - b. Establecimientos de salud.
 - c. Utilización de los servicios de salud.
 - c.1 Número de consultas brindadas por programas.
 - c.1.a Consulta general.
 - c.1.b Consulta pediátrica.
 - c.1.c Consulta materna.
 - c.1.d Total de consultas.
 - c.2 Número de consultas brindadas en Control de Crecimiento y Desarrollo en niños de 0-5 años.
 - d. Medicamentos esenciales.
 - e. Asignación de recursos.
 - e.1. Presupuesto para el área preventiva.
 - e.2. Presupuesto para el área curativa.
- 5. INDICADORES SOCIOECONOMICOS**
- a. Vivienda.
 - b. Educación.
 - b.1. analfabetismo.
 - c. Nutrición.
 - c.1. Alimentación Complementaria en mujeres embarazadas.
 - d. Producto nacional bruto.

B) VARIABLES A ESTUDIAR

Indicadores para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000:

1. Indicadores de política sanitaria.
2. Indicadores sociales y económicos.
3. Indicadores de la prestación de la atención de salud.
4. Indicadores básicos del estado de salud.
5. Otros indicadores.

C) INSTRUMENTO DE MEDICION DE LAS VARIABLES

Se utilizó una boleta de recolección de datos, que contempló los indicadores de salud necesarios para el análisis del presente estudio. (ver anexo)

D) RECURSOS

1. HUMANOS

Personal médico y administrativo a quien se entrevistó en las instituciones siguientes:

- a. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- b. Organización Mundial de la Salud.
- c. Organización Panamericana para la Salud.
- d. Asociación Probienestar de la Familia Guatemalteca.
- e. Instituto Nacional de Estadística.
- f. Otros.

2. FISICOS

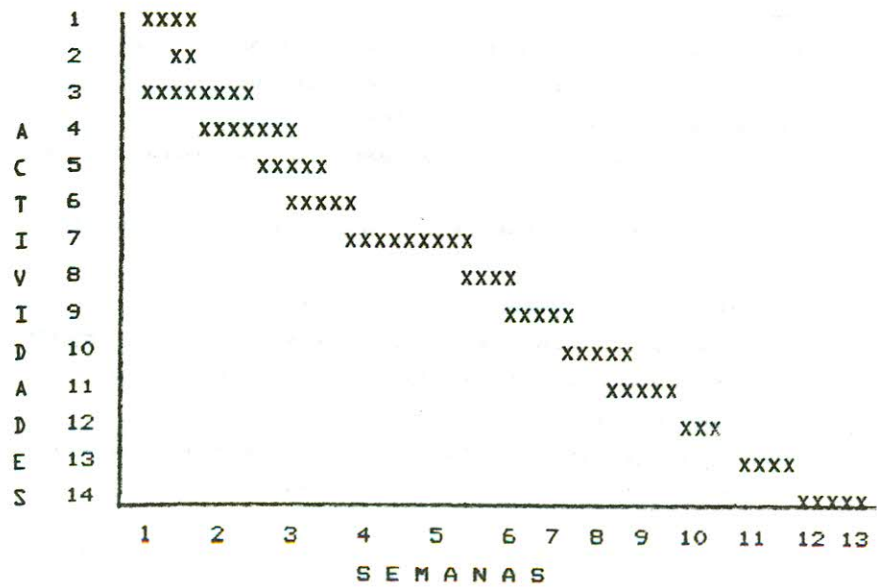
- a. computadora.
- b. máquina de escribir.
- c. biblioteca y archivos.
- d. literatura relacionada con el tema.

3. ECONOMICOS

- a. detalle del costo.
- b. material de escritorio.
- c. gasolina y transporte.
- d. accesorios de computación.

E) EJECUCION DE LA INVESTIGACION

GRAFICA DE GANTT



C R O N O G R A M A

ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por la comisión de tesis.
6. Diseño del instrumento que se utilizará para la recopilación de la información.
7. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
8. Procesamiento de los datos, elaboración de cuadros y gráficas.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación del informe final para correcciones.
12. Aprobación del informe final.
13. Impresión del informe final y trámites administrativos.
14. Examen público y defensa de la tesis.

VII. ALCANCES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Para la recopilación de la información del trabajo de campo, se consultó diferentes fuentes de información e instituciones de salud nacionales e internacionales, tales como: Dirección General de Servicios de Salud y Asistencia Social, Jefatura de Área del departamento, Instituto Nacional de Estadística, Comisión Nacional de Alfabetización, Secretaría General de Planificación, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana para la Salud entre otros.

Durante el proceso de recolección se encontraron las siguientes limitaciones:

1. Autoridades y personal de algunas instituciones no colaboraron de la mejor manera para proporcionar la información necesaria.
2. De las instituciones nacionales que se encuentran al servicio del sector salud y que se dedican a la canalización y registro de información, la misma no se encontró ordenada, completa y actualizada como se pudo observar en los indicadores de crecimiento y desarrollo.
3. En cuanto a la meta de disminuir la morbilidad por enfermedades respiratorias no fue posible analizarla a causa de que era necesario recabar información desde el año de 1978 a 1991, de los cuales únicamente el año 1991 se encontró. De los otros años si bien existe, no era accesible, por lo tanto al analizarla con datos de un sólo año presentó resultados no válidos ni confiables.
4. Subregistro de información sobre morbilidad y mortalidad que repercutió en los resultados finales del estudio.

Debemos hacer mención que los indicadores de salud propuestos por la OMS, y que algunos son utilizados como metas mínimas para el año 2000 han sido modificados por el Gobierno de la República de Guatemala en el Plan de Acción de Desarrollo Social ya que se adapta a las necesidades de salud para su población por lo que las 18 metas mínimas presentadas difieren de las planteadas por la OMS, ya que están propuestas para un Plan de Desarrollo global.

En general, no existe información válida y confiable para analizar el desarrollo y mejoramiento de las actividades en las diferentes áreas de salud.

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

MONOGRAFIA DEL DEPARTAMENTO DE
TOTONICAPAN.

1. GEOGRAFIA

Se encuentra a 203 kilómetros de la ciudad capital, colinda al norte con el departamento de Huehuetenango, al este con el departamento del Quiché, al sur con el departamento de Sololá, al oeste con el departamento de Quetzaltenango.

Está clasificada en la región suroccidental (VI), con una extensión territorial de área aproximada 1,061 kilómetros cuadrados, a una altitud de 2,495 metros sobre el nivel del mar.

Cuenta con 8 municipios que son los siguientes:

- Totonicapán
- San Cristóbal Totonicapán
- San Andrés Xecul
- Momostenango
- Santa María Chiquimula
- Santa Lucía La Reforma
- San Bartolo

El departamento posee extensiones frías y solamente en municipios como Santa María Chiquimula y Momostenango existen pequeños sectores templados; vientos y neblinas forman en determinados días una especie de llovizna que localmente se conoce como "Salud del pueblo" cuenta en general un clima agradable y grato.

Las principales rutas nacionales que cruzan la región son la CA-1, y las rutas nacionales No. 1 y la No. 9, contando a la vez con buenas rutas departamentales que unen a la cabecera departamental con todas las cabeceras municipales dentro del departamento. (4)

2. HISTORIA

La ciudad antigua, que era la segunda del reino Quiché, se fundó primero en las fértiles y accidentadas planicies de

Patzoc y Djercaibal, formadas por las depresiones de las elevadas sierras de Chuitinamit. Más tarde se trasladó al norte, a dos leguas de la planicies de Patzoc o sea en las llanuras de Patacoj y de Paquí.

Por la tendencia de los quichés de abandonar las ciudades y pueblos que edificaban, dejaron este paraje, eligiendo el lugar donde se halla la actual cabecera designada en las antiguas historias y tradiciones con el nombre de Chuimequená que aún se conserva entre los indígenas. Está formada por dos voces que traducidas expresan "sobre el agua caliente", sin duda porque en Totonicapán hay fuentes termales y sulfurosas de propiedades medicinales muy conocidas.

El 13 de enero de 1,544 en acta en que figuran los principales señores quichés de esos lugares llamando a la población el pueblo de San Miguel Totonicapán de la Real Corona.

En julio de 1,820 poco más de un año antes de nuestra independencia estalló en el pueblo indígena de Totonicapán una sublevación. En la cual tomaron parte grupos indígenas de este departamento, desconociendo a las autoridades coloniales haciendo huir al alcalde mayor, encarcelando a sus alcaldes luego coronando como rey al natural Atanacio Tzúl.

Totonicapán se forma de las raíces Totl= pájaros; nica= cerro; y el sufijo locativo pan es decir, "lugar o cerro de los pájaros, voces mexicanas.

Por Decreto de La Asamblea Constituyente del 4 de noviembre de 1,825 Totonicapán se eleva categoría de departamento.

Por Decreto de la Asamblea Nacional Constituyente del 12 de noviembre de 1,825 se le confirió el título de Villa y por decreto del 18 de octubre de 1,829 el de ciudad. (4)

3. DEMOGRAFIA

La población total para 1,991 era de 297,483 habitantes, con una tasa de crecimiento de población de 2.9% y una densidad de 294.7 habitantes por Km².

La población es predominantemente rural 253,049 (85%) y la urbana 44,434 (14%). Las mujeres representan el 49.8% y el sexo masculino el 50.2%, con una población indígena de 72.72%.

La población menor de 5 años constituye el 18.95% (56,398), la de 5 a 14 años representa el 28.7% (85,588), que es el mayor grupo etáreo, la población de 15 a 44 años representa el 19.93% (59,292). (ver gráfica 1)

La gráfica representa una población de base ancha, similar a la pirámide poblacional de la República y que es característica de los países subdesarrollados. (2)

4. ECONOMIA Y SUBSISTENCIA.

La actividad agrícola, comercial e industrial de sus habitantes es asombrosa. Sus principales productos son: trigo de muy buena calidad, maíz, frijol, papas, avena, cebada, etcétera. Entre las principales industrias figuran fabricación de tejidos de lana, de muebles y alfarería y la confección de artículos de vestir constituye otra de las ocupaciones importantes.

Para 1,991 se estimó una población activa de 81.2 miles de habitantes, con una población ocupada de 48.0 miles de habitantes con una población desocupada de 33.2 miles de habitantes. El ingreso promedio per cápita anual de los trabajadores es de Q. 1,217.8 de quetzales.

Totonicapán contribuyó con Q. 369.8 millones de quetzales provenientes de la agricultura, del comercio y la industria.

Por departamento, Totonicapán es el que presenta una crítica situación de pobreza con un porcentaje de 96% de familias pobres, y en extrema pobreza un 86%, los ingresos son tan bajos que se traducen en imposibilidad de acceso a la canasta básica, (vivienda, vestuario, recreación, educación, salud y otros).

La densidad de la población, la baja productividad de tierras sin empleo racional de abonos, especialmente químicos ni el adecuado uso de suelos así como el minifundio en gran escala, hacen que el mantenimiento familiar se convierta en un problema de difícil solución. Los factores citados han obligado a los habitantes a dedicarse a otras ocupaciones adicionales o a emigrar temporalmente a las plantaciones de la costa, para cubrir su presupuesto familiar. El departamento para 1,991 tenía 46% de población alfabeta y 54% de población analfabeta, según reporta la Comisión Nacional de Alfabetización.

5. ORGANIZACION POLITICA

Desde el punto de vista de la administración pública, al igual que en los demás departamentos del país, la principal institución es la Gobernación Departamental a cargo de un gobernador nombrado por el Ejecutivo por conducto del Ministerio de Gobernación.

Las municipalidades, de acuerdo con la ley, son técnicamente autónomas y sus integrantes nombrados por medio del sufragio popular.

Otra institución importante lo es el Juzgado de Primera Instancia que depende del Organismo Judicial, todas las municipalidades se integran por un alcalde, síndico, varios regidores, auxiliares, alguaciles, secretario, tesorero, escribientes y policías.

Además hay verdaderos gremios de agricultores, sastres, carpinteros, ceramistas, etcétera.

6. SALUD

6.1 Organización del Area de Salud

El área de salud de Totonicapán está organizada por una red de servicios que están constituidos por categorías de establecimientos con adecuados canales de intercomunicación y referencia entre ellos en forma tal, que operan con líneas sucesivas de atención desde la asistencia mínima a la asistencia compleja. Las funciones de los distintos establecimientos del área correspondiente a la protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud. Estas funciones debidamente programadas y articuladas entre si son cumplidas en forma proporcional a los recursos de los establecimientos, difundiéndose tres niveles de atención.

a. Primer nivel:

Atención mínima proporcionada y simplificada. Puesto de Salud, atendido por auxiliar de enfermería y técnico en salud rural, para 1,991 el departamento cuenta con 18 Puestos de Salud. Otro rol importante dentro de sus funciones es la capacitación y relación directa con tres agentes voluntarios con que cuenta, el promotor rural de salud, la comadrona tradicional, y el voluntario de salud. Para ese mismo año se contaba con 739 promotores de Salud y 839 Comadronas incluyendo tradicionales y adiestradas.

b. Segundo Nivel:

Asistencia inmediata; Centro de Salud tipo B están ubicadas en cabeceras municipales del departamento el cual es atendido por un equipo mínimo interdisciplinario como: médico, profesional de enfermería, inspector de saneamiento ambiental, trabajador social. Las acciones que brindan son de promoción y recuperación de la salud en forma integrada pero siempre con alto componente preventivo, contando actualmente con 9 centros de salud.

c. Tercer nivel:

Asistencia completa, el hospital del área, es el establecimiento más completo en el área ubicado en la cabecera departamental, su función es brindar acciones integradas de promoción, prevención y recuperación de la salud.

7. ASIGNACION DE PRESUPUESTO

Antes que puedan establecerse indicadores de asignación de recursos financieros, será necesario que el país resuelva, en términos que estén en consonancia con su situación, dos problemas de definición: ¿Qué componentes están comprendidos dentro de la rúbrica de "salud"? y ¿qué componentes están incluidos en la "Atención Primaria de Salud"? De otro modo no será posible medir sistemáticamente los cambios en la proporción de los recursos nacionales destinados a salud, y, dentro de esta partida, a Atención Primaria en Salud.

El presupuesto para 1,991 fue de Q.3,043,155 millones de quetzales los cuales fueron distribuidos para el hospital, puestos y centros de salud, Jefatura de área, en realidad no existe una partida específica para lo que es Atención Primaria en Salud, por lo que se designará a el área preventiva a los centros y puestos de salud y como el área curativa al hospital departamental. (ver cuadro 1)

8. POLITICAS DE SALUD

Las acciones del Gobierno se proponen alcanzar un mayor grado de eficiencia en este sector, por medio de una utilización racional del presupuesto, de la capacidad y del equipo instalado, recursos humanos, así como mediante una administración adecuada y la distribución más equitativa de los servicios de salud.

Se dará prioridad a los programas y proyectos que benefician a los más pobres y a los grupos vulnerables, como

mujeres lactantes, embarazadas, y niños desnutridos.

Dada la dimensión de las deficiencias existentes en los servicios de salud, el departamento de Totonicapán tiene las siguientes políticas de salud:

1. Extensión cobertura
2. Desarrollo estratégico del recurso humano.
3. Desarrollo Institucional.
4. Promoción de prácticas alimentarias adecuadas a la población.
5. Desarrollo de la planificación financiera.
6. Dotación de agua potable y saneamiento ambiental.
7. Desarrollo de la administración y ejecución presupuestaria.
8. Desarrollo funcional de la infraestructura instalada.
9. Abordaje multisectorial y epidemiológico de salud.

9. MEDICAMENTOS ESENCIALES.

Una medida importante de lucha contra las enfermedades es el suministro de medicamentos esenciales, es decir, las sustancias terapéuticas que son indispensables para el tratamiento radical de la gran mayoría de las enfermedades en una población.

Este indicador es muy importante para la población de escasos recursos que asiste a los puestos y centros de salud, buscando satisfacer la necesidad de eliminar una enfermedad, pero que sucede actualmente, de los 16 medicamentos básicos aproximadamente, que deberían estar llegando trimestralmente, no se está suministrando todos los medicamentos, esto se puede evidenciar con el envío para el primer trimestre de 1,993 a los puestos de salud. (ver cuadro 2)

10. SITUACION DE SALUD

10.1 Datos generales de mortalidad y morbilidad

La tasa de mortalidad general de 1,991 fue de 14.25 X 1,000 habitantes, predominando las 5 primeras causas de defunción siendo; 1) Diarrea 533 casos, 2) Signos y síntomas de estados morbosos mal definidos 349 casos, 3) Neumonías 344 casos, 4) Ciertas afecciones del período perinatal 280 casos, 5) Deficiencias de la nutrición 65 casos.

Entre las principales 5 enfermedades de notificación obligatoria están: 1) Infección respiratoria aguda, 2) Síndrome diarreico agudo, 3) Varicela, 4) Intoxicación alimentaria y 5) Blenorragia.

Entre los casos de enfermedades endémicas se reportan 2 casos de malaria. Aunque esta enfermedad no es propia de esta área pero puede deberse a las migraciones que hacen los habitantes para vender su fuerza de trabajo a las áreas de dónde es endémica esta enfermedad.

Para 1,991 se dieron 125,690 consultas médicas un 42% de cobertura, lo que significa que el 58% de la población no asiste a la atención médica lo que repercute en la morbilidad y mortalidad del departamento.

10.2 Salud materno-infantil.

En 1,991 hubo una tasa de mortalidad neonatal de 23.30 X 1,000 nacidos vivos, tasa de mortalidad infantil de 67.09 X 1,000 habitantes y una tasa de mortalidad en menores de 5 años de 8.68 X 1,000 habitantes y una tasa de 5.4 X 1,000 niños de 0 a 5 años por mortalidad por diarrea. (ver cuadro 5).

Lo que respecta a cobertura a la consulta pediátrica hubo 31.716 (22%) consultas observándose que el grupo de 1 a 4 años es el grupo quien más consultó.

En el programa de Crecimiento y Desarrollo, para 1,990, (no está registrada la información del año 1,991) había 27,804 (49%) niños de 1 a 5 años que asistieron a un control

o chequeo médico el cual ayudó a detectar desnutridos patologías crónicas y agudas. (ver cuadro 4).

En relación a la vacunación se determinó que la población vacunada contra la poliomielitis fue un 31% contra la Difteria, Tétanos y Pertusis, se tuvo una cobertura de 24 %; la vacuna contra el Sarampión un 16% y la antituberculosa fue del 10% (ver cuadro 3).

Existen aún enfermedades inmunoprevenibles las reportadas para este año fueron 1 caso de Sarampión, 4 de Tosferina, 12 casos de Tuberculosis no existiendo ningún caso de Poliomielitis, Difteria y Tétanos neonatal.

Lo anterior refleja las bajas coberturas de vacunación repercutiendo en la niñez ya que todavía se reporta la siguiente mortalidad; 25 defunciones por tosferina, 8 defunciones por sarampión, 6 defunciones por tuberculosis, aunque estos datos no se correlacionan con los datos de la morbilidad y a la vez refleja el subregistro de datos que existe entre las oficinas gubernamentales.

A las limitaciones tradicionales de una adecuada educación para la salud, se han venido a sumar los efectos de la disminución del ingreso real, que produce una ingesta alimentaria deficitaria. Este grave panorama se ve agudizado por la creciente desnutrición ya que en este departamento se reportaron el 61% de casos en niños menores de 5 años, por lo que se debe hacer esfuerzos para dar orientación a las madres para que elaboren una dieta adecuada y que se ajuste a sus ingresos monetarios para darle solución a este inminente problema.

Lo que se refiere a la salud de la madre tenemos que para 1,991 hubo 12,895 nacimientos con una tasa de natalidad de 34 X 1,000 habitantes, una tasa de mortalidad materna de 12.00 X 1,000 nacidos vivos.

Se reporta que hay 14,874 mujeres embarazadas y que el 40% tuvo control prenatal (ver cuadro 2), y que 3.6% de

embarazadas asistieron a su consulta postnatal, lo que hace necesario concientizar a la madre para que regrese después del parto a su respectivo control.

Además, se observó que el 88% de las embarazadas fueron atendidas por comadronas no adiestradas y que el 97% de los partos fueron atendidos en su residencia, aumentando el riesgo de las muertes maternas y de los neonatos.

Para las bajas coberturas de control prenatal que se efectúan, repercute en la administración del toxoide tetánico el cual cubrió un 51% de ellas aplicándose dos dosis durante el embarazo (ver cuadro 3).

En el Programa de Alimentación Complementaria para la mujer embarazada cubre un 77% de la población observada (ver cuadro 4).

10.3 Saneamiento Ambiental

La preservación y bienestar de la población demanda la existencia de un medio favorable, libre de impurezas y exento de enfermedades.

En el departamento de Totonicapán se hacen esfuerzos para dotar de los servicios esenciales a la población y mejorar el medio ambiente, en 1,991 existían 8,125 viviendas urbanas y 41,163 viviendas rurales, para un total de 49,595 familias.

La cobertura del servicio de agua potable para ese mismo año era del 33% con un déficit del 67%, acentuándose más en el

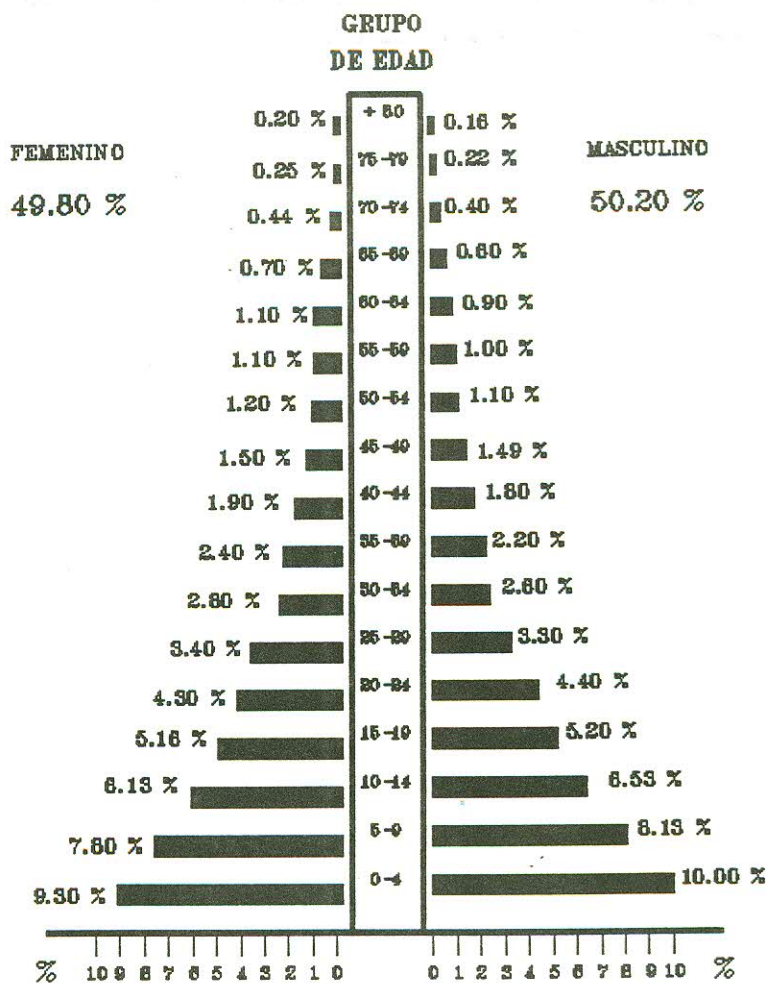
área rural donde la población se abastece principalmente de pozos particulares, ríos y nacimientos, en las áreas urbanas se abastecen con agua intradomiciliar.

En el caso de disposición de excretas, el mayor problema es el índice de fecalismo al aire libre teniendo un déficit de disposición de excretas predominando este

problema en las áreas rurales.

Además la inexistencia de lugares adecuados para la disposición de la basura incrementa las fuentes de contaminación y formación de un habitat natural para los vectores perjudiciales a la salud.

GRAFICA # 1
PIRAMIDE POBLACIONAL
TOTONICAPAN 1991



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística 1991

**CUADRO 1
PRESUPUESTO DEL SECTOR SALUD
DE TONICAPAN 1991**

| DEPARTAMENTO | TOTAL Q. | HOSPITAL Q. | % | CENTROS DE SALUD | CENTROS DE SALUD | PUESTOS DE SALUD | % | AREA SALUD | % |
|--------------|-------------|----------------|-------|------------------------|------------------------|------------------------|-------|---------------|------|
| TONICAPAN | 3043155 | 2145445 | 70.00 | 0 | 628947 | 165331 | 26.00 | 103432 | 3.30 |

FUENTE: Unidad Materno-Infantil. Direccion General de Servicios De Salud.

CUADRO 2
LISTA OFICIAL DE MEDICAMENTOS
BASICOS PARA PUESTOS DE SALUD
TOTONICAPAN

| M E D I C A M E N T O S | 1er. TRIMESTRE | |
|---|----------------------------------|-------------|
| | ENVIADOS | NO ENVIADOS |
| 1.- ANALGESICOS: a. Acetaminofén b. Acido acetilsalicílico | XXXXXXXX | XXXXXXXXXX |
| 2.- ANESTESICOS: a. Lidocaína, al 2 % | | XXXXXXXXXX |
| 3.- ANTIPROTOZODARIOS: a. Metronidazol. | | XXXXXXXXXX |
| 4.- ANTIHELMINTICOS: a. Mebendazol | XXXXXXXX | |
| 5.- VITAMINAS: a. Vitamina "A" b. Complejo "B" c. Acido fólico | XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX | |
| 6.- MINERALES: a. Sulfato ferroso | XXXXXXXX | |
| 7.- ANTIPARASITARIOS: a. Benzoato de bencilo | | XXXXXXXX |
| 8.- ANTIACIDOS: a. Hidróxido de Al/Mg. | | XXXXXXXX |
| 9.- DERMATOPROTECTORES: a. Oxido de Zinc. | | XXXXXXXX |
| 10.- SALES DE REHIDRATACIÓN: | | XXXXXXXX |
| 11.- ANTIBIOTICOS: a. Penicilinas. b. Trimetoprin-Sulfa. c. Cloranfenicol. | XXXXXXX XXXXXXX | |
| 12.- ANTISEPTICOS: a. Alcohol Isopropílico. | XXXXXXX | XXXXXXXX |

FUENTE: Droguería Nacional.

CUADRO 3
PROGRAMA NACIONAL DE VACUNACION
COBERTURA EN EL AREA DE SALUD DE
TOTONICAPAN 1991

| VACUNACION | NINOS POBLACION TOTAL | 0-5 a. 3ra. DOSIS | VACUNADOS % | META PARA EL 2000 |
|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------|----------------------|
| ANTIPOLIO | 56397 | 17249 | 31.00 | 100 % |
| DPT | | 13540 | 24.00 | 100 % |
| ANTISARAMPIONOSA * | | 9233 | 16.00 | 100 % |
| BCG * | | 5494 | 10.00 | 100 % |
| TOXOIDE ** TETANICO EMBARAZADAS | EMBARAZADAS | EMBARAZADAS VACUNADAS | VACUNADOS % | META PARA EL 2000 |
| | 14874 | 7621 | 51.00 | 80% |

(*) NOTA: Dosis única.
 (**) NOTA: Segunda dosis.

FUENTE: Departamento de Estadística. D.G.S.S

**CUADRO 4
COBERTURA DE LOS PRINCIPALES PROGRAMAS
DEL GRUPO MATERNO INFANTIL EN EL
DEPARTAMENTO DE TOTONICAPAN 1991**

| POBLACION 0-5 a. | CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO | | CONSULTA MATERNA | | ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN MUJERES EMBARAZADAS | | |
|---------------------|--|-----------|----------------------|---------------------|---|-------------------------|-----------|
| | TOTAL EN CONTROL | % META | TOTAL EMBARAZADAS | CONTROL PRENATAL | % META | MUJERES BENEFICIADAS | % META |
| 56397 | 27804 | 49% | 14874 | 5899 | 40% | 11511 | 77% |
| | | 100% | | | 75% | | 50% |

FUENTE:

Departamento Materno-Infantil. Direccion General de Servicios de Salud.
Datos de 1990.

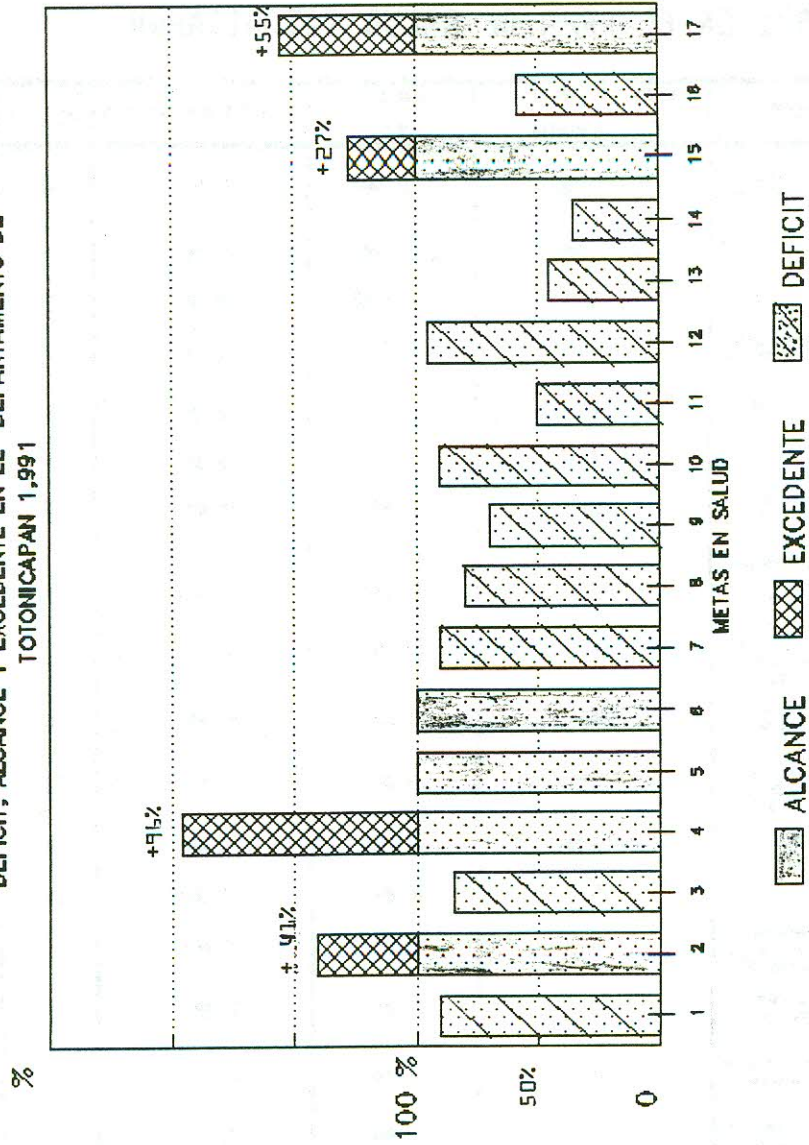
CUADRO 5
DISTRIBUCION DE LAS METAS MINIMAS PARA ALCANZAR
EN EL AÑO 2000 Y SU RELACION PORCENTUAL CON
1991 EN EL AREA DE SALUD TOTONICAPAN

| INDICADOR | META PARA EL 2000 | DATO 1991 | DIFERENCIA | %(-) | %(+) |
|---|-------------------|------------|------------|------|------|
| 1. Reducir la Mortalidad Infantil a un índice no mayor de: | 34 * 1000. | 67 * 1000. | 33.00 | 97 | - |
| 2. Reducir la mortalidad en menores de 5a. a: | 66 * 1000. | 39 * 1000. | 27.00 | - | 41 |
| 3. Reducir la mortalidad neonatal a: | 13 * 1000. | 23 * 1000. | 10.00 | 79 | - |
| 4. Disminuir la Mortalidad por enfermedad diarreica en < 5a. a un: | 15 % | 0.54% | 14.46 | - | 96 |
| 5. Erradicacion del Tetanos Neonatal: | 0 Casos | 0 | 0.00 | - | - |
| 6. Erradicacion de la Poliomielitis: | 0 Casos | 0 | 0.00 | - | - |
| 7. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra Tuberculosis en: | 100% | 10.00% | 90.00% | 90 | - |
| 8. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra Difteria, Tetanos y Tos Ferina en: | 100% | 24.00% | 76.00% | 76 | - |
| 9. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra la Poliomielitis en: | 100% | 31.00% | 69.00% | 69 | - |
| 10. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra Sarampion en: | 100% | 16.00% | 84.00% | 84 | - |
| 11. Alcanzar en el control de crecimiento y desarrollo en niños 0-5a.: | 100% | 49.00% | 51.00% | 51 | - |
| 12. Reducir la Mortalidad Materna a: | 6 * 10,000 | 12 * 10000 | 6.00 | 98 | - |
| 13. Alcanzar en control prenatal el: | 75% | 40.00% | 35.00% | 46 | - |
| 14. Alcanzar una cobertura con Ioxoide Tetanico en mujeres embarazadas el: | 80% | 51.00% | 29.00% | 36 | - |
| 15. Dar alimentacion complementaria a mujeres embarazadas al: | 50% | 77.00% | 27.00% | - | 27 |
| 16. Destinar del Presupuesto de salud a la atencion preventiva el: | 55% | 26.00% | 29.00% | 53 | - |
| 17. Destinar del presupuesto de salud a la atencion curativa el: | 45% | 78.00% | 25.00% | - | 55 |

NOTA: % (-) Porcentaje que falta para llegar a la meta.
 % (+) Porcentaje que sobrepasa la meta.

FUENTE: Plan de Acción de Desarrollo Social. D.G.S.S.

GRAFICA 2
 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS METAS MINIMAS DE SALUD SEGUN
 DEFICIT, ALCANCE Y EXCEDENTE EN EL DEPARTAMENTO DE
 TONONICAPAN 1,991



FUENTE: PLAN DE ACCION DE DESARROLLO SOCIAL
 DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD.

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En la gráfica dos se observa que dos indicadores de salud alcanzaron la meta al 100%, ellos corresponden a la salud del niño, 1) Erradicación de la poliomielitis, 2) Erradicación del tétanos neonatal, estas enfermedades para 1,991 no se reportó ningún caso, situación que satisface y se deduce que la niñez está completamente inmunizada contra estas patologías y que las campañas de vacunación están cumpliendo su objetivo en estas dos enfermedades inmunoprevenibles. Además otros dos indicadores alcanzaron la meta al 100% y la sobrepasaron, entre ellos se encuentran la mortalidad por diarrea con un excedente del 96% este indicador parece no reflejar la verdadera situación del departamento ya que éste ocupa el primer lugar como causa de mortalidad general (15), y el segundo puesto en las enfermedades de notificación obligatoria del departamento. La mortalidad en niños menores de cinco años fue el otro indicador que alcanzó la meta y que tuvo un excedente del 41% indicador que refleja una situación óptima en la salud de los niños menores de cinco años en este departamento, pero la realidad no es posible ya que Totonicapán tiene la tasa más alta de mortalidad infantil y mortalidad en menores de cinco años (2) de todos los departamentos de la República de Guatemala, lo anterior demuestra para los dos indicadores, que existe un gran subregistro de datos, la validación del diagnóstico por personal no calificado, elaboración de tasas con una población no oficial o real del departamento, lo cual cambian significativamente los resultados, o que se planteen metas mínimas sin conocer las verdaderas tasas que se están presentando en el departamento lo cual no puede reflejar la verdadera situación de salud del departamento.

Faltan aún siete indicadores para que lleguen al 100% de la meta planteada y entre ellos están dos indicadores que se encuentran muy distantes de la meta, ya que únicamente se ha logrado disminuir un 3% en la mortalidad infantil, y un 10% en la cobertura de vacunación contra la tuberculosis. Respecto a las demás coberturas de vacunación también se encuentran muy bajas logrando cubrir la vacuna contra el Sarampión un 16%, la DPT. un 24%, teniendo un mayor alcance la vacuna contra la Poliomielitis con el 31%. Las bajas coberturas de este programa repercute en la población menor de cinco años, ya que se reporta morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, problema que podría solucionarse y eliminarse como está sucediendo con la Poliomielitis, si se aumentará más las coberturas de vacunación, por lo que se debería unificar esfuerzos para llevar este programa a la población que no tiene acceso a los servicios de salud.

Otro indicador que no llegó a la meta fue el programa de Crecimiento y Desarrollo con una cobertura de 49%. (100% meta), este es uno de los programas más importantes para que pueda difundir prevención a uno de los grupos más afectados en este caso al niño menor de cinco años, concientizando a la madre la importancia de la evaluación periódica del niño.

Lo que respecta a la salud materna, de los cuatro indicadores sólo Alimentación Complementaria para embarazadas logró llegar a la meta del 100% y la sobrepasó con una excedente del 59% condición que favorece a la madre y al recién nacido reduciendo el porcentaje de niños de bajo peso al nacer, factor que es importante y fundamental para la salud del niño.

Los otros 3 indicadores aún no han llegado a la meta logrando un 40% (meta 75%) de cobertura en control prenatal el 51% (meta 80%) de cobertura en toxoide tetánico en embarazadas.

El otro indicador mortalidad materna se encuentra lejano de llegar a la meta porque le falta un 100% para alcanzarla, y se explica porque su tasa duplica la meta propuesta, esta situación se puede atribuir a que las mujeres en edad fértil poseen en su mayoría bajo nivel de instrucción, déficit nutricional global con predominio proteico, deficiencia de hierro, yodo, y sumado a todo esto. que la mayor atención de cobertura hacia la mujer embarazada está dada por personal no calificado en este caso las comadronas no adiestradas. Por lo anterior se debe aprovechar la cobertura que se tiene en la alimentación complementaria a la embarazada para transmitir mensajes de la importancia que tiene el control prenatal, y la administración del toxoide tetánico, a la vez debe darse apoyo al programa de planificación familiar ya que se considera un factor importante para disminuir la mortalidad materna y la infantil. (15)

Uno de los factores para que se tenga éxito para alcanzar las metas mínimas de salud, es el presupuesto para la atención primaria en salud aunque actualmente no existe una partida específica para este rubro, se puede considerar que los puestos y centros de salud están formando parte del área preventiva que es base fundamental de esta estrategia, la realidad que presenta el indicador de presupuesto para el área preventiva no es satisfactor ya que percibe un 26% del presupuesto faltándole un 53% para llegar a la meta (55%), esto hace imposible cumplir los objetivos de la estrategia Atención Primaria en Salud, recibiendo un 70% (meta 45%) de área curativa lo cual significa que se invierte más de lo planteado situación que hace que haya déficit en el área preventiva, por lo cual las políticas de salud deben estar encaminadas a aumentar el presupuesto al área preventiva y formular un guión presupuestario para esta estrategia.

X. CONCLUSIONES

1. La información sobre los indicadores de salud se encuentra registrada en diferentes instituciones, las que no se encuentran estandarizadas, con la información por lo cual se obtuvo diferentes datos de un mismo indicador.
2. Existe subregistro y sesgo en la información obtenida, porque no se ha actualizado el último censo poblacional que se realizó en 1,981 por lo que actualmente se elaboran datos estadísticos con poblaciones estimadas, lo cual no puede reflejar la verdadera situación de salud del departamento.
3. El 12% de todos los indicadores alcanzaron el 100% de la meta planteada y entre ellos encontramos: 1) Erradicación de la Poliomielitis y 2) Erradicación del Tétanos neonatal, situación que favorece a la salud del niño menor de cinco años, esperando que este resultado sea realidad para el año 2,000.
4. Otros indicadores que llegaron a la meta del 100% propuesta y que la sobrepasaron fueron 4 (24%); 1) Mortalidad por enfermedad diarreica, 2) Mortalidad en menores de cinco años, 3) Presupuesto a el área curativa, 4) Alimentación Complementaria para la mujer embarazada, interpretándose de dos formas: realmente se alcanzó la meta, o existe un marcado subregistro y falsificación de datos, validación de diagnóstico por personal no calificado y podría deducirse que las metas alcanzadas no reflejan los verdaderos porcentajes de los indicadores de salud actual, lo que dificulta un buen análisis de todas las metas para el año 2,000.

5. Entre los indicadores que no han alcanzado la meta se encuentra en el grupo materno-infantil, siendo un total de once indicadores (69%); tres corresponden al grupo materno (1) mortalidad materna, 2) control prenatal, 3) administración de toxoide tetánico en la mujer embarazada; ocho pertenecen al grupo menor de cinco años y entre éstas se puede mencionar, la cobertura del PAI, control de crecimiento y desarrollo, la mortalidad infantil y neonatal.

XI. RECOMENDACIONES

1. Que se involucre la plena participación de la comunidad en actividades de salud, ya que es el eje principal de la estructura de Atención Primaria en Salud.
2. Que se utilicen las metas en salud propuestas por el Plan de Acción de Desarrollo Social, para la evaluación anual de los alcances obtenidos en el área preventiva del departamento.
3. Mejorar la calidad de los archivos donde se registra la información, tanto en la Unidad de Informática (D.G.S.S.) como en la Jefatura de Área del departamento con el fin de que se puede utilizar correctamente, y obtenerse con facilidad.
4. Capacitar e incrementar al personal que registra y archiva la información en salud, crear métodos confiables de canalización de la información, de manera que corresponda fidedignamente con la realidad, evitando la falsificación, se evite el subregistro.
5. Concientizar al personal de salud sobre los problemas creados por el subregistro y/o la falsificación de datos supervisando debidamente a los mismos, y sancionar a quien se sorprenda alterando información.
6. Que se utilice una boleta específica para la recopilación de los datos de todos los indicadores de salud en cada servicio de salud, para que esta información sea siempre actualizada y accesible.

7. Que se incrementen los esfuerzos para mejorar la atención y cobertura de los programas materno-infantil ya que en estos se observó muy bajas coberturas lo que repercute en la morbilidad y mortalidad de este grupo, lo anterior hará posible que se pueda alcanzar todas las metas para el año 2,000.

XII. RESUMEN

El siguiente estudio fue realizado con el propósito de hacer un análisis de los alcances obtenidos en las metas mínimas propuestas por el Gobierno de la República de Guatemala en el Plan de Acción de Desarrollo Social basados en la Atención Primaria en Salud, para lograr la estrategia "Salud para Todos en Año 2000".

Para su efecto se utilizó una boleta la cual permitió la recopilación de la información por el investigador en las instituciones y bibliotecas consultadas durante el período de seis semanas.

Luego se procedió a tabular y a clasificar los datos según las metas planteadas. Posteriormente se analizó y se realizaron cuadros en los cuales se representa el porcentaje de las metas que se han alcanzado al 100%, y lo que falta por alcanzarlas, en algunas de ellas.

Entre los indicadores que ya alcanzaron la meta al 100 se encuentran: 1) Erradicación de la Poliomielitis y 2) Erradicación del Tétanos neonatal, constituyendo el 12% del total de todas las metas. Entre los indicadores que llegaron a la meta del 100% y la sobrepasaron son cuatro (24%); 1) Mortalidad por enfermedad diarreica, 2) Mortalidad en menores de cinco años, 3) Presupuesto destinados a el área curativa y 4) Alimentación Complementaria a la mujer embarazada. Los indicadores que no han alcanzado la meta se encuentran incluidos en el grupo materno-infantil, siendo once (69%); de los cuales tres corresponden al grupo materno y ocho al grupo de la niñez.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. De Canales, Francisca. Metodología de la Investigación; Manual para el desarrollo del personal de salud. OPS/DMS. 1989. 327p. (pp 1-7)
2. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de informática. Datos estadísticos de indicadores de salud, 1990-1992. Guatemala, 1992. (s.p.)
3. Flores Aucaeda, Carlos. Indicadores y cobertura de los servicios materno-infantil del M.S.P.A.S. por región y departamento. Guatemala, 1991. (pp.133-149-164)
4. Groll, Francis. Diccionario Geográfico de Guatemala. Guatemala, 1981. Tomo II (pp 860)
5. Jefatura de Area de Salud del departamento. Plan operativo y memoria de labores del departamento Totonicapán, 1991. Totonicapán, 1991.(sp.)
6. Kroeger, Axel. Atención Primaria en Salud. Principios y métodos. México, 1987. Capítulo VIII (pp. 2-5)
7. McDonald, Beatriz Eugenia. Salud para todos en el año 2000: Análisis de los indicadores para la evaluación de los alcances de las metas para Guatemala. (Tesis médico y cirujano) USAC. Facultad de Medicina. Guatemala, 1991. 85p (pp 1-8).
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Plan Nacional de Salud Materno-Infantil 1992-1996. Guatemala, 1991. D.G.S.S Departamento Materno-Infantil. 37p (pp 9-11)
9. Morales, Sully Argentina. Análisis y tendencias de la situación de salud de Guatemala. (Tesis médico y cirujano) USAC. Facultad de Medicina. Guatemala, 1984. 115 p.
10. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria en Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre A.P.S. Alma-Ata, 1978. (pp 3-78, 13-43)
11. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos. Ginebra, 1984. 66p. (pp 2-12)

12. Organización Mundial de la Salud. Preparación de Indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de salud para todos en año 2000. Ginebra, 1988. 99p. (pp 3-10, 13-18, 39, 58-60)
13. Organización Panamericana para la Salud. Aqua potable y Saneamiento Ambiental. Un camino hacia la salud. Guatemala, 1982. 80 p.(pp.1) (Publicación Científica No. 431)
14. Organización Panamericana para la Salud. Análisis de la situación del niño y la mujer. Guatemala, 1992. 12 p. (pp 1-4) (Publicación científica y técnica No. 3)
15. Organización Panamericana para la Salud. Análisis de Salud por Regiones. Guatemala, 1992. 145 p. (pp 17-21) (Publicación científica y técnica vol. 3)
16. Organización Panamericana para la Salud. Las condiciones de la salud de Las Américas. México, 1990. (pp 67-70) (publicación científica No. 524)
17. Organización Panamericana para la Salud-Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el año 2000; Estrategias. Guatemala, 1990. (pp 20-23)
18. SEGEPLAN. Plan de Acción de desarrollo Social 1992-1996, 1997-2000; Desarrollo Humano, Infancia y Juventud. Guatemala, marzo, 1992. 27 p. (pp 1-11)
19. SEGEPLAN. Plan de Salud; Lineamientos de política y estrategias áreas programáticas. Guatemala, noviembre de 1986. 51 p. (pp 43-44)
20. Seminario Alma-Ata diez años después. Avances. Guatemala, 1990. OPS/OMS, APROFAM, MSPAS. 58 p. (pp 38-48)

-XIV. A N E X O S

BOLETA PARA RECOLECCION DE DATOS

1) CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS

- a. - Monografía del departamento _____
- a.1. Superficie del área por Km².: _____
- a.2. Densidad de la población: _____
- a.3. Crecimiento vegetativo: _____
- a.4. Población por grupo de edad: _____

2) ESTADISTICAS VITALES INDICES Y/O TASAS

- a. Nacimientos: _____
- a.1 Tasa de natalidad: _____
- b. Morbilidad.
- b.1 Inmunización (PAI): _____
- b.1.1 BCG: _____
- b.1.2 DPT: _____
- b.1.3 ANTIPOLIIO: _____
- b.1.4 ANTISARAMPIONOSA: _____
- B.2 Cinco primeras causas de morbilidad de notificación obligatoria:
- b.2.1 _____
- b.2.2 _____
- b.2.3 _____
- b.2.4 _____
- b.2.5 _____
- c. Defunciones
- c.1 Tasa de mortalidad materna: _____
- c.2 Tasa de mortalidad infantil: _____
- c.3 Tasa de mortalidad general: _____
- c.4 Tasa de mortalidad en menores de 5 años: _____
- c.5 Tasa de mortalidad en niños de 1-4 años: _____
- c.6 Cinco primeras causas de mortalidad general:
- c.6.1 _____

- c.6.2 _____
- c.6.3 _____
- c.6.4 _____
- c.6.5 _____

c.7 Mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles en menores de cinco años:

3. SANEAMIENTO AMBIENTAL

- a. Porcentaje de población con agua potable.
 - a.1 urbana _____
 - a.2 rural _____
- b. Porcentaje de población con disposición de excretas.
 - b.1 urbana _____
 - b.2 rural _____
- 4. RECURSOS, ACTIVIDADES Y RENDIMIENTO DE SALUD PUBLICA.
 - a. Políticas de salud.
 - b. Establecimientos de salud.
 - b.1 Centros de salud: _____
 - b.2 Puestos de salud: _____
 - c. Utilización de los servicios de salud.
 - c.1 Número de consultas brindadas por programa
 - c.1.1 Consulta general: _____
 - c.1.2 Consulta pediátrica: _____
 - c.1.3 Consulta materna: _____
 - c.1.4 Crecimiento y Desarrollo en niños menores de 5 años _____
 - d. Medicamentos esenciales.
 - e. Asignación de recursos.
 - e.1 Presupuesto para el área preventiva
 - e.1.1 Centros de salud: _____

e.1.2 Puestos de salud: _____

e.2 Presupuesto para el área curativa.

e.2.1 Hospital departamental: _____

5. INDICADORES SOCIOECONOMICOS:

a. Educación

a.1 Analfabetismo: _____

b. Nutrición

b.1 Alimentación complementaria en mujeres embarazadas: _____

c. Producto nacional bruto: _____

DESCRIPCION DE LOS 18 INDICADORES DE SALUD

| INDICADORES | META AÑO 2000 | AÑO 1991 |
|---|--------------------|----------|
| 1. Mortalidad infantil: _____ | 34 por mil | _____ |
| 2. Mortalidad <5 años: _____ | 66 por mil | _____ |
| 3. Mortalidad neonatal: _____ | 13 por mil | _____ |
| 4. Mortalidad SDA<5 años: _____ | Disminuir al 15% | _____ |
| 5. Incidencia IRA <5 años: _____ | Disminuir en 33% | _____ |
| 6. Tétanos neonatal: _____ | Erradicación | _____ |
| 7. Poliomiélitis: _____ | Erradicación | _____ |
| 8. Vacunación <5 años BCG: _____ | Cobertura del 100% | _____ |
| 9. Vacunación <5 años DFT: _____ | Cobertura del 100% | _____ |
| 10. Vacunación <5 años Polio: _____ | Cobertura del 100% | _____ |
| 11. Vacunación <5 años Sarampión: _____ | Cobertura del 100% | _____ |
| 12. Control de Crecimiento y Desarrollo 0-5 años: _____ | Alcanzar el 100% | _____ |
| 13. Mortalidad materna: _____ | 6 por diez mil | _____ |
| 14. Control Prenatal: _____ | Alcanzar el 75% | _____ |
| 15. Toxóide tetánico en embarazadas: _____ | Alcanzar el 80% | _____ |
| 16. Alimentación Complementaria a mujeres embarazadas: _____ | Cobertura al 50% | _____ |
| 17. Presupuesto preventivo: _____ | 55% | _____ |
| 18. Presupuesto curativo: _____ | 45% | _____ |