

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 Izabal, Guatemala, 1991.

TESIS

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

P O R

GUILLERMO RENE AVALOS BELTETON

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1993.



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 11 de mayo de 1,993
DIF-060-93

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

Se informa que el: BACHILLER GUILLERMO RENE AVALOS
Título o diploma de diversificado, Nombre y apellidos
BELTETON Carnet No. 86-13055
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 Barillas
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 4040

Firma del estudiante

Revisor
Firma y sello
Registro Personal 14,909

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

I N D I C E

Capítulo	Página
I.- Introducción	1.
II.- Definición del problema.	2.
III.- Justificación.	3.
IV.- Objetivos.	4.
V.- Revisión bibliográfica.	5.
VI.- Métodos y procedimientos.	23.
VII.- Alcances y limitaciones.	32.
VIII.- Presentación de resultados.	34.
IX.- Analisis y discusión de resultados.	48.
X.- Conclusiones.	50.
XI.- Recomendaciones.	51.
XII.- Resumen.	52.
XIII.- Bibliografía.	53.
XIV.- Anexos.	55.

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 alcanzar dicha meta 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, puesta 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 basadas en las propuestas de Atención Primaria. 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 Desarrollo Social en el cual se detallan las metas mínimas 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 propuestas para el año 2000 a través de los indicadores de 1991 en el departamento de Izabal. Para tal propósito fue necesario realizar este estudio analítico cuyos datos fueron obtenidos de diversas fuentes de información.

La mayor parte de ésta información se encontraba descentralizada y no actualizada; además se encontró un alto porcentaje de subregistro. Luego de haber comparado los indicadores propuestos por el Plan Nacional con los indicadores oficiales del departamento de Izabal se determinó lo siguiente: Cuatro de los indicadores sobrepasaron las metas mínimas, lo que corresponde a un 23%; once no lograron alcanzarlas (65%) y dos del total llegaron a la meta alcanzando un 12%.

No pudiéndose 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 ésta realidad, lo cual se refleja por ejemplo en una tasa de mortalidad infantil de 47.02 por mil nacidos vivos y mortalidad materna de 1.06 por mil nacidos vivos, para 1990. (15).

Por lo tanto al estar a escasos siete años del año 2000 era necesario evaluar la ATENCION PRIMARIA EN SALUD en el departamento de Izabal, 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 la República 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 consideraciones siguientes:

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, que en su mayoría son prevenibles tales como: Sarampión, Tuberculosis, Poliomiélitis, Etc.
3. Los daños ocasionados por las enfermedades causan deterioro en la salud y muerte, por consiguiente aumento de los gastos en los servicios 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 Izabal en 1991.

B. ESPECIFICOS

- 1.- Evaluar la situación de salud en el departamento de Izabal, basándose en los indicadores propuestos por la Organización Mundial De La Salud (OMS).
- 2.- Identificar los indicadores de salud prioritarios del departamento de Izabal.
- 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 Poliomielitis, 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 en menores de 5 años a 66 por mil nacidos vivos.
- 3.- Reducir la mortalidad neonatal a 13 por mil.
- 4.- Disminuir a un 15% la mortalidad por enfermedad diarreica en niños menores de cinco años.
- 5.- Disminuir a 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, POLIO, 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 priorizadas que contribuyen efectivamente a elevar el nivel de bienestar y alcanzar las metas mínimas establecidas para el año 2000. Básicamente, el propósito 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
- Control de enfermedades respiratorias agudas.
- 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, caceríos, 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 Departamentos de Alta y Baja Verapáz.
- 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, Quezaltenango, Retalhuleu, Suchitepéquez y San Marcos.
- Región VII Departamentos de Huehuetenango y El Quiché.
- Región VIII Departamento de El Petén.

Esto permite diferenciar zonas con desigual nivel de desarrollo socioeconómico y características particulares. (15)

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 (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, la población mayor de 64 años sólo el 3%. Esta estructura caracterizó 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 (2.2%) de terratenientes tienen el 65% de la tierra útil; 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%, 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 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 al 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 un 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 solo 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 caceríos, de los cuales 26% 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 el capital y un 83% de los médicos del IGSS.

El área de prevención ha sido descuidada en favor de los servicios curativos que consumen un porcentaje mayor de los recursos, a los orientados a la atención preventiva se 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, 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 periodo 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 con dolo (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 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 la familias del área urbana central consumen menos calorías que las requeridas y en el área rural alrededor del 36%. (18).

10. 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. Sobretudo 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

minimas que debe tener una educación, debe de ser sobre los principales problemas de salud; sobre los métodos de prevención y de lucha correspondiente. 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 ha encontrado problemas que limitan el desarrollo de la APS como lo son: Baja creatividad: porque no hay sugerencias, responsabilidades, deseos de colaborar, mistica, y porque no hay identificación con el trabajo de salud, pues estamos acostumbrados a lo que se nos ha dado, para que 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, 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, o sea educar a la gente, para que colabore con lo 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 de 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 tengamos claro las siguientes definiciones:

1. TASA

Es la frecuencia de los eventos demográficos acaecidos en tres variables que son: Persona, espacio y Tiempo. La fórmula general de la tasa es: Número de sucesos en el lugar "X" y en el tiempo "T". Población susceptible en el mismo lugar y tiempo. El valor resultante puede multiplicarse por un factor que facilita la expresión final del valor, existen dos tipos de tasa que son:

- Tasa Bruta: son tasas calculadas para toda la población.
- Tasa Específica: son tasas computadas 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, ésto 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

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

6. 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:

6.1. 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).

6.2. 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).

- a.- Proporción de Producto Nacional Bruto gastado en los servicios de salud.
- b.- Proporción del Producto Nacional Bruto en actividades relacionadas con la salud.
- c.- Proporción del total de recursos de salud que se destina a la APS.

6.3. GRADO DE EQUIDAD EN LA DISTRIBUCION DE RECURSOS

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

- a.- Distribución de los gastos de salud por persona, zonas geográficas, etc.
- b.- Proporción del total de recursos sanitarios que se destina a la APS por región o distrito.
- c.- 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.

6.4. 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", por lo cual puede constituirse en una simple respuesta pasiva.

6.5. 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 permitirán hacer una evaluación con el objeto de determinar si se ha establecido una estructura orgánica idónea.

- 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.

7. INDICADORES SOCIALES Y ECONOMICOS

Por lo general estos indicadores no corresponden a objetivos y metas específicas incorporados 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:

7.1. 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.

7.2. PRODUCTO INTERNO BRUTO (PIB) Y PRODUCTO NACIONAL BRUTO (PNB):

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).

7.3. 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).

7.4. INDICE DE ALFABETISMO EN ADULTOS:

Definido como porcentaje de la población de 15 años ó más que sabe leer y escribir en cualquier idioma. (15). 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 ésta se le dé 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).

7.5. 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. Condicionan el hacinamiento y la propagación del proceso mórbido. (6).

8. 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:

8.1. 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.

8.2. 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), sociales o culturales (barreras del idioma). (12)

8.3. UTILIZACION

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

8.4. 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:

8.5. 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).

8.6. 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, poliomielitis, 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).

9. INDICADORES BASICOS DEL ESTADO DE SALUD

9.1 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).

9.2. 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.

9.3. TASA DE MORTALIDAD DE NIÑO DE CORTA EDAD (1-4 AÑOS)

Es el número de defunciones de niños ocurridas en un año determinado, por mil niños en 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.

9.4. TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE 5 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).

9.5. 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 tuvo 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 2,000.

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 de la Salud (OPS).
- Banco De Guatemala (BANGUAT).
- Jefatura de Area del Departamento de Jutiapa.
- Secretaria General de Planificación (SEGEPLAN).
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).
- Ministerio de Finanzas Públicas.
- Bibliotecas de diferentes instituciones.

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

Luego se procedió a tabular y a clasificar los datos según las metas planteadas, posteriormente se procedió al análisis de contenido y análisis estadísticos. Para lo cual se elaboraron cuadros y gráficas en los cuales se representó 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. (1991)
- 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. (+ o -)
- 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. En dónde cada barra corresponde a una meta ó indicador de salud, siendo la longitud el porcentaje encontrado para cada meta en el año de estudio.

Se construyeron dos tasas de indicadores las cuales no estaban formuladas. Estos indicadores correspondían a las metas 4 y 5 del cuadro 5.

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

Indicadores de Política Sanitaria

- 1.- Asignación de recursos.
- 2.- Compromiso político.

Indicadores Sociales y Económicos

- 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 Prestación de Atención de Salud

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

Indicadores Básicos 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.

Finalmente se elaboraron conclusiones y recomendaciones.

B. PLAN PARA RECOLECCION DE DATOS

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

1.- CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS DEL DEPARTAMENTO DE JUTIAPA:

- a.- Monografía del departamento.
 - a.1. Superficie en Km.²
 - a.2. Densidad de 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 programa.
 - 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 SOCIO-ECONOMICOS:

- a.- Vivienda.
- b.- Educación.
 - b.1. Analfabetismo.
- c.- Nutrición.
 - c.1. Alimentación complementaria en mujeres embarazadas.
- d.- Producto nacional bruto.

C. 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.

D. INSTRUMENTO DE MEDICION DE LAS VARIABLES

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

E. RECURSOS

1.- HUMANOS:

personal médico y administrativo a quién se entrevistará en las siguientes instituciones:

- a.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- b.- Organización Mundial de la Salud.
- c.- Organización Panamericana de la Salud.
- d.- Asociación Pro Bienestar de la Familia.

2.- FISICOS:

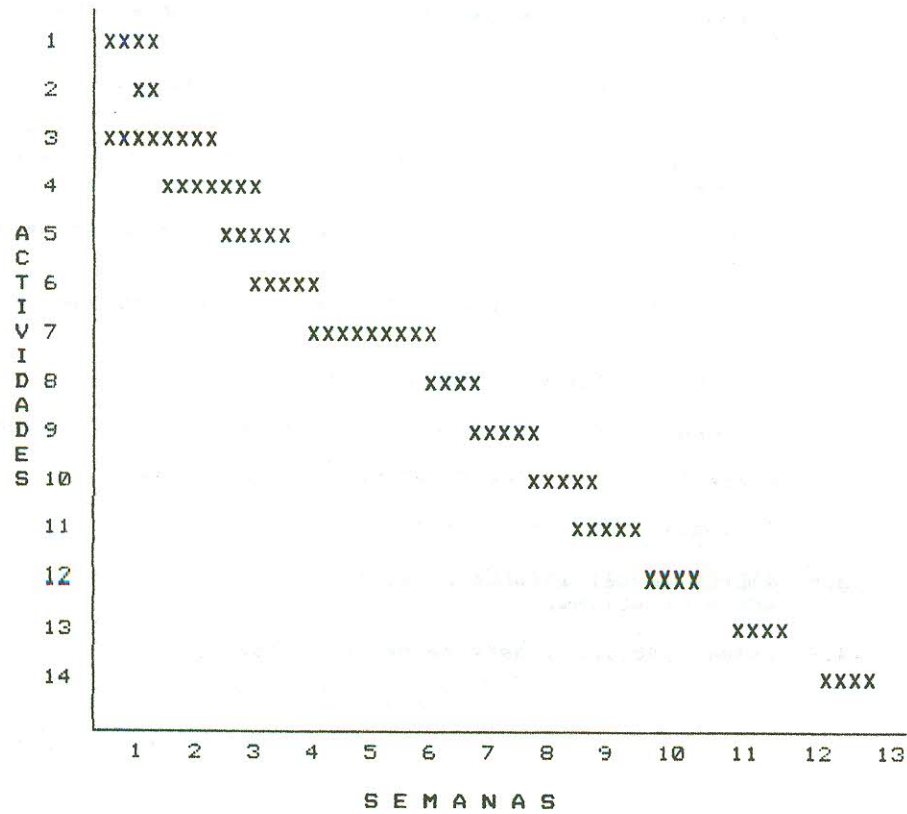
- a.- Computadora.
- b.- Máquina de escribir.
- c.- Biblioteca y archivos.
- d.- Literatura relacionada con el tema.

3.- ECONOMICOS:

- a.- Detalle del costo.
- b.- Materiales de escritorio.
- c.- Gasolina y transporte.
- d.- Utiles de computación.

F. 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 de 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 y capacitación de los encuestados.
- 7.- Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
- 8.- Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas.
- 9.- Análisis y discusión de resultados.
- 10.- Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
- 11.- Presentación informe final para correcciones.
- 12.- Aprobación de informe final.
- 13.- Impresión del informe final y administrativos.
- 14.- Exámen 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 General y Organización Mundial de la Salud, 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 encuentra 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 que no fue posible de 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 solo año presentaba 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 2,000 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 éstas 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 IZABAL

ASPECTO HISTORICO

Etimológicamente el departamento surgió a raíz del conocido Golfo Duke referente a "lo dulce de sus aguas". En 1803 apareció el primer reglamento para embarques y desembarques del Real Consulado en el Censo General de la población y bajo camino y puentes establecía que solo habían caminos de herradura de Izabal a Zacapa, la que conduce a Petén y otros.

Izabal perteneció al Corregimiento de Chiquimula De La Sierra y otra al partido y Corregimiento De Cazabastlán durante el periodo hispánico, luego distrito, para ser creado como departamento por medio de un decreto emitido el 8 de mayo de 1866.

La actual aldea que fue poblada durante el período hispánico tuvo gran importancia se citan algunos datos de interés por ejemplo: La historia de la provincia de San Vicente de Chiapa y Guatemala que escribiera Francisco Ximénez la cual menciona tantas entradas de piratas al lugar cuando gobernaba el presidente de La Real Audiencia, Don Alvaro De Quiñónez Osorio, Marqués De Lorenzana.

Respecto a las antigüedades históricas son dignas de llamar la atención los ídolos que están en las ruinas de Quiriguá. (4)

CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS

El departamento de Izabal es uno de los cuatro departamentos de la Región nor-oriental (Región III), colinda al norte con el departamento de El Petén y la república de Belice, así como con el Mar Caribe, al este con la república de Honduras; al sur con el departamento de Zacapa; al oeste con el departamento de Alta Verapaz.

Su extensión territorial es de 9,038 Km² (8.30% del total del país); está dividido en cinco municipios que son: El Estor, Livingston, Los Amates, Morales y Puerto Barrios;

siendo este último la cabecera departamental.

El aspecto físico del departamento es variado, el lago de Izabal constituye el mayor cuerpo de agua en el país. Lo atraviezan la carretera al Atlántico CA-9. Existen en el departamento dos puertos muy importantes, que son: Santo Tomás de Castilla y Puerto Barrios.

Las aguas del lago, expuestas a temperaturas fuertes, tienen abundancia de peces, cocodrilos y lagartos, estando sus orillas pobladas por gran número de garzas, aves acuáticas y muchos mamíferos.

El clima es cálido con una temperatura media de 23.3 °C. El departamento posee varias montañas como también profundos valles que se extienden en fértiles planicies. (4)

La población para 1991 fue de 326,402 habitantes, con una densidad de 18 habitantes por Km² y un crecimiento vegetativo del 3%. La población es predominantemente rural con 78.35% (255,735 habitantes), mientras que la población urbana apenas alcanzó el 21.65% (70,666 habitantes). Para el mismo año el 51% correspondía al sexo masculino y el otro 49% al sexo femenino.

La población según grupos de edades es la siguiente: De 0-4 años constituye el 18.15%, de 5-14 años el 28.47%, de 15-44 años el 40.74% y arriba de 45 años de edad un 12.64% (En relación al total de la población). Sus habitantes poseen costumbres sencillas y profesan en su mayoría la religión católica.

ASPECTOS SOCIOECONOMICOS:

El suelo del departamento de Izabal tiene vocación agrícola; los cultivos más importantes de manera tradicional son: El banano, arroz y todo tipo de cultivo tropical. Por sus puertos sobre el mar caribe se lleva a cabo en el departamento el mayor tráfico marítimo de importaciones y exportaciones.

La Población Económicamente Activa (PEA) para 1991 era de 87.80 por 1000 habitantes. La población ocupada era de 51.90 por 1000 habitantes y la desocupada de 35.90 por 1000 habitantes. El Producto Interno Bruto PIB comprendía 756.8 millones de quetzales.

Las precarias condiciones del departamento se reflejan en la situación de pobreza en la que vive la población, es del 82% de las familias y de éstas el 53% viven en extrema pobreza; agregando a ello el alto grado de analfabetismo

alcanzando un 50.00% (87,050) según datos obtenidos de CONALFA para 1991. (12) (15)

SITUACION DE SALUD:

El área de salud del departamento de Izabal, cuenta con una organización conformada por 40 servicios de salud funcionando en forma regular y según horarios establecidos, 39 de ellos proporcionan atención a la población y ejecutan las actividades de los diferentes componentes programáticos con enfoques de prevención, fomento, protección tratamiento y rehabilitación de las enfermedades; y la actividad de la Jefatura de Area es eminentemente técnica y administrativa, siendo además la responsable de la supervisión, monitoreo, control y evaluación. (15)

Los servicios de salud del área de Izabal están determinados de la siguiente manera:

- 1 Jefatura de Area.
- 2 Hospitales departamentales.
- 3 Centros de salud tipo "A"
- 4 Centros de salud tipo "B".
- 30 Puestos de salud.

En cuanto al recurso humano comunitario Izabal contaba para 1,991 con 337 comadronas adiestradas tradicionalmente activas y 387 promotores de salud.

La Jefatura del Area cuenta con políticas de salud planteadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las cuales comprenden: (3)

- Extensión de cobertura.
- Desarrollo institucional.
- Desarrollo estratégico del recurso humano.
- Promoción de prácticas alimentarias adecuadas a la población.
- Desarrollo de la planificación financiera.
- Dotación de agua potable y saneamiento ambiental.
- Desarrollo funcional de la infraestructura instalada.
- Desarrollo de la administración y ejecución presupuestaria.
- Abordaje multisectorial y epidemiológico de salud.

El Gobierno de la República asignó en 1,991, al sector salud de Izabal un total de 4.964,330 de quetzales; correspondiendo dicho presupuesto el 75.91% para el nivel curativo (hospital) y el 21.75% para el nivel preventivo (centros y puestos de salud). Un 2.33% para la Jefatura de Area. (ver cuadro 1).(3)

Existe una lista oficial de medicamentos básicos para puestos de salud, programados para enviarse trimestralmente por la Droguería Nacional, y que por diversos razones (por ejemplo el transporte), no se envían en el tiempo estipulado, ni la totalidad de medicamentos de esa lista. Además existe discrepancia entre la morbilidad del departamento y la dotación de medicamentos, lo que aumenta la incidencia de ciertas patologías especialmente de origen infeccioso. (Ver cuadro 2).

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

La tasa de mortalidad general para 1,991 es de 5 X 1,000 nacidos vivos. Las cinco primeras causas de mortalidad fueron: Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos con 172 casos; enfermedades infecciosas intestinales con 144 casos; homicidios y lesiones infringidas intencionalmente con 91 casos; neumonía con 63 casos; ciertas afecciones del periodo perinatal con 63 casos.

Al igual que la mayoría de las regiones del país, las principales causas de morbilidad y de mortalidad son las enfermedades infecciosas en general. Por otro lado, los homicidios y las lesiones infringidas intencionalmente ocupan un lugar muy importante en la mortalidad y esto representa una señal de violencia debido a diversidad de factores que afectan a la población.

Según la demanda atendida en los servicios de salud las principales causas de morbilidad de notificación obligatoria para 1,991 comprenden: Infecciones respiratorias agudas con 6,178 casos; malaria con 5,316 casos; síndrome diarreico agudo con 3,181 casos; dengue con 316 casos; tuberculosis con 238 casos.(15)

SALUD MATERNO-INFANTIL**SALUD DEL NIÑO**

Para 1,991 la tasa de mortalidad infantil era de 38 X 1,000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad de menores de cinco años de 9 X 1,000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad de niños 1-4 representan para 1,991 4 X 1,000 nacidos vivos y la tasa mortalidad neonatal de 7 X 1,000 nacidos vivos. Siendo la principal causa de mortalidad el síndrome diarreico agudo.

Posiblemente debido a la desproporción entre salarios, el costo de la canasta básica y la baja del poder adquisitivo, la dieta se ha reducido en variedad, cantidad y calidad, lo que viene a repercutir en la prevalencia de un 25% de niños menores de cinco años que presenta desnutrición y que generalmente vienen siendo hijos de madres sin mayor grado de educación y de áreas rurales.

Izabal cuenta con programas específicos como el de Materno-Infantil y que para 1,990 presentó una cobertura en Control de Crecimiento y Desarrollo en niños menores de 5 años con 21.00%. (Ver cuadro 3)

Según datos obtenidos del Programa Ampliado de Inmunizaciones en 1991 alcanzó una cobertura para la vacuna antipoliomielítica un 18.80%, DPT. (vacunas contra la difteria, tétanos y tos ferina) un 12.24%, antisarampionosa en un 11.26%, BCG un 12.60% y de Toxoide Tetánico en mujeres embarazadas un 6.13%. (ver cuadro 3)

Y en lo que respecta a la morbilidad de Enfermedades Inmunoprevenibles para el año de 1,991 se presentaron 1 caso de tos ferina; 0 casos de sarampión; 0 caso de tétanos neonatal; difteria y tétanos 0 casos y para la mortalidad infantil por enfermedades inmunoprevenibles no se registró mortalidad. (2) (3)

SALUD DE LA MADRE

La tasa de mortalidad materna en 1,991 fue de 10 (1.08 X 1,000 nacidos vivos.) y para el mismo año se alcanzó una tasa de natalidad de 17 X 1,000 habitantes. La atención prenatal institucional alcanzó para 1,991 un 59%, (ver cuadro 4), de éstas el 14% regresaron para control del puerperio. El 25% de las mujeres recibió atención institucional para el momento del parto.

Las mujeres en edad de procrear poseen en su gran mayoría bajo nivel de instrucción, déficit nutricional con deficiencia de yodo, hierro, y un menor grado de Vitamina

"A". En cuanto a la Alimentación Complementaria se refiere a un 11% (mujeres embarazadas 1,749) son beneficiarias. (ver cuadro 4) (3)

SANEAMIENTO AMBIENTAL

Izabal tiene un total de 79,337 viviendas, de las cuales 74% no cuentan con agua domiciliar.

El abastecimiento de agua se hace principalmente a través de pozo y río, lo que representa un riesgo para la salud. Ya que la contaminación por fecalismo es un fenómeno presente.

En el caso de la disposición de excretas el departamento presenta un 48% de hogares sin este servicio. Los plaguicidas también constituyen un factor importante de la contaminación de suelo y de aguas superficiales la aplicación de estos no es controlada y no hay estudios que estimen el grado de esta contaminación. (15)

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

DEPARTAMENTO	TOTAL Q.	HOSPITAL Q.	%	CENTROS SALUD	CENTROS SALUD	PUESTOS SALUD	%	AREA SALUD	%
IZABAL	4964338	3768368	75.91	453985	337082	249145	21.75	115750	2.33

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

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

MEDICAMENTOS	1.er TRIMESTRE	
	ENVIADOS	EMPLEADOS
1. AMALGESICOS: a. Acetaminofen. b. Acido Acetilsalicilico.	XXXXXX	XXXXXX
2. ANESTESICOS: a. Lidocaina 2%.		XXXXXX
3. ANTIPROTOZOARIOS: a. Metronidazol.		XXXXXX
4. ANTIHELMINTICOS: a. Mebendazol.	XXXXXX	
5. VITAMINAS: a. Vitamina "A". b. Complejo "B". c. Acido Folico.	XXXXXX	XXXXXX
6. MINERALES: a. Sulfato Ferroso.	XXXXXX	
7. ANTIPARASITARIOS: a. Benzoato de Bencilo.		XXXXXX
8. ANTIACIDOS: a. Hidroxido de Al/Hg.		XXXXXX
9. DERMATOPROTECTORES: a. Oxido de Zinc.		XXXXXX
10. SALES DE REHIDRATACION.		XXXXXX
11. ANTIBIOTICOS: a. Penicilinas. b. Trimetropin-Sulfa. c. Cloranfenicol.	XXXXXX XXXXXX	XXXXXX
12. ANTISEPTICOS: a. Alcool Isopropilico.	XXXXXX	

FUENTE: DROGUERIA NACIONAL.

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

VACUNACION	NINOS POBLACION TOTAL	0-5 A. 3ra. DOSIS	VACUNADOS %	META PARA EL 2000
ANTIPOLIO	59,293	7,268	12.24	100 %
DPT		11,158	18.88	100 %
ANTISARAMPIONOSA *		6,677	11.26	100 %
BCG *		7,588	12.68	100 %
TOXOIDE % % TETANICO EMBARAZADAS	EMBARAZADAS	EMBARAZADAS VACUNADAS	VACUNADOS %	META PARA EL 2000
	16,320	1,001	6.13	88%

(%) Nota: Dosis Unica.
 (%*) 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 IZABAL 1991

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO			CONSULTA MATERNA			ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN MUJERES EMBARAZADAS				
POBLACION S-S A.	TOTAL EN CONTROL	%	META	TOTAL EMBARAZADAS	CONTROL PRENATAL	%	META	TOTAL MUJERES BENEFICIARIAS	%	META
59093	12721	21%	100%	16328	9697	59%	75%	1749	11%	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 DE IZABAL

INDICADOR	META PARA EL 2000	DATO 1991	DIFERENCIA	%(-)	%(+)
1. Reducir la Mortalidad Infantil a un índice no mayor de:	34 * 1000.	30 * 1000.	4.00	12	-
2. Reducir la mortalidad en menores de 5a. a:	66 * 1000.	9 * 1000.	57.00	-	86
3. Reducir la mortalidad neonatal a:	13 * 1000.	7 * 1000.	6.00	-	46
4. Disminuir la Mortalidad por enfermedad diarreica en < 5a. a un:	20 %	0.17%	14.03	-	99
5. Erradicacion del Tetanos Neonatal:	0	0	0.00	-	0
6. Erradicacion de la Poliomieltis:	0	0	0.00	-	0
7. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra Tuberculosis en:	100%	12.60%	87.40%	87	-
8. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra Difteria, Tetanos y Tos Ferina en:	100%	12.24%	87.76%	88	-
9. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra la Poliomieltis en:	100%	10.00%	90.00%	90	-
10. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra Sarampion en:	100%	11.26%	88.74%	89	-
11. Alcanzar en el control de crecimiento y desarrollo en niños 0-5a.:	100%	21.00%	79.00%	79	-
12. Reducir la Mortalidad Materna a:	6 * 10,000	10 * 10000	4.00	67	-
13. Alcanzar en control prenatal el:	75%	59.00%	16.00%	21	-
14. Alcanzar una cobertura con Ioxido Iodico en mujeres embarazadas el:	80%	6.13%	73.87%	92	-
15. Dar alimentacion complementaria a mujeres embarazadas al:	50%	11.00%	39.00%	78	-
16. Destinar del Presupuesto de salud a la atencion preventiva el:	55%	22.00%	33.00%	60	-
17. Destinar del presupuesto de salud a la atencion curativa el:	45%	76.00%	31.00%	-	69

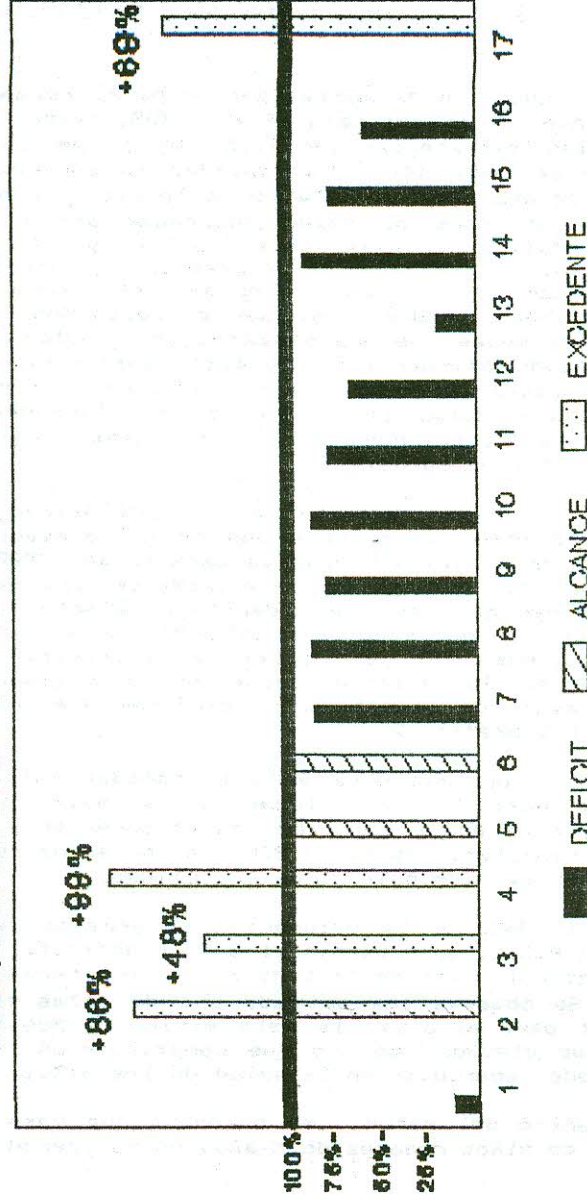
NOTA: % (-) Porcentaje que falta para llegar a la meta.

% (+) Porcentaje que sobrepasa la meta.

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

GRAFICA 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE METAS MINIMAS DE SALUD SEGUN ALCANCE, EXCEDENTE Y DEFICIT EN IZABAL 1991



Fuente: Plan de Acción de Desarrollo,
Dirección General de Servicios de Salud.

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La reducción de mortalidad neonatal rebasó en un 17% la meta mínima propuesta para el año 2000, evidenciando eficacia sobre las estrategias de dicha meta, de igual manera se observa la reducción de mortalidad en menores de 5 años (un excedente del 86%) en relación a la meta. Aunque se observa que las acciones de salud adoptadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en lo que respecta promoción, prevención y tratamiento específico de las enfermedades que son propias de los niños estén "consiguiendo" reducir dichas mortalidades. Según estos datos las metas fueron rebasadas en el 100% es por ello que no se puede afirmar que los datos sean válidos y confiables según nuestra realidad ya que se encontraron discrepancias al comparar datos de distintas instituciones del área de salud que correspondían a un mismo período para el departamento en estudio.

En lo que respecta a la mortalidad por síndrome diarreico agudo se observa que ha sobrepasado en más de un 99% a la meta mínima propuesta para el año 2000; dato que fue elaborado por no existir oficialmente una tasa específica. Se concluye que según el resultado obtenido la meta ya fue alcanzada, aunque siempre existiendo la duda de la validez y confiabilidad por el probable subregistro ya que si analizamos, la primera causa de mortalidad general del departamento de Izabal es el síndrome diarreico agudo. (Ver Cuadro 5 y Gráfica 2)

En lo que respecta a la mortalidad infantil existe un 12% de déficit para llegar a la meta propuesta, esto evidencia de que a pesar de las acciones en salud propuestas por el Ministerio de Salud Pública, no se ha cumplido la meta en tratar de disminuir dicha mortalidad.

Del 100% de la vacunación programada se encontró que para la B.C.G. se presenta el 87% de déficit, D.P.T. 88%, Antipolio con déficit de 81% y Antisarampionosa 89%. Se observa que en cada una de ellas el porcentaje de déficit para alcanzar la meta mínima propuesta para el año 2000, es elevada, por lo que constituye un factor de riesgo que puede repercutir en la salud de los niños.

Dentro del estudio se encontró que para el año de 1990 un 79% de niños menores de 5 años no recibieron control

periódico de Crecimiento y Desarrollo. Al ser privados de dicha atención están en riesgo, lo que limitará detectar tempranamente patologías de diversa índole.

En cuanto a la cobertura de mujeres embarazadas con toxoide tetánico se observa un déficit importante, 92%. Unido a éste problema el 75% de los partos no son atendidos institucionalmente lo que representa que un alto número de mujeres embarazadas quedan desprotegidas y con un alto riesgo de presentar casos de tétanos neonatal.

Además de los problemas se observa que hace falta un 78% de cobertura de Alimentación Complementaria a la mujer embarazada problema que posiblemente podría atribuirse a la insuficiente cantidad de alimentos destinados para cubrir dicha población.

Dentro de las metas alcanzadas para el años 2000 y a escasos siete años del mismo se observa que durante 1991 no se registró casos de poliomielitis y tétanos neonatal a pesar de las bajas coberturas de vacunación encontradas.

En lo que se refiere al área preventiva se asigna un bajo presupuesto presentando para este año un déficit de 60% para alcanzar la meta; se considera que el área preventiva ha sido y está relegada a un segundo plano a pesar que se conoce que las medidas de promoción y prevención de la salud son las más importantes en la preservación de la salud en forma integral. Contrariamente el área curativa (hospital) tiene asignado un presupuesto más alto (76%), pues se invierte más del total asignado. (Ver Cuadro 5 y Gráfica 2)

X. CONCLUSIONES

- 1- La información sobre los indicadores de salud se encuentra registrada en diferentes instituciones las cuales no normatizaron entre si, por lo que se obtuvo diferentes datos de un mismo indicador.
- 2- Sobre datos poblacionales no existen estadísticas reales por lo que se utilizaron las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística, lo que provocó sesgo en la información, además algunas de las metas no fue posible analizarlas debido a la inaccesibilidad de los datos y el análisis de un solo año no era válido ni confiable.
- 3- En cuanto a las metas de cobertura de vacunación en menores de 5 años, mortalidad infantil, control prenatal, alimentación complementaria en mujeres embarazadas, control de crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años, mortalidad materna y presupuesto destinado al área preventiva; a escasos siete años estamos aún por debajo de las metas planteadas, lo cual nos crea un panorama muy pobre en cuanto a alcanzarlas.
- 4- Las metas que se lograron rebasar fueron las siguientes: Mortalidad neonatal, mortalidad en menores de 5 años y mortalidad por síndrome diarreico agudo, interpretándose de dos formas; o realmente se alcanzaron o bien existe subregistro de datos, siendo esto último lo más fácil de esperar en virtud de los problemas con que se cuenta para lograr un adecuado registro estadístico.
- 5- En relación a las metas que pretenden la erradicación de la Poliomielitis y erradicación del Tétanos Neonatal se pudo comprobar que no se reportaron casos, por lo que se presume que se está muy cerca de que las metas sea un hecho para el año 2000.
- 6- Del total del presupuesto asignado se otorga más al nivel curativo que al preventivo, siendo el hospital nacional en el que se invierte el mayor porcentaje.
- 7- De los indicadores propuestos por el Plan de Acción de Desarrollo Social, cuatro sobrepasaron las metas mínimas lo que coeresponde a 23%; once no lograron alcanzarlas (65%) y dos del total llegaron a la meta correspondiendo a un 12%.

XI. RECOMENDACIONES

- 1- Que se utilice una boleta para la recopilación de los datos de todos los indicadores de salud en cada jefatura de área; y que ésta información sea actualizada y accesible para todos.
- 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 las Jefaturas de Área de cada región, con el fin de que se pueda utilizar adecuadamente, y obtenerse con cierta facilidad.
- 4- Capacitar e incrementar al personal que registra la información en salud, y crear métodos confiables de canalización de la información actualizada, de manera que corresponda fidedignamente con la realidad, se evite el subregistro y hacerlos accesibles cuando se soliciten.
- 5- Que el Gobierno de la República de Guatemala, evalúe periódicamente los indicadores de salud, haciendo énfasis en la Metas Mínimas de Salud propuestas por la O.M.S., dicha evaluación puede ser llevada a cabo por dependencias del estado (M.S.P.A.S., D.G.S.S.) o bien con ayuda de la UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA por medio de la Facultad de Ciencias Médicas.
- 6- Crear estrategias para mejorar la cobertura de vacunación a los niños menores de cinco años y a mujeres embarazadas; instruyendo al personal de salud y voluntarios de las comunidades sobre el esquema actual del Programa Ampliado de Inmunizaciones, el manejo de las vacunas y el registro adecuado de la información.
- 7- Mejorar la atención al grupo materno-infantil con énfasis en los programas de Control de Crecimiento y Desarrollo en niños menores de cinco años, Control prenatal y Alimentación complementaria a mujeres embarazadas, ya que durante el estudio se logró comprobar que las coberturas en estos programas son bajas, lo cual evidencia que estando a siete años del año 2000 esta meta será difícil de alcanzar.

XII. RESUMEN

El siguiente estudio fue realizado con el propósito de hacer una 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 el Año 2000".

Para su efecto se utilizó una boleta la cual permitió la recolección 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 realizó cuadros en los cuales se representa el porcentaje de las metas que se alcanzaron, sobrepasaron y las que no se alcanzaron.

Entre los indicadores que sobrepasaron la meta (23%) se encuentran: Mortalidad neonatal, mortalidad en menores de 5 años y mortalidad por síndrome diarreico agudo en el mismo grupo de edad.

Entre las metas que no se alcanzaron (65%), tenemos las siguientes: Mortalidad infantil, cobertura de vacunación, control prenatal, alimentación complementaria en las mujeres embarazadas, presupuesto destinado al área preventiva, control de crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años y mortalidad materna.

Entre los indicadores que alcanzaron la meta (12%) se encuentran: Erradicación del tétanos neonatal y erradicación de la poliomielitis.

XIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- De Canales, Francisca. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo del personal de salud. OPS./OMS. 1,989 327p. (pp 1-7).
- 2.- Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de informática. Datos estadísticos de indicadores de salud, 1,990-1,992. Guatemala, 1,992 (s.p.)
- 3.- Flores Aucedá, Carlos. Indicadores y cobertura de los servicios materno infantil del M.S.P.A.S. por región y departamento. Guatemala, 1,991. (pp 8-11)
- 4.- Groll, Francis. Diccionario Geográfico de Guatemala. Guatemala, 1,981. Tomo 1 (pp 1323-1328)
- 5.- Jefatura de área de salud del departamento. Plan operativo y memoria de labores del departamento de Izabal 1,991. Izabal, 1,991 (pp 4-7)
- 6.- Kroeger, Axel. Atención primaria en salud. Principios y métodos. México, 1,987. capítulo VIII (pp 2-5)
- 7.- McDonald, Beatriz Eugenia. Salud para todos en el año 2,000: Análisis de los indicadores para la evaluación de los alcances de las metas para Guatemala. Tesis (édico y cirujano) USAC. Facultad de Medicina. Guatemala, 1,991. 85p (pp 1-8).
- 8.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Social Plan Nacional de Salud Materno Infantil 1,992-1,996. Guatemala, 1,991. D.G.S.S. Depto materno infantil. 37p (pp 9-11)
9. Morales, Sully Argentina. Análisis y tendencias de la situación de salud de Guatemala. Tesis (médico-cirujano) USAC. Facultad de medicina. Guatemala, 1,984. 115 p.
- 10.- Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria en Salud. Informe de la conferencia Internacionalesobre A.P.S. Alma-Ata, 1,978. (pp 3-7, 13-43)
- 11.- Organización Mundial de la Salud, Glosario de términos. Ginebra 1,984 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 2,000. Ginebra, 1,988. 99p (3-10, 13-18, 39, 58-60)
- 13.- Organización Panamericana para la Salud. Agua potable y saneamiento ambiental. Un camino hacia la salud. 1,982. 80p. (pp. 1).
- 14.- Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación del niño y la mujer. Guatemala, 1,992. 12p. (pp 1-4) (Publicación científica y técnica No.3)
- 15.- Organización Panamericana de la Salud. Análisis de Salud por Regiones. Guatemala, 1,992. 145 p (pp 17-21) (Publicación científica y técnica vol.3)
- 16.- Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de la salud de las Américas. México, 1,990. (pp 67-70) (publicación científica No. 524)
- 17.- Organización Panamericana de la Salud-Organización Panamericana de la Salud. Salud para todos en el año 2,000; Estrategias. Guatemala, 1,990. (pp 20-23)
- 18.- Segeplan. Plan de Acción de desarrollo Social 1,992-1,996, 1,997-2000; Desarrollo Humano, Infancia,y Juventud. Guatemala, marzo, 1,992, 27 p (pp 1-11)
- 19.- Segeplan. Plan de Salud; Lineamientos de política y estrategias áreas programaticas. Guatemala, noviembre de 1,986. 51 p (pp 43-44)
- 20.- Seminario Alma-Ata diez años después. Avances. Guatemala, 1,990, 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 DEMOGRATICAS:

a. -Monografía del área.

a.1. superficie del área por Km2.: _____

a.2. Densidad de población.: _____

a.3. Crecimiento vegetativo.: _____

a.4. Poblacion 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. ANTIPOLIO: _____

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 _____

5.-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 Total de consultas: _____.

d. -Medicamentos esenciales. (hacer lista).

e. -Asignación de recursos.

e.1. Presupuesto para el área preventiva.

e.1.1. Jefatura de área: _____.

e.1.2. Centros de Salud: _____.

e.1.3. Puestos de Salud: _____.

e.2. Presupuesto para el área curativa.

e.2.1 Hospital Departamental: _____.

6.-INDICADORES SOCIO-ECONOMICOS:

a.- Educación.

a.1. Analfabetismo: _____.

c.- Nutrición.

c.1. Alimentación complementaria en mujeres embarazadas: _____.

d.-Producto nacional bruto: _____.

INDICADORES	año 1991	año meta 2000
1 Mortalidad infatil:	_____	34 por mil
2 Mortalidad <5años:	_____	66 por mil
3 Mortalida neonatal:	_____	13 por mil
4 Mortalida SDA <5años:	_____	Disminuir al 15%
5 Incidencia IRA " :	_____	Disminuir en 33%
6 Ténatos neonatal:	_____	Erradicación
7 Poliomiélitis:	_____	Erradicación
8 Vacunación <5años BCG:	_____	Cobertura del 100%
9 Vacunación <5años DPT:	_____	Cobertura del 100%
10 Vacunación <5años Polio:	_____	Cobertura del 100%
11 Vacunación <5años Sarampión:	_____	Cobertura del 100%
12 Control de Crecimiento y Desarrollo 0-5años:	_____	alcanzár el 100%
13 mortalidad materna:	_____	6 por 10000 nacidos
14 Control prenatal:	_____	alcanzár el 75%
15 Toxoide tetátino en embarzadas:	_____	alcanzár el 80%
16 Alimentación Complementaria a mujeres embarazadas:	_____	dar al 50%
17 Presupuesto preventivo:	_____	55%
18 Presupuesto curativo:	_____	45%